



DIREZIONE CENTRALE SALUTE
E PROTEZIONE SOCIALE

PIANO REGIONALE TRIENNALE DELLA PREVENZIONE

SECONDA PARTE

Maggio 2006

ABBREVIAZIONI

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

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

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

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

3. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

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

4. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

PER LA SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE RECIDIVE

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

5. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

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

6. PIANO REGIONALE TRIENNALE 2006 – 2008

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

PRESENTAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

1.1. SINTESI DEI PRINCIPALI CONTENUTI DEI SINGOLI PIANI

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

1.1.1 LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ

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

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

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

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

1.1.2 LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI SUI LUOGHI DI LAVORO

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

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

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

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

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

Il Piano prevede i seguenti interventi:

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

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

1.1.3 LA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DI ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

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

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

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

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

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

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

1.1.4 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

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

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

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

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

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

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

1.1.4.1 Interventi formativi

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

1.1.4.2 Interventi di sorveglianza

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

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

1.1.4.3 *Interventi di prevenzione*

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

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

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

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

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

- Sviluppare iniziative di promozione della mobilità sostenibile

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

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

1.1.5 LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

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

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

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

Sul versante degli interventi di prevenzione sono previsti:

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

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

1.2. IL COORDINAMENTO REGIONALE

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

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

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

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

Pertanto, gli obiettivi del Coordinamento regionale sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. PIANO TERRITORIALE REGIONALE E PIANO DELLA PREVENZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONTENUTI

2.1. INTRODUZIONE

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

2.2. SISTEMI DI SORVEGLIANZA

2.3. PROGRAMMI DI PREVENZIONE

2.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

2.3.2 PIANO OPERATIVO

2.1. INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. SISTEMA DI SORVEGLIANZA

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

2.3. PROGRAMMA DI PREVENZIONE

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

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

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

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

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

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

2.3.1 OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

Il presente piano si sviluppa sulle seguenti direttrici:

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

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

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

Sviluppo di programmi intesi a favorire l’attività fisica

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

c) *Attività di informazione – educazione*

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

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

2.3.2 PIANO OPERATIVO

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

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

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

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

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

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

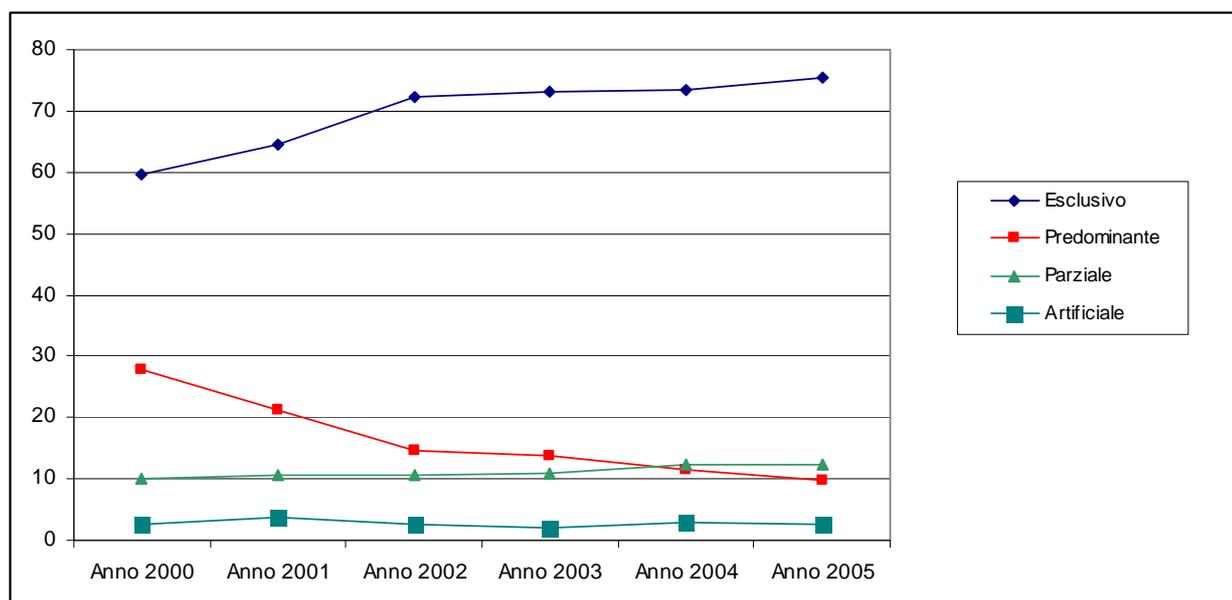
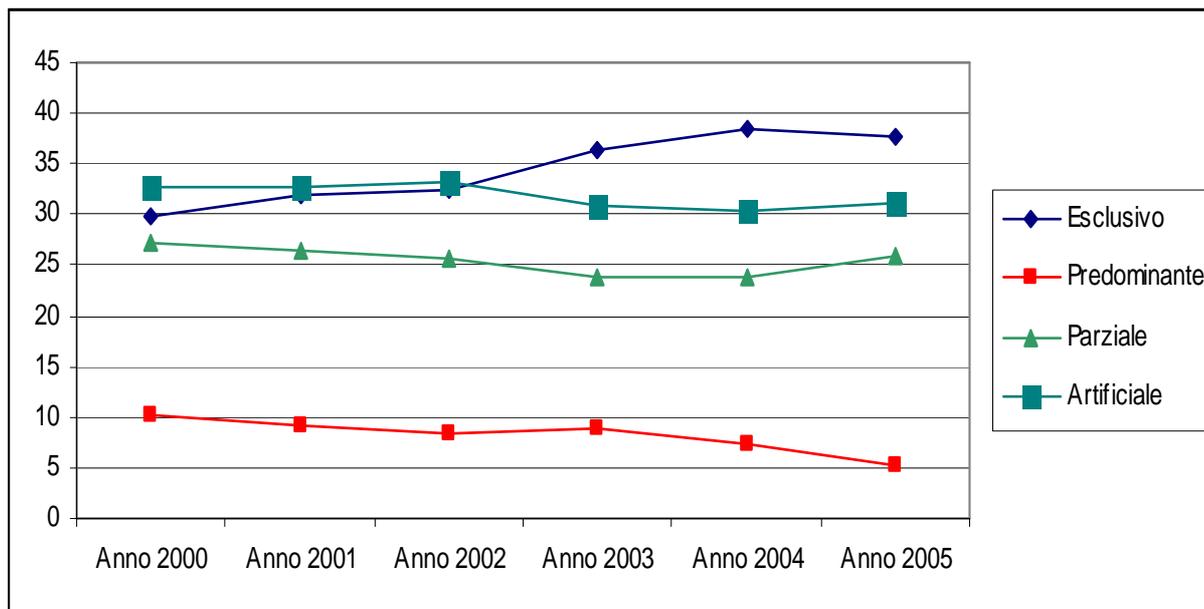


Grafico 2 – Friuli Venezia Giulia: percentuale di bambini allattati al seno, alla seconda vaccinazione, per anno e tipologia.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dimensione del problema: vedi paragrafo 1.1

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

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

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

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

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

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

Dimensione del problema: vedi paragrafo 1.1

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

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

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

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

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

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

Dimensione del problema: vedi paragrafo 1.1

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

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

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

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

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

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

Dimensione del problema: vedi paragrafo 1.1

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

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

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

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