



DIREZIONE CENTRALE SALUTE
E PROTEZIONE SOCIALE

PIANO REGIONALE TRIENNALE DELLA PREVENZIONE

SECONDA PARTE

Maggio 2006

ABBREVIAZIONI

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

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

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

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

3. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

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

4. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

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

5. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

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

6. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

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

PRESENTAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

1.1. SINTESI DEI PRINCIPALI CONTENUTI DEI SINGOLI PIANI

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

1.1.1 LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ

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

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

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

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

1.1.2 LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI SUI LUOGHI DI LAVORO

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

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

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

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

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

Il Piano prevede i seguenti interventi:

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

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

1.1.3 LA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DI ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

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

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

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

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

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

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

1.1.4 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

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

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

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

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

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

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

1.1.4.1 Interventi formativi

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

1.1.4.2 Interventi di sorveglianza

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

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

1.1.4.3 *Interventi di prevenzione*

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

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

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

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

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

- Sviluppare iniziative di promozione della mobilità sostenibile

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

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

1.1.5 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

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

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

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

Sul versante degli interventi di prevenzione sono previsti:

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

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

1.2. IL COORDINAMENTO REGIONALE

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

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

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

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

Pertanto, gli obiettivi del Coordinamento regionale sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONTENUTI

5.1. INTRODUZIONE

5.1.1 GLI INCIDENTI STRADALI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

5.1.2 FONTI INFORMATIVE

5.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE

5.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

5.2.1 VALUTAZIONE SULLA QUALITÀ DEI DATI

5.2.1.1 PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

5.2.1.2 SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

5.2.1.3 DATI ISTAT

5.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA

5.2.3 PIANO OPERATIVO

5.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

5.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

5.3.2 PIANO OPERATIVO

5.1. INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

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

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

5.1.1 GLI INCIDENTI STRADALI NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

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

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

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

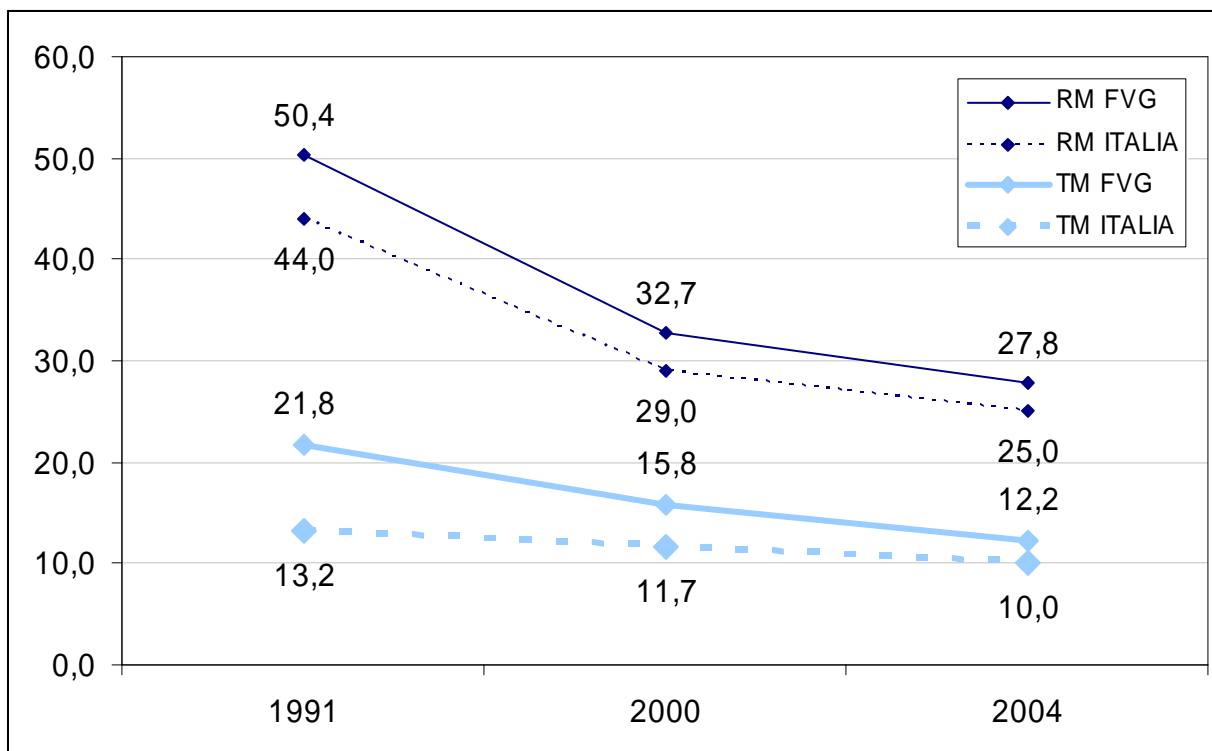
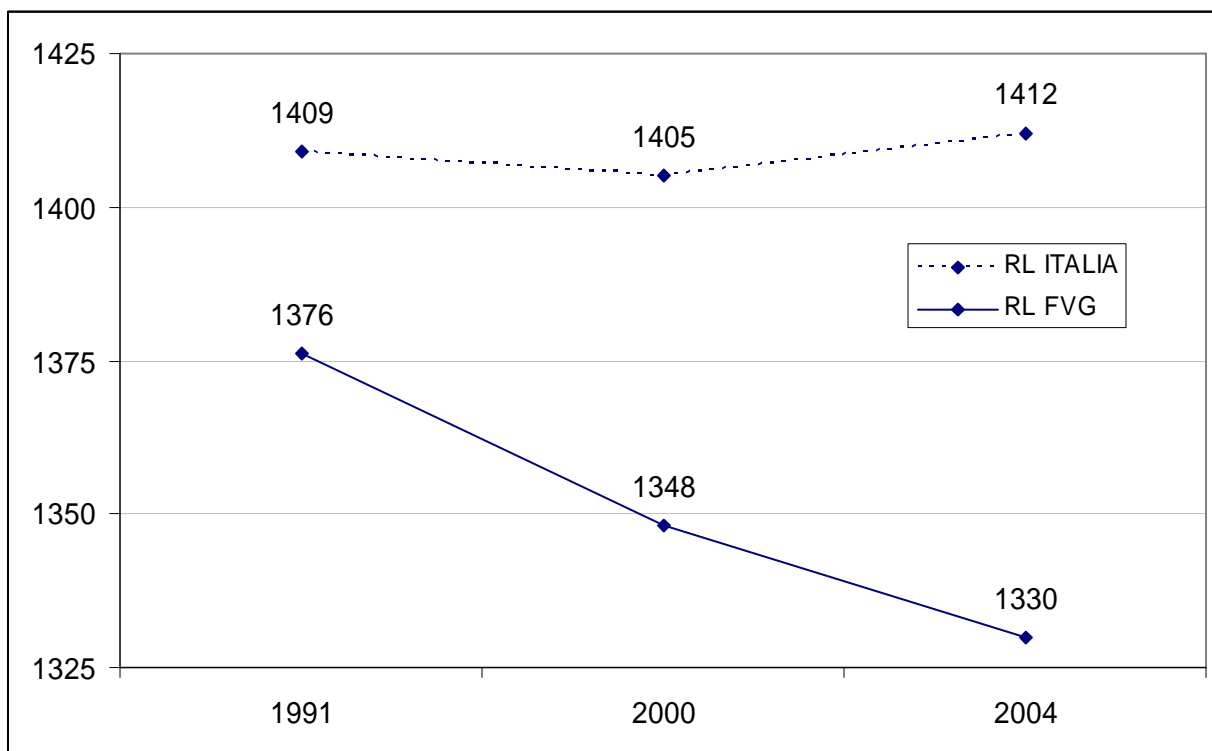


Grafico 2: Rapporto di lesività stradale (RL = numero di feriti / numero di incidenti per 1000)



Fonte: ISTAT-ACI, ISTAT schede di morte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.2 FONTI NORMATIVE

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

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

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

In sintesi si è osservato che:

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

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

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

5.1.3 PROGRAMMI E INIZIATIVE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

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

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

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

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

5.2.1 VALUTAZIONE SULLA QUALITÀ DEI DATI

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

5.2.1.1 *Pronto Soccorso Ospedaliero*

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

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

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

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

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

5.2.1.2 *Schede di dimissione ospedaliera*

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

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

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

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

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

5.2.1.3 *Dati ISTAT*

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

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

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

5.2.2 OBIETTIVI DEL SISTEMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2.3 PIANO OPERATIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

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

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

5.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

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

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

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

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

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

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

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

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

P. 5 – Sviluppare iniziative di promozione della mobilità sostenibile

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

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

5.3.2 PIANO OPERATIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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