



DIREZIONE CENTRALE SALUTE
E PROTEZIONE SOCIALE

PIANO REGIONALE TRIENNALE DELLA PREVENZIONE

SECONDA PARTE

Maggio 2006

ABBREVIAZIONI

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

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

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

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

3. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

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

4. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

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

5. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

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

6. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

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

PRESENTAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

1.1. SINTESI DEI PRINCIPALI CONTENUTI DEI SINGOLI PIANI

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

1.1.1 LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ

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

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

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

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

1.1.2 LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI SUI LUOGHI DI LAVORO

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

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

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

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

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

Il Piano prevede i seguenti interventi:

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

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

1.1.3 LA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DI ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

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

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

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

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

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

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

1.1.4 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

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

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

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

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

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

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

1.1.4.1 Interventi formativi

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

1.1.4.2 Interventi di sorveglianza

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

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

1.1.4.3 *Interventi di prevenzione*

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

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

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

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

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

- Sviluppare iniziative di promozione della mobilità sostenibile

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

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

1.1.5 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

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

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

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

Sul versante degli interventi di prevenzione sono previsti:

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

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

1.2. IL COORDINAMENTO REGIONALE

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

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

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

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

Pertanto, gli obiettivi del Coordinamento regionale sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. PIANO TERRITORIALE REGIONALE E PIANO DELLA PREVENZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONTENUTI

6.1. INTRODUZIONE

6.1.1 GLI INCIDENTI DOMESTICI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

6.1.2 FONTI INFORMATIVE

6.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE

6.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

6.2.1 OBIETTIVI DEL SISTEMA

6.2.2 PIANO OPERATIVO

6.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

6.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

6.3.2 PIANO OPERATIVO

6.1. INTRODUZIONE

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

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

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

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

6.1.1 GLI INCIDENTI DOMESTICI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1.2 FONTI INFORMATIVE

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE

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

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

6.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

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

6.2.1 OBIETTIVI DEL SISTEMA

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2.2 PIANO OPERATIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

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

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

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

6.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

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

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

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

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

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

6.3.2 PIANO OPERATIVO

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

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

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

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

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

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