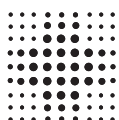


PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

contributi

64

Il Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna



Redazione e impaginazione a cura di:

Rossana Mignani - Direzione Generale Sanità e politiche sociali Regione Emilia-Romagna

Stampa Centro Stampa Giunta - Regione Emilia-Romagna, Bologna, gennaio 2011

Copia del volume può essere richiesta a:

Rossana Mignani - Servizio Sanità Pubblica - Regione Emilia-Romagna

Viale Aldo Moro, 21 – 40127 Bologna

e-mail: rmignani@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito internet

<http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/contributi>

1. Il quadro strategico	7
1.1 Principi ispiratori e valori di riferimento: il welfare di comunità e la salute in tutte le politiche	7
1.1.a Integrazione, partecipazione e equità	8
1.1.b Il focus sulle disuguaglianze	9
1.2 La programmazione regionale	9
1.2.a Strumenti di livello regionale	10
1.2.b Strumenti di livello locale	11
1.3 Il profilo di salute della regione.....	11
1.4 Le scelte di priorità e l'efficacia in Sanità Pubblica	33
1.4.a I risultati del Piano regionale della Prevenzione 2005-2009	33
1.4.b Le priorità: percorsi, contenuti, metodologie	34
2. Il Piano operativo	37
2.1 Azioni di supporto	37
2.1.a La sorveglianza	37
2.1.b La formazione per lo sviluppo del piano regionale della prevenzione.....	41
1 <i>Formazione per le Direzioni dei Dipartimenti di Sanità Pubblica</i>	<i>44</i>
2 <i>Formazione professionale in epidemiologia</i>	<i>44</i>
3 <i>Formazione professionale per Tecnici della prevenzione</i>	<i>46</i>
2.2 La medicina predittiva	47
2.2.a La valutazione del rischio eredo-familiare nello screening dei tumori del colon-retto e della mammella	48
2.2.b La carta del rischio cardiovascolare	50
2.3 La prevenzione rivolta a tutta la popolazione	54
2.3.a I programmi per promuovere stili di vita favorevoli alla salute	54
1 <i>Promozione dell'attività fisica</i>	<i>56</i>
2 <i>Promozione di corrette abitudini alimentari</i>	<i>60</i>
3 <i>Prevenzione del tabagismo</i>	<i>64</i>
4 <i>Prevenzione dell'abuso di alcol e di altre sostanze stupefacenti.....</i>	<i>67</i>
2.3.b I programmi di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili	69

1	<i>Miglioramento dei sistemi informativi delle malattie infettive e delle vaccinazioni...</i>	73
2	<i>I programmi di vaccinazione.....</i>	74
3	<i>Controllo delle malattie socialmente rilevanti</i>	75
4	<i>Sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da vettori.....</i>	79
5	<i>Le infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e la prevenzione dell'antibioticoresistenza.....</i>	81
2.3.c	Le relazioni tra ambiente e salute	83
1	<i>Effetti sulla salute dell'inquinamento atmosferico.....</i>	85
2	<i>Effetti sulla salute di attività connesse al ciclo rifiuti</i>	87
3	<i>Effetti sulla salute dei mutamenti climatici: le ondate di calore.....</i>	89
4	<i>Lo sviluppo della rete di epidemiologia ambientale e delle capacità di valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte programmatiche: il "Centro di studi dell'Emilia-Romagna per le politiche, l'ambiente, la salute".....</i>	91
5	<i>Valutazione Impatto sulla Salute (VIS).....</i>	93
6	<i>Regolamento REACH - Prevenzione delle patologie da esposizione a agenti chimici nei prodotti immessi sul mercato, commercializzati ed in uso.....</i>	94
2.3.d	Alimentazione e salute	96
1	<i>Sicurezza alimentare</i>	99
2	<i>Sicurezza nutrizionale</i>	102
2.3.e	Lavoro e salute.....	104
1	<i>Miglioramento della salute e sicurezza nel comparto agricoltura e silvicoltura</i>	107
2	<i>Tutela della salute e prevenzione degli infortuni nel comparto delle costruzioni..</i>	110
3	<i>Prevenzione degli infortuni derivanti dalle attrezzature di lavoro e dagli impianti soggetti a verifica periodica.....</i>	111
4	<i>Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno di origine professionale ...</i>	114
5	<i>Prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche correlate al lavoro.....</i>	116
6	<i>Formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro.....</i>	117
2.3.f	La relazione tra ambiente costruito e salute	118
1	<i>La componente salute negli strumenti di pianificazione urbanistica.....</i>	121
2	<i>Interventi per la sicurezza stradale nei bambini e negli utenti deboli</i>	123
3	<i>Interventi per la sicurezza domestica dei bambini e degli anziani.....</i>	125
2.3.g	La vigilanza e il controllo sui rischi presenti in ambienti di vita e di lavoro	128
1	<i>Costruzione nei DSP di un Sistema Informativo sui luoghi di vita e di lavoro</i>	130
2	<i>Riorientamento delle attività di valutazione preventiva e di vigilanza/controllo alla luce delle modifiche del quadro normativo</i>	131
3	<i>Ridefinizione delle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo .</i>	132
4	<i>Sostegno all'attuazione del Programma attraverso la formazione/aggiornamento degli operatori.....</i>	133
2.3.h	Le emergenze di sanità pubblica	134
2.4	La prevenzione su gruppi selezionati di popolazione.....	138
2.4.a	I programmi di screening oncologici	138

1	<i>Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella</i>	142
2	<i>Screening per diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del collo dell'utero.....</i>	143
3	<i>Screening per diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del colon-retto.....</i>	144
2.4.b	I programmi per la prevenzione delle malattie croniche	145
1	<i>La prescrizione dell'attività fisica</i>	146
2	<i>La prevenzione dell'obesità</i>	152
3	<i>La prevenzione delle malattie cardiovascolari.....</i>	154
4	<i>La prevenzione delle complicanze del diabete.....</i>	157
2.4.c	Promozione di screening pediatrici per la diagnosi precoce di malattie invalidanti	165
1	<i>Ampliamento dello screening neonatale per le malattie metaboliche ereditarie....</i>	166
2	<i>Avvio dello screening uditivo neonatale</i>	169
2.4.d	La promozione del benessere e la prevenzione del disagio negli adolescenti e nei giovani	173
1	<i>Integrazione di sistemi informativi su infanzia e adolescenza</i>	175
2	<i>Promozione del benessere in adolescenza.....</i>	175
3	<i>Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).....</i>	177
4	<i>Prevenzione del malessere psicologico-sociale negli adolescenti adottati e prevenzione dei fallimenti adottivi.....</i>	177
5	<i>La prevenzione di comportamenti sessuali a rischio negli adolescenti stranieri....</i>	179
2.4.e	La prevenzione delle condotte suicidarie nella popolazione a rischio: studio pilota	181
1	<i>Prevenzione primaria del suicidio e promozione della salute.....</i>	184
2	<i>Prevenzione secondaria in ambito sanitario (ospedale, territorio, carcere).....</i>	184
2.5.	La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia	186
2.5.a	Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano	186
1	<i>Sviluppo di sistemi di sorveglianza sulla fragilità.....</i>	187
2	<i>Contrasto all'isolamento dell'anziano con particolare riferimento alla costruzione di reti sociali di sostegno e di vicinato</i>	189
3	<i>Prevenzione dei traumi nell'anziano.....</i>	190
Allegato A - Le schede di valutazione.....		195
Allegato B - Delibera di Giunta Regionale n. 2071 del 27 dicembre 2010 "Approvazione del Piano regionale della Prevenzione per il triennio 2010 - 2012".....		243

1. IL QUADRO STRATEGICO

1.1 Principi ispiratori e valori di riferimento: il welfare di comunità e la salute in tutte le politiche

Il quadro strategico in cui si colloca il Piano regionale della prevenzione è ispirato da due constatazioni di fondo di grande rilevanza, che caratterizzano tutta la politica e la programmazione in campo sanitario dell'Emilia-Romagna.

La prima consapevolezza sta nella certezza che le condizioni di vita giocano un ruolo fondamentale sulle condizioni di salute e sulle cause di malattia e di morte: a diverse condizioni di vita nella popolazione corrispondono livelli di benessere e condizioni di salute differenti.

Una moltitudine di studi, nazionali ed internazionali, documentano in modo inequivocabile questo nesso, con particolare riferimento alle condizioni socioeconomiche, nella loro espressione concreta di livelli di istruzione, reddito e professione.

La seconda constatazione ispiratrice delle strategie regionali a tutela della salute, conseguente alla prima, è la consapevolezza che le condizioni del vivere ed il benessere dei cittadini sono il risultato dell'azione dell'intera società e quindi che altri soggetti, al di fuori della Sanità, giocano un ruolo centrale per migliorare le condizioni di salute della popolazione e, insieme, per ridurre le disuguaglianze di salute.

In altri termini, a tutti i livelli sussiste ormai una discreta consapevolezza che i servizi sanitari sono soltanto un nodo della più complessiva rete del welfare.

Da qui nasce innanzitutto la necessità di una efficace collaborazione fra tutte le aree di governo la cui azione, direttamente o indirettamente, incida sulla salute.

Parallelamente, solo una condivisione di intenti tra i diversi attori sociali, pur nel rispetto dei livelli di responsabilità e delle differenze reciproche, può portare quel valore aggiunto essenziale al benessere collettivo e individuale dato dalla coesione sociale.

Da queste considerazioni nascono i valori e i principi ispiratori delle strategie regionali nel campo della programmazione sanitaria e, quindi, anche della prevenzione: l'equità, l'integrazione e la partecipazione.

Il presente Piano è stato quindi pensato in stretta continuità con i principali strumenti regolatori della Regione Emilia-Romagna, e vuole contribuire ad orientare verso la salute collettiva i diversi strumenti di programmazione del territorio, ovvero di applicazione del principio "Salute in tutte le politiche".

Questi principi sono già presenti negli strumenti regolatori regionali in campo sociale e sanitario, in particolare con il Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, che recita:

"Una delle fondamentali ragioni della necessità di costruire un welfare locale e di comunità è la stretta e peculiare combinazione fra politiche generali che incidono sulla qualità della vita quotidiana e condizionano la effettiva fruibilità dei servizi, quali a esempio l'integrazione tra politiche sanitarie e sociali, di inserimento scolastico, e lavorativo, urbanistiche e della casa, dei trasporti, ecc. Tali politiche hanno livelli diversi di determinazione i cui effetti finali convergono comunque a livello locale. Questo comporta la necessità di realizzare la attivazione della intera comunità locale".

La Regione, tuttavia, non si trova all'inizio di un lungo percorso, anzi.

La popolazione della Regione Emilia-Romagna è caratterizzata da una antica cultura della partecipazione, della solidarietà, della responsabilità sociale e della coesione tra

le persone. I Piani per la Salute (PPS), nati in attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999/2001, si basano sul concetto che lo stato di salute e il benessere delle persone sono fortemente influenzate dall'ecosistema e dai valori della comunità in cui si vive. I PPS sono stati veri e propri progetti di promozione della salute che, partendo dalla lettura dei bisogni – anche in termini di disuguaglianze dei cittadini di fronte alla salute – hanno coinvolto, trasformandoli in alleati, tutti i componenti della società civile, dai decisori politici, alla scuola, alle categorie professionali. L'ottica in cui il progetto si è mosso in tutte le aziende sanitarie è stato quello di far assumere alla promozione della salute un ruolo centrale nel lavoro quotidiano di ciascuno dei soggetti coinvolti.

Su questo terreno si è sviluppato il precedente PRP 2005/09. Anch'esso partiva dal presupposto che l'ambiente fisico, sociale e culturale in cui le persone vivono influenzano in modo determinante il benessere e la salute. Nella premessa del Piano si affermava che "...la prevenzione secondaria e le cure mediche rappresentano soltanto alcune delle modalità, e non necessariamente a maggiore impatto, per mantenere e migliorare la salute. Interventi di natura non medica possono promuovere in modo significativo lo stato di salute della popolazione.", e che "... per migliorare la salute delle persone occorre promuovere interventi che influiscano sull'organizzazione del contesto sociale. In modo particolare le disuguaglianze sociali e economiche influenzano lo stato di salute di un individuo".

1.1.a Integrazione, partecipazione e equità

Il principale strumento di programmazione sanitaria regionale, Il Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR), definito per gli anni 2008-2010, indica con chiarezza i diversi livelli di integrazione necessari per una risposta efficace ai bisogni di salute.

L'integrazione delle politiche

La promozione del ben-essere, proprio a fronte delle criticità rilevate, richiede interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse (pubbliche, del terzo settore, della solidarietà spontanea e non organizzata, private ecc.) ricercando l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e, allo stesso tempo, di queste con le politiche ambientali, urbanistiche, abitative, formative, occupazionali e come appena richiamato, culturali.

Dall'integrazione delle politiche discende la necessità di integrazione tra le Istituzioni.

L'integrazione comunitaria

È l'intera comunità locale (non solo quindi i soggetti istituzionali, ma anche quelli economici, culturali e sociali, a partire dal terzo settore) che si attiva attorno alle politiche sociali e sanitarie, e più in generale sulle scelte che comunque influenzano le condizioni di salute e benessere.

L'integrazione gestionale

Si realizza attraverso l'interazione dei soggetti istituzionali presenti in ambito distrettuale che si coordinano per realizzare la unicità gestionale degli aspetti organizzativi e delle risorse e assicurano la costituzione e la regolazione del funzionamento delle reti dei servizi

L'integrazione professionale

La integrazione professionale realizza le condizioni che garantiscono il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa.

L'equità

È un altro, importante valore di riferimento, che costituisce criterio-guida per dare risposte efficaci alle disuguaglianze presenti nel tessuto sociale.

1.1.b Il focus sulle disuguaglianze

Si è già detto diffusamente della rilevanza, nel determinare le condizioni di salute, delle più generali condizioni di vita.

Nella nostra regione, seppur in modo più contenuto rispetto ad altre realtà italiane, esiste anche un problema di scarsità di opportunità e risorse (abitazione, lavoro, fruizione di servizi, ecc.), cioè una vera e propria povertà economica, che colpisce una parte della popolazione.

Da un lato vi sono i portatori di bisogni più tradizionali, persone in condizioni di disagio grave e conclamato, quasi sempre multidimensionale: persone in stato di povertà estrema e senza un domicilio, persone tossicodipendenti o alcolodipendenti, persone con disagio psichico, anziani poveri e soli, detenuti e ex-detenuti, immigrati poveri e/o clandestini, richiedenti asilo, ex-prostitute, nuclei familiari problematici, nomadi, persone che pur vivendo in appartamento hanno interrotto ogni vincolo sociale.

Dall'altro lato vi sono le cosiddette 'nuove povertà' che da più parti si segnalano in crescita. Si tratta frequentemente di situazioni di sofferenza (spesso di natura economica) che, se non affrontate, possono aggravarsi: qui rientrano, infatti, le persone che si trovano in quella zona grigia in cui il non-disagio sfuma nel disagio, che a volte oscillano al di sopra e al di sotto della linea di povertà o che presentano sia segnali di una certa integrazione, sia tratti che espongono la persona a potenziali rischi di esclusione. Sono all'interno di questo gruppo: i nuclei familiari monoreddito e i nuclei monogenitoriali a basso reddito (spesso madri sole con figli), a volte anche privi di reti di sostegno e spesso immigrati (dall'estero e da altre zone d'Italia), i lavoratori con basse retribuzioni, pensionati, gli adulti 40-50enni senza lavoro, i lavoratori precari e le famiglie che presentano la "sindrome della quarta settimana" o accumulano situazioni di debito. L'attuale profonda crisi economica sta sicuramente abbassando questa "soglia", e genera situazioni di sofferenza in nuovi strati sociali cui si accompagnano nuove condizioni di rischio per le condizioni di salute.

A tali gravi problemi va data risposta assumendo come criterio-guida, nell'individuare obiettivi e azioni, la ricerca dell'equità, ovvero non la proposizione astratta di una offerta eguale di servizi, ma l'individuazione di strategie e tattiche differenziate, proporzionate e mirate ai differenti bisogni espressi o comunque individuati. Nel contesto odierno di crisi, che accelera e rende più gravi e pesanti le disuguaglianze, la ricerca dell'equità deve subire una pari accelerazione, individuando obiettivi ed azioni specifiche volte a rispondere ai target più bisognosi e in difficoltà.

1.2 La programmazione regionale

I principi che ispirano l'assetto istituzionale integrato di governo del sistema regionale sono:

- la centralità degli Enti locali e della Regione nella programmazione, regolazione e realizzazione dei servizi;

- la separazione delle funzioni pubbliche di governo (programmazione, regolazione, verifica dei risultati) da quella di produzione dei servizi e delle prestazioni;
- l'individuazione della zona distrettuale quale ambito territoriale ottimale per l'esercizio associato della funzione di governo e di committenza.

Questi principi consentono, nel quadro normativo vigente, di disegnare un assetto istituzionale di governo, a livello regionale e territoriale, coerente, omogeneo e dotato di adeguati strumenti di programmazione e verifica.

1.2.a Strumenti di livello regionale

Gli organi di governo

Gli organi politici e istituzionali con competenze di governo sull'area delle politiche sociali, sanitarie e dell'integrazione sono:

- l'Assemblea Legislativa regionale e la Giunta regionale con le rispettive competenze di indirizzo politico e di controllo, e di iniziativa, amministrazione e promozione;
- la Conferenza Regione-Consiglio delle Autonomie Locali, organo di rappresentanza, consultazione e coordinamento tra la Regione e gli Enti locali;
- la Cabina di regia regionale per le politiche sociali e sanitarie, luogo di confronto, coordinamento e collaborazione, per promuovere la più ampia integrazione delle strategie e delle politiche sanitarie, sociali e sociosanitarie, e come sede di concertazione con le Organizzazioni sindacali.

Gli strumenti

La Regione ha una lunga tradizione di pratica di governo basata sulla programmazione, realizzata attraverso strumenti generali di presidio ed indirizzo nell'utilizzo del territorio e specifici di settore (trasporti, rifiuti, energia, sanità, ecc.).

Gli strumenti di programmazione che la Regione si è data nell'ambito sanitario e sociosanitario sono:

- Il Piano regionale sociale e sanitario (PSSR) che, elaborato dalla Giunta regionale e proposto all'Assemblea Legislativa regionale per l'approvazione definitiva, fissa gli obiettivi del triennio, le regole del sistema, il sistema di valutazione dei risultati. Il Piano regionale fissa i principi generali e gli obiettivi per il governo del sistema e rimanda a altri atti regionali più specifici le indicazioni di dettaglio;
- Il Piano regionale per la prevenzione;
- Il Programma annuale regionale di ripartizione delle risorse del Fondo sociale regionale;
- Le Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale;
- Il Programma annuale di ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza.

La Regione è impegnata a assicurare coerenza e continuità tra i diversi strumenti. In particolare, il Piano Regionale della Prevenzione, che in una logica di settore attiene ovviamente all'ambito sanitario e sociosanitario, dove è traduzione ed elaborazione locale del Piano Nazionale della Prevenzione e dettaglio e arricchimento del PSSR, vuole costituire uno strumento di promozione e tutela della salute collettiva, trasversale a tutti gli strumenti regolatori.

1.2.b Strumenti di livello locale

Gli organi di governo

A livello intermedio, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), attraverso la quale la Provincia, i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento e le Aziende sanitarie, ciascuno per le rispettive competenze, realizzano il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie.

In particolare la CTSS partecipa all'esercizio delle funzioni di promozione dell'integrazione delle politiche sociali con altre politiche settoriali, alla rilevazione dei bisogni e dell'offerta di servizi del territorio, al coordinamento della programmazione dei distretti con i programmi di ambito provinciale.

A livello distrettuale, i Comuni, organizzati nel Comitato di Distretto, per l'esercizio integrato delle funzioni di governo locale (dalla programmazione di ambito distrettuale alla verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti), e come supporto gestionale all'attuazione della programmazione.

Gli strumenti

Gli strumenti di programmazione nell'ambito sanitario e sociosanitario a livello locale sono:

- a livello intermedio,
 - l'Atto di indirizzo e coordinamento triennale, attraverso cui la CTSS assicura il raccordo tra i diversi strumenti e i diversi ambiti di pianificazione locali e il raccordo tra i diversi livelli di programmazione (regionale, provinciale, aziendale e distrettuale).
 - il Piano Attuativo Locale che rappresenta lo strumento con cui le Aziende sanitarie declinano le risposte organizzative ai temi e agli obiettivi generali identificati nell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale.
 - il Piano delle azioni, con cui l'Azienda sanitaria definisce obiettivi specifici e azioni di respiro annuale per realizzare la programmazione definita negli strumenti di indirizzo provinciali e regionali.
- a livello distrettuale,
 - il Piano di zona per la salute e per il benessere sociale, di durata triennale, che assicura il raccordo con i contenuti dell'atto di indirizzo triennale della CTSS, specificandone i contenuti nell'ambito territoriale.
 - Il Programma Attuativo Annuale, che costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale; inoltre esso definisce, raccoglie e approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente e della mobilità.

Gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione trovano articolazione locale negli strumenti di programmazione triennale sia a livello intermedio che distrettuale, nonché dettaglio, per quanto concerne obiettivi specifici e azioni, negli strumenti di respiro annuale.

1.3 Il profilo di salute della regione

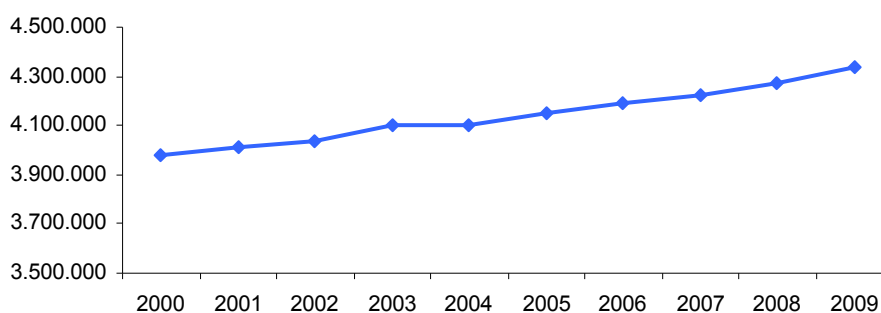
L'illustrazione che segue costituisce una sintesi del documento sul profilo di salute regionale predisposto a supporto del Piano regionale della prevenzione, consultabile nella versione completa all'indirizzo

<http://www.saluter.it/ssr/aree-dellassistenza/sanita-pubblica/piano-prevenzione/il-piano-regionale-della-prevenzione>

Quadro socio-demografico e fasce di popolazione fragile

La popolazione regionale al 1.1.2009 risulta pari a circa 4.340.000 abitanti, con un incremento rispetto all'anno precedente dell'1,5% (il più elevato tra le regioni italiane).

Popolazione residente
Emilia-Romagna (2000-2009)



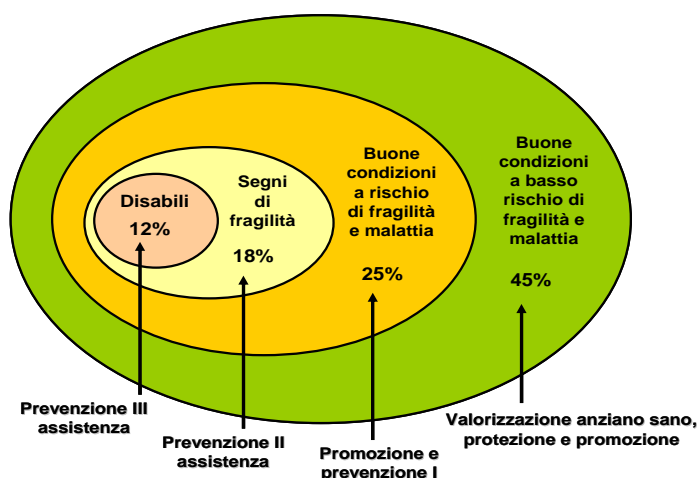
La **speranza di vita** alla nascita è di circa 79 anni per gli uomini e 84 anni per le donne.

Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per sesso (2006-2008)

	alla nascita		a 65 anni	
	M	F	M	F
Piacenza	78,6	83,5	17,6	21,2
Parma	79,0	83,9	17,8	21,5
Reggio Emilia	79,1	84,0	18,1	21,5
Modena	79,7	84,5	18,3	21,8
Bologna	79,5	84,3	18,4	21,7
Ferrara	78,4	83,5	17,6	21,2
Ravenna	80,0	84,6	18,7	22,1
Forlì-Cesena	79,9	84,6	18,7	21,9
Rimini	80,1	84,6	18,8	22,0
Emilia-Romagna	79,4	84,2	18,2	21,6

La percentuale di anziani è superiore alla media nazionale. Circa la metà (45%) delle persone di età ≥ 65 anni è in buone condizioni di salute e a basso rischio di malattia; un quarto (25%) è in buone condizioni, ma a più alto rischio di malattia e fragilità. Il 18% delle persone anziane mostra segni di fragilità e il 12% risulta essere disabile, cioè non autosufficiente in almeno un'attività della vita quotidiana.

**Distribuzione della popolazione ultra 64enne
per sottogruppi di popolazione
PASSI d'Argento (Emilia-Romagna, 2009)**



La popolazione regionale è in aumento, ma in modo diseguale nelle varie province.

L'Emilia-Romagna è caratterizzata da **flussi migratori** tra i più alti a livello nazionale; la percentuale di popolazione straniera arriva al 9,7% del totale: le percentuali maggiori sono concentrate nelle province emiliane. Le donne costituiscono il 50,1% del totale degli immigrati. Le cittadinanze più rappresentate sono Marocco, Albania e Romania.

**Popolazione Straniera
Emilia-Romagna (2005-2009)**

	2005	2009	var %
Piacenza	18.736	33.134	+77%
Parma	27.724	45.994	+66%
Reggio Emilia	38.075	59.429	+56%
Modena	49.921	76.282	+53%
Bologna	55.824	86.703	+55%
Ferrara	11.294	21.985	+95%
Ravenna	20.141	36.803	+83%
Forlì-Cesena	20.067	35.001	+74%
Rimini	15.451	26.178	+69%
Emilia-Romagna	257.233	421.509	+64%

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo aumento della **natalità**, con costante aumento di madri nate all'estero: 30% del 2008.

Gli scenari futuri mostrano una tendenza all'invecchiamento della popolazione ed un aumento della componente multiethnica.

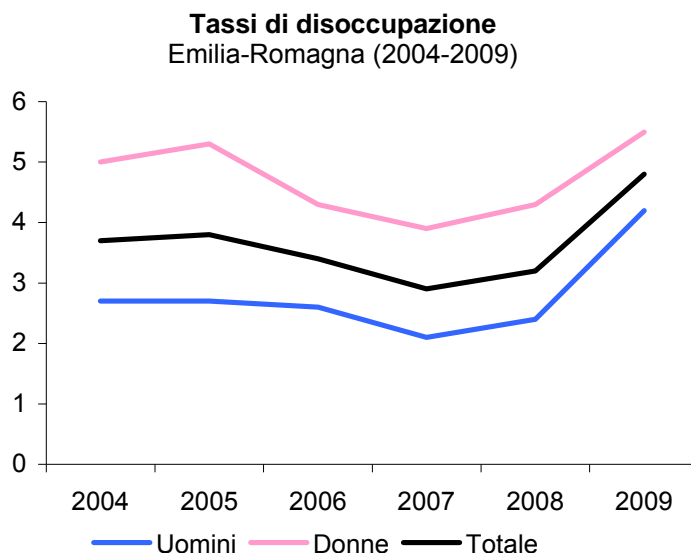
Il livello di scolarizzazione complessivo della popolazione emiliano-romagnola può considerarsi buono, con percentuali più alte della media nazionale.

La percentuale di popolazione residente con licenza elementare o senza titolo di studio presenta poche variabilità sia all'interno delle singole province sia tra le

province emiliano-romagnole, con i valori minimi per Rimini e Bologna e massimi a Ferrara.

La crisi economica mondiale ha colpito anche l'economia regionale: il PIL regionale ha subito un calo del 4,8% rispetto al 5% nazionale, con variazioni più marcate a Modena e Reggio Emilia, province a forte vocazione manifatturiera, in particolare meccanica, settore tra i più penalizzati.

Il tasso di **disoccupazione** è aumentato nel 2009 sia negli uomini sia nelle donne.



Stili di vita

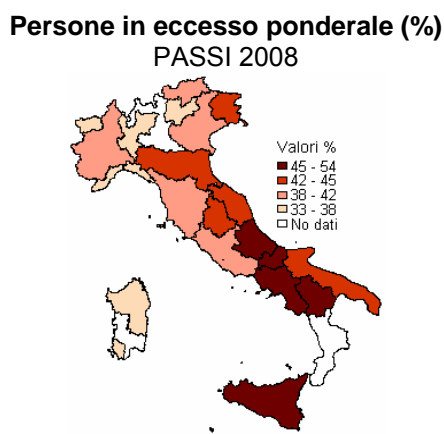
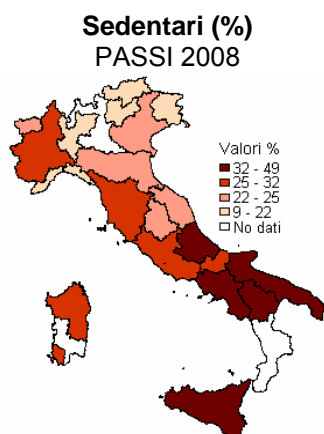
Due persone su tre giudicano in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono) e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male o molto male).

In particolare la percentuale di persone che giudicano positivamente il proprio stato di salute è più bassa nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche percepite o presenza di patologie severe, diminuisce inoltre al crescere dell'età.

Solo un terzo delle persone 18-69enni (36%) ha uno **stile di vita attivo**, in quanto conduce un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata/intensa raccomandata; circa un quarto è completamente sedentario (22%); questa stima corrisponde in Regione a circa 660mila persone sedentarie. La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione.

Poco meno della metà delle persone di 18-69 anni (43% pari a 1.300.000) presenta un **eccesso ponderale** (32% sovrappeso e 11% obesi).

L'eccesso ponderale è significativamente più frequente negli uomini, nella fascia con più di 50 anni, nelle persone con basso livello di istruzione o con molte difficoltà economiche.

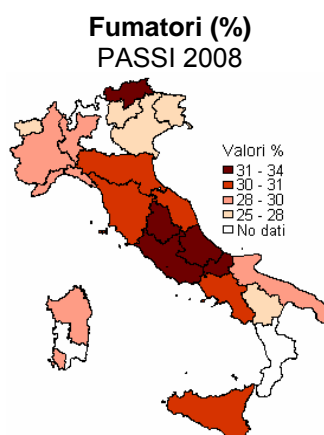
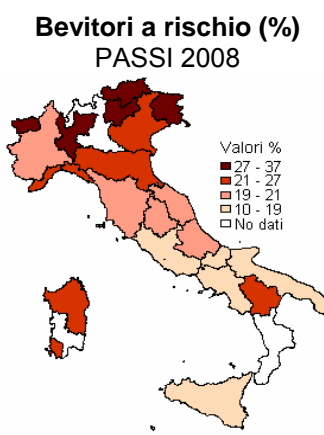


Circa i due terzi dei 18-69enni emiliano-romagnoli consumano **alcol** (64%). Complessivamente circa un quarto della popolazione adulta (23%) può essere classificato come bevitore a rischio.

Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente negli uomini, nelle persone con molte difficoltà economiche percepite e nei giovani di 18-24 anni: in questa fascia d'età circa la metà dei giovani ha modalità di assunzione di alcol a rischio.

Circa la metà delle persone di 18-69 anni (48%) ha dichiarato di essere non fumatore. Gli ex fumatori rappresentano circa un quinto del campione (22%) e i **fumatori** un terzo (30%).

Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori nelle persone sotto ai 50 anni (in particolare 37% nella fascia 25-34 anni), negli uomini, nelle persone con livello di istruzione di scuola media inferiore e superiore e nelle persone con molte difficoltà economiche percepite.



La maggior parte delle persone considera il divieto di fumare nei luoghi pubblici rispettato sempre o quasi sempre. La maggior parte dei lavoratori considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato sempre o quasi sempre.

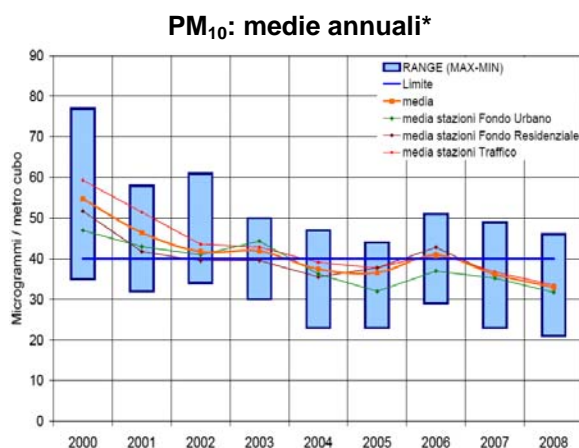
In circa un terzo delle abitazioni si fuma: nel 22% in alcune zone e nel 7% ovunque; in circa un quinto delle case in cui vivono minori o bambini si fuma (19%).

Ambiente e salute

Gli alti livelli di urbanizzazione e industrializzazione del territorio regionale generano grandi quantità di emissioni inquinanti e le caratteristiche meteorologiche favoriscono il ristagno delle immissioni inquinanti. La qualità dell'aria presenta diverse criticità: PM₁₀, ozono, ossidi di azoto, con prevedibili importanti effetti sulla salute della popolazione, in particolare per chi risiede nei maggiori centri urbani (36% della popolazione).

Dal 2002 la media annuale del **PM₁₀**, misurata dalla rete di rilevazione è scesa in Emilia-Romagna del 10-15% avvicinandosi al valore di riferimento di 40 µg/mc, livello comunque responsabile di un significativo impatto sulla salute.

L'esposizione media stimata annuale a PM₁₀ per la popolazione dei capoluoghi è 41 µg/mc, appena superiore al valore limite europeo, ma doppia rispetto al valore guida annuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; nelle aree sub-urbane tra 25 e 35 µg/mc, mentre nelle aree appenniniche e del delta del Po inferiore a 25.



* il range è riferito all'insieme delle stazioni di monitoraggio della rete regionale

Si stima che la totalità della popolazione regionale sia esposta a valori di **ozono** superiori al livello di protezione della salute (120 µg/mc nelle 8 ore) per circa 40 giorni all'anno (la soglia è di 25 giorni).

Anche le medie annuali degli ossidi di **azoto** rimangono sostanzialmente invariate, restando sopra i 40 µg/mc (valore limite fissato dal 2010 per la protezione della salute umana, ma non scevro di effetti sulla salute).

La mappatura della presenza di **amianto** ha rilevato una modesta presenza di amianto friabile, a rischio di diffusione, e una estesa presenza di materiale in matrice compatta (tetti).

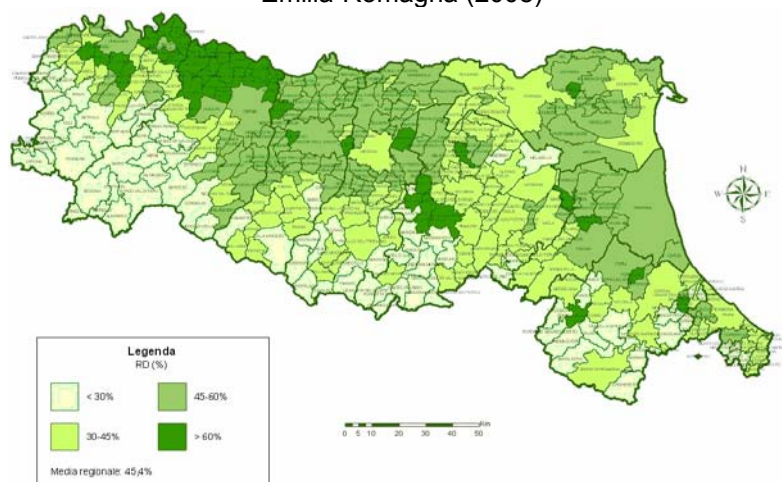
Il **radon** è presente in concentrazioni superiori a 70 Bq/mc (il valore al quale riferirsi è 200 Bq/mc) in tre aree circoscritte sul versante appenninico.

Nei centri urbani, percentuali significative di popolazione (comprese tra il 30 e il 50%) sono esposte a **rumore** a livelli più elevati dei limiti massimi previsti per i centri urbani (65 dBA diurni e 55 dBA notturni).

La produzione di **rifiuti** continua a crescere (rifiuti urbani +2,8%); cresce anche la raccolta differenziata, che raggiunge l'obiettivo nazionale del 45%; in numerose realtà locali la raccolta differenziata supera il 55%.

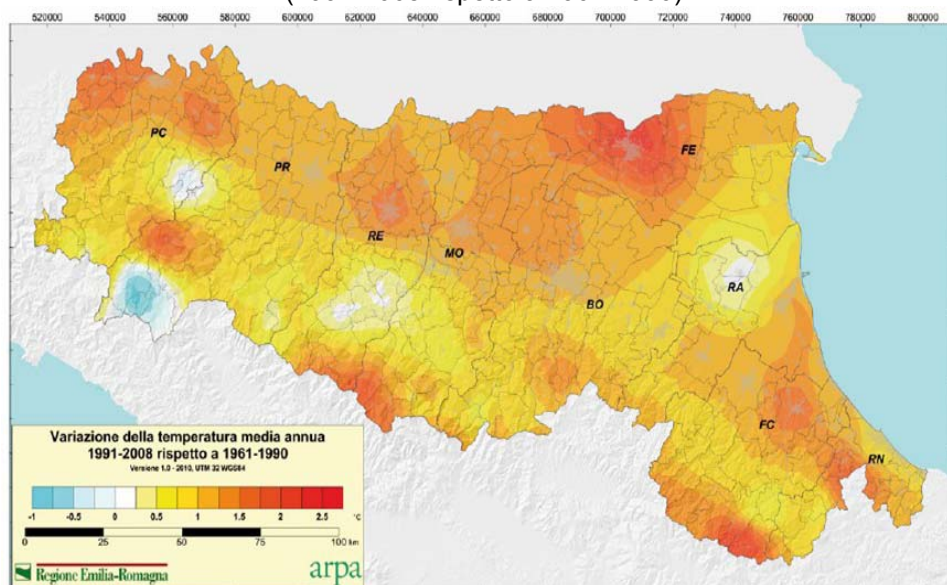
In Emilia-Romagna sono presenti 28 discariche per rifiuti solidi urbani e 8 inceneritori; questi ultimi smaltiscono il 20% dei rifiuti urbani.

**Mappa della raccolta differenziata per comune
Emilia-Romagna (2008)**



Il graduale aumento della temperatura sta lentamente modificando l'ecosistema. Gli effetti più macroscopici sono costituiti dalle ondate di calore e dalla comparsa di malattie tipiche delle aree tropicali in zone con clima in precedenza continentale. Il **disagio bioclimatico** nel corso del 2009 è stato presente in 8 giornate.

**Variazione temperatura media annua
(1991-2008 rispetto a 1961-1990)**



L'indice di **balneabilità** temporanea identifica la costa effettivamente balneabile: nel 2008 l'indice è stato pari al 100% della costa sottoposta a monitoraggio.

Casa e salute

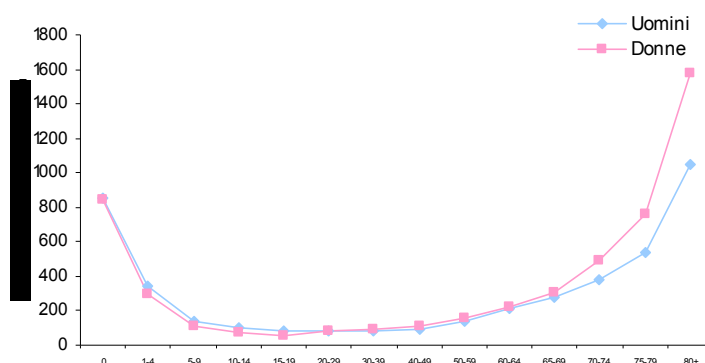
L'ambiente domestico rappresenta un ambito nel quale si concentrano importanti

fattori di rischio per la salute, sia dal punto di vista dell'incidentalità sia da quello della salubrità, nonostante vi sia nella popolazione una scarsa o assente percezione del rischio.

Si stima che il 2,9% degli accessi al pronto soccorso sia dovuto ad **incidenti domestici**. La maggioranza degli incidenti domestici coinvolge gli anziani e, tra questi, prevalgono gli incidenti nelle donne. La dinamica più frequente è la caduta, che esita nel 42% dei casi in una frattura quasi sempre localizzata nel femore.

Nei bambini di età 0-4 anni si assiste ad un'elevata incidenza di ricoveri ospedalieri per incidente domestico. In questi, oltre alla caduta, le lesioni più frequenti sono l'ingestione o inalazione di sostanze tossiche e corpi estranei, le folgorazioni e le ustioni. La letteratura documenta un gradiente socioeconomico nei ricoveri per incidenti domestici tra i bambini con meno di 15 anni.

Incidenza ricoveri per incidente domestico per sesso e età Emilia-Romagna (SDO 2007)



L'**intossicazione da monossido di carbonio** rappresenta un evento spesso associato a situazioni di marginalità e esclusione sociale, in quanto strettamente correlato a condizioni di disagio abitativo che coinvolgono spesso cittadini in condizioni di indigenza che utilizzano mezzi impropri per il riscaldamento domestico, a cui si associano condizioni di scarsa od assente manutenzione degli impianti a gas.

In Regione nel 2007 si sono verificati 111 casi di ricovero con diagnosi di intossicazione da monossido di carbonio con 19 decessi, nel 2008 92 casi con 11 decessi.

Alimenti e salute

In Emilia-Romagna oltre il 60% dell'intero territorio è dedicato all'**agricoltura**.

Nel **settore zootecnico** si registra una progressiva e sensibile riduzione del numero di aziende con allevamenti, ma la flessione del numero di capi allevati è contenuta (bovini e suini) o in lieve aumento (avicoli).

Nel 2008 si è avuto un incremento delle imprese appartenenti al settore alimentare e delle bevande pari a circa il 15% rispetto al 2000.

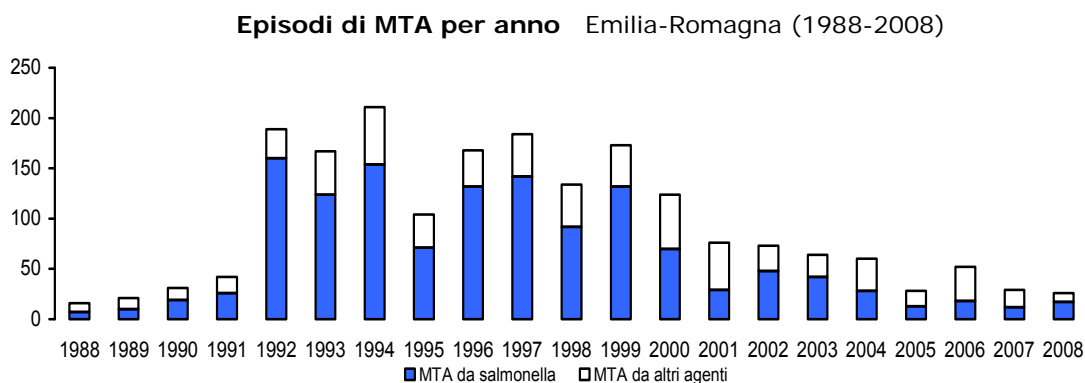
L'**attività di ristorazione** è diffusa in Emilia-Romagna, con una concentrazione massima nelle province a vocazione turistica e a elevata capacità recettiva alberghiera, in particolare Rimini (con 56,8 posti letto ogni 100 abitanti), Ravenna (20,7) e Forlì-Cesena (18,6).

Nel 2008 in Regione risultavano esistenti 26.778 tra ristoranti, bar e affini e 4.747 mense; di queste 3.650 sono quelle destinate ad una utenza sensibile in quanto rivolte alla ristorazione scolastica e ospedaliera, pubblica e privata.

Per quanto riguarda il sistema pubblico di distribuzione dell'acqua, si rileva che la parte occidentale della regione presenta la maggior parte degli acquedotti con potenzialità inferiore ai 500 abitanti.

Nel periodo 1988-2008 si sono complessivamente verificati nel territorio regionale 1.972 episodi epidemici di **Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA)**; nell'ultimo decennio si sono osservati in media circa 70 episodi all'anno, con circa 450 persone coinvolte; il tasso medio annuo di MTA è pertanto pari a circa 1,1 casi su 10.000 abitanti. La causa più rilevante di focolai epidemici è rappresentata dalle infezioni da Salmonella. Negli ultimi anni il numero di episodi verificatisi è in riduzione in tutte le province della Regione.

L'incidenza di episodi sia di MTA totali sia di salmonellosi è maggiore nel periodo maggio-ottobre, mentre le intossicazioni da funghi si concentrano nei mesi settembre-novembre.



Il luogo di preparazione dell'alimento veicolo di MTA più spesso coinvolto è la casa privata (nel 68% degli episodi), che risulta avere però un numero medio di casi per episodio nettamente inferiore a tutte le altre sedi.

Tra i veicoli individuati come responsabili delle MTA al primo posto compaiono gli alimenti contenenti uova, seguono i prodotti carnei, il pesce e i funghi.

I fattori di rischio più comuni implicati nel manifestarsi delle MTA sono lo scorretto mantenimento della temperatura di conservazione dell'alimento, la cottura inadeguata e il consumo di cibo crudo.

Le principali criticità rilevate nel settore della **sicurezza alimentare** sono:

- prevalenza di non conformità nell'ambito dell'igiene generale (prerequisiti), nell'applicazione dei sistemi di autocontrollo (rispetto ai quali appare disomogenea la consapevolezza negli operatori del settore alimentare) e nella formazione del personale;
- presenza di Salmonella e Listeria in diverse categorie di alimenti;
- costanza nel livello di contaminazione da micotossine (in frutta secca, cereali e spezie) e metalli pesanti (nei prodotti della pesca).

La presenza di contaminanti biologici o microbiologici, spesso riscontrati contemporaneamente, è risultata una causa significativa di notifiche nell'ambito del sistema di allerta comunitario.

L'utilizzo di **prodotti fitosanitari** negli alimenti costituisce un rischio per la salute dei consumatori: negli anni si è osservata una progressiva diminuzione del loro impiego, ma rimane necessario continuare a presidiare il settore.

Lavoro e salute

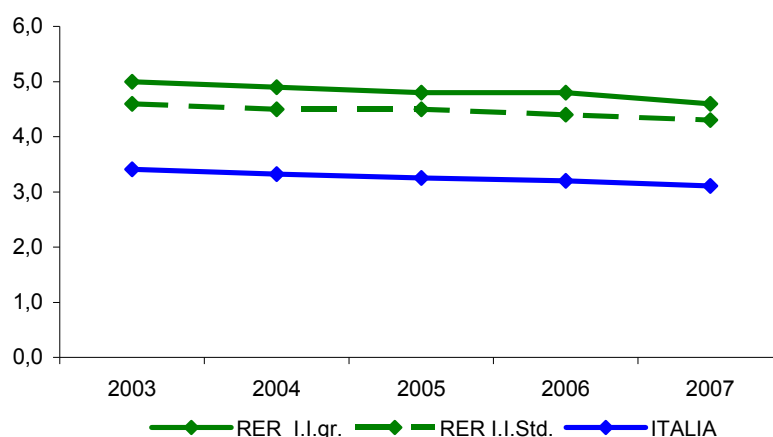
In Emilia-Romagna la distribuzione della forza lavoro nei vari comparti produttivi, si concentra soprattutto nei Servizi (51%), Metalmeccanica (13%), Costruzioni (10%) e Sanità (7%). La maggioranza delle imprese (94%) non supera i 10 addetti e l'80% i 3 dipendenti.

Nel quinquennio 2003-07 gli **infortuni sul lavoro** indennizzati sono stati circa 80.000 annui, con andamento in flessione; gli infortuni hanno causato in media oltre 120 morti all'anno e circa 4mila inabilità permanenti.

Nel periodo considerato il numero di infortuni mortali si è ridotto del 18%.

Il rischio infortunistico complessivo è più alto rispetto alla media nazionale (4.3 vs 3.1) ed è maggiore nelle province romagnole.

Andamento dell'Indice di incidenza degli infortuni
Emilia-Romagna (grezzo e standardizzato) e Italia (2003-2007; indice x 100)



I comparti lavorativi ove si registrano le frequenze più alte di infortuni indennizzati sono Metalmeccanica e Costruzioni che, assieme ai Trasporti, registrano anche gli indici di incidenza più elevati fra i comparti a maggior numero di addetti.

Gli indici di gravità più elevati si registrano nel comparto Costruzioni e nell'Agricoltura. Nel quinquennio considerato il rischio complessivo e nei singoli comparti è in leggera diminuzione, con l'unica eccezione delle attività sanitarie e sociali dove gli indici rimangono stabili.

Il 17% degli infortuni è avvenuto su strada, soprattutto "in itinere" (tragitto casa-lavoro-casa) (72%); una quota rilevante di infortuni sul lavoro mortali è da attribuire agli infortuni su strada (47% nel 2004 e 66% nel 2007).

In Emilia-Romagna ogni anno si verificano circa 1.600 nuovi casi di malattia professionale riconosciuti dall'INAIL

Le patologie muscolo-scheletriche sono le malattie professionali più frequentemente denunciate (55%) seguite dalle ipoacusie (15%), con andamento simile in tutte le province; per gravità va comunque evidenziata l'incidenza dei tumori professionali da cancerogeni.

Negli ultimi 8 anni si è registrato un incremento sia delle malattie denunciate che di quelle riconosciute, in controtendenza con il dato complessivo italiano; appare

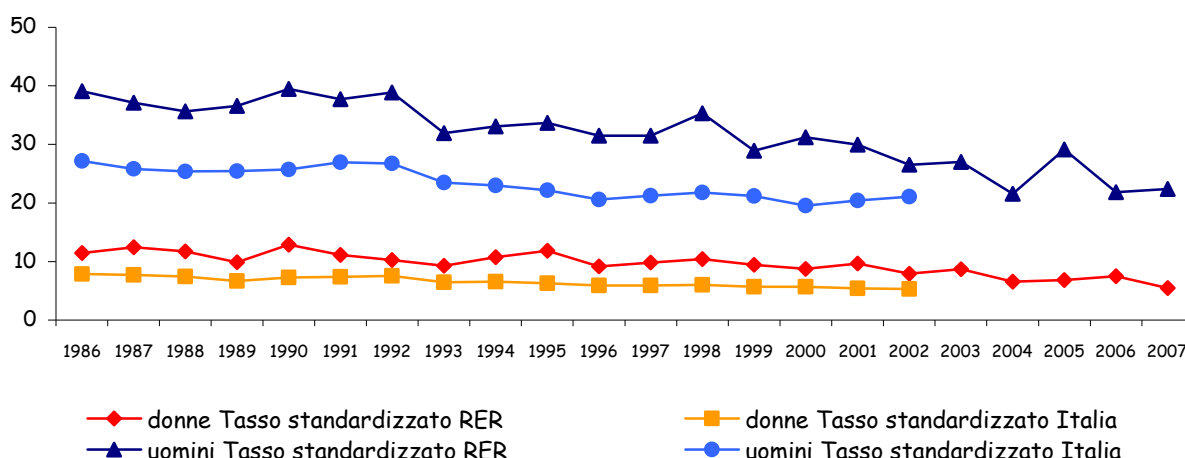
verosimile che questa differenza sia da ricondurre anche ad una maggiore adesione all'obbligo di certificazione delle patologie correlate al lavoro.

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte nei giovani adulti, con costi umani e economici elevati per la società.

Nel 2008 in Emilia-Romagna si conferma il trend in diminuzione legato all'incidentalità stradale (Incidenti stradali -13%, feriti -15% e morti -32%) rispetto al 2000.

Tassi standardizzati di mortalità da Incidente stradale per sesso
Italia e Emilia-Romagna (1986-2007)



La mortalità per incidenti stradali, pur in diminuzione, si mantiene maggiore rispetto al dato medio nazionale; in particolare in Regione vi sono aree a maggior rischio (ferrarese, ravennate, bassa bolognese e modenese) nelle quali il rischio è superiore anche del 30-40% a quello medio regionale.

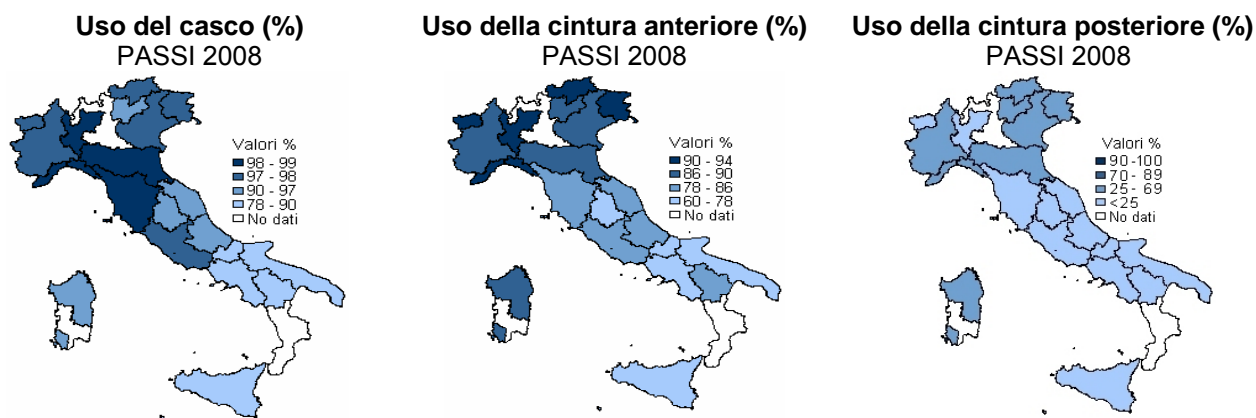
Nel periodo 1999-2006 si osserva un marcato trend in diminuzione dei Tassi standardizzati di ospedalizzazione da Incidente stradale.

Le persone coinvolte in incidenti stradali, in termini di decessi e ricoveri, sono più spesso uomini (2:1 rispetto alle donne), giovani fra 15-30 anni e anziani oltre 70 anni.

Tra i principali comportamenti a rischio per l'incidentalità si considerano l'eccesso di velocità, la guida sotto effetto di alcol o sostanze stupefacenti e il mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza.

In tutta la Regione l'utilizzo del casco e della cintura anteriore è molto diffuso (rispettivamente 99% e 90%); molto limitato rimane invece l'utilizzo della cintura posteriore (25%) in tutte le AUsl.

Una quota non trascurabile di genitori di un minore sotto ai 14 anni ha riferito di non far indossare sempre il dispositivo di sicurezza al minore.



Principali malattie e cause di morte

Le **morti precoci** (avvenute prima del compimento dei 65 anni di età) mostrano un trend in diminuzione e sono più frequenti negli uomini.

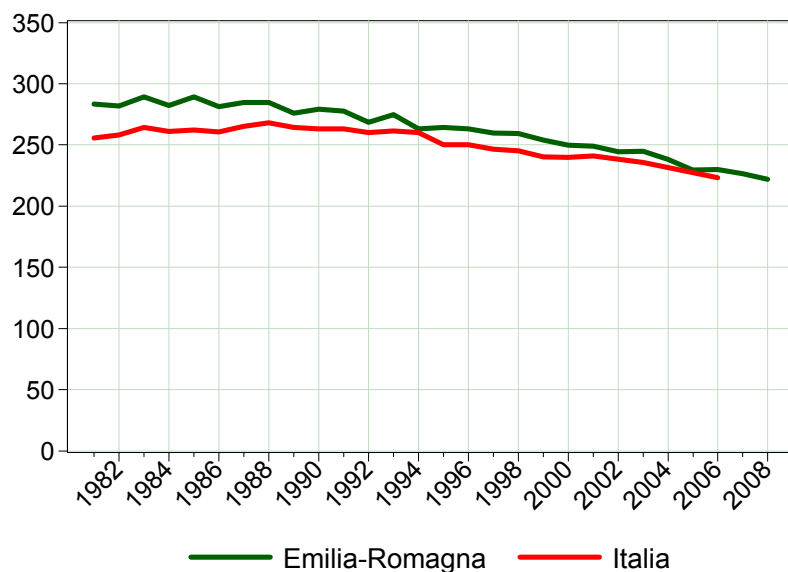
Le patologie che maggiormente contribuiscono alla mortalità prematura sono i tumori (35%), i traumi (22%), le malattie cardiovascolari (14%) e le condizioni morbose perinatali (7%). La distribuzione territoriale di questo indicatore è simile a quella della mortalità generale: i valori più elevati si riscontrano a Ferrara, Piacenza e Reggio Emilia, mentre quelli minimi a Modena, Cesena e Rimini.

La popolazione emiliano-romagnola è particolarmente longeva e soffre di disturbi e patologie spesso legate all'invecchiamento e alla esposizione a fattori di rischio ambientali, professionali o legati alle abitudini di vita. Una persona su cinque (19%) dichiara di soffrire di una **patologia cronica** (malattia cardiovascolare, respiratoria, diabete, tumore grave), dato in linea con la media nazionale (17,5%).

La **speranza di vita libera da disabilità** a 15 anni e a 65 anni è rispettivamente pari a 61 e 16 anni per gli uomini e a 64 e 17 anni per le donne. La percentuale di persone con più di 6 anni con **disabilità** è complessivamente pari al 3% negli uomini e 6% nelle donne, percentuale che sale rispettivamente al 10% e al 20% sopra ai 65 anni.

Le **principali cause di morte** sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (38%) e dai tumori (30%); in particolare il tumore polmonare è la neoplasia che causa più decessi ed è anche la prima causa di morte in assoluto negli uomini.

Mortalità da tutti i tumori
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
 (1981-2008)



Nel 2008 in Emilia-Romagna le cause più frequenti di ricovero ordinario sono state le malattie del sistema circolatorio (17%) e i tumori (10%), confermando quanto emerso dall'analisi della mortalità generale.

Negli uomini un nuovo **tumore** su cinque è rappresentato dal carcinoma della prostata (20%), seguito dal carcinoma del polmone (16%) e dai tumori del colonretto (14%).

Nelle donne il tumore della mammella è il più frequente (28% dell'incidenza); al secondo posto troviamo i tumori del colon-retto (14%) e al terzo il tumore polmonare, in moderata ma continua crescita (5,5%).

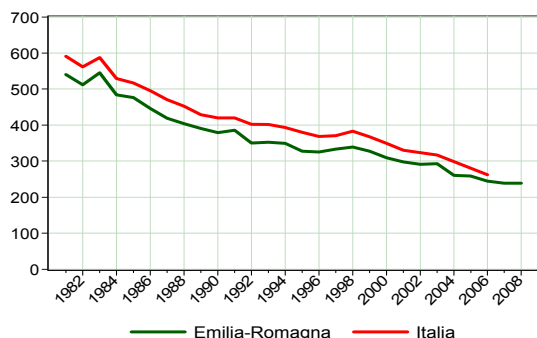
Negli ultimi anni si osserva un progressivo e deciso aumento dell'incidenza dei tumori in alcune sedi anatomiche (colon-retto, prostata, tiroide, fegato, pancreas, melanomi cutanei, mesoteliomi), in parte legato a procedure diagnostiche più sensibili. In altre sedi si registra una più o meno netta tendenza alla diminuzione (stomaco, laringe e polmone negli uomini, cervice uterina e mammella nelle donne); in particolare le leucemie nel sesso maschile evidenziano un considerevole calo.

Valutando invece il trend della mortalità per sede tumorale è più netta la tendenza alla stabilità o alla diminuzione, tranne alcune eccezioni (pancreas e polmone nel sesso femminile, mesotelioma in quello maschile).

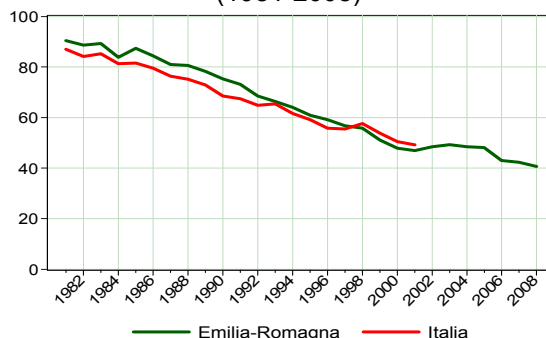
La sopravvivenza dei pazienti, in aumento, si mantiene ai livelli delle aree più avanzate a livello nazionale ed internazionale: globalmente circa il 53% degli uomini e il 63% delle donne sopravvivono a 5 anni dalla diagnosi. I tumori che hanno causato il maggior numero di decessi sono quello del polmone, seguito da colon e dalla mammella.

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte in Emilia-Romagna.

Mortalità da malattie del sistema circolatorio
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)



Mortalità da infarto acuto del miocardio
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)

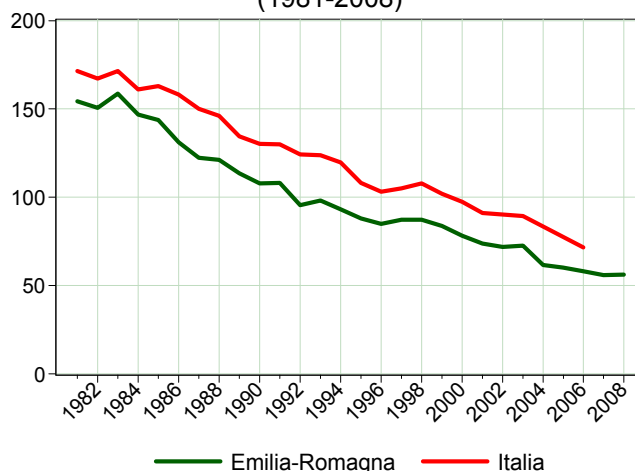


Si stima che in Regione vi siano circa 270.000 persone affette da malattie ischemiche croniche del cuore, con una prevalenza dell'8% negli uomini e del 5% nelle donne. I valori sono lievemente superiori alla media in provincia di Parma e Ferrara, a livelli inferiori a Ravenna e Rimini.

Nel periodo 2003-2007 si registra un aumento dell'incidenza degli infarti acuti, mentre diminuisce la mortalità a 30 giorni (dal 37% al 28%). Le **recidive** sono frequenti e piuttosto stabili negli ultimi 5 anni: entro un anno dall'evento, quasi il 6% (6,3% uomini e 5,8% donne nel 2007) delle persone che hanno avuto un infarto vengono nuovamente ricoverate per infarto; queste percentuali salgono a poco più del 7% (8% uomini, 6,5% donne nel 2007) in caso di sindrome coronarica.

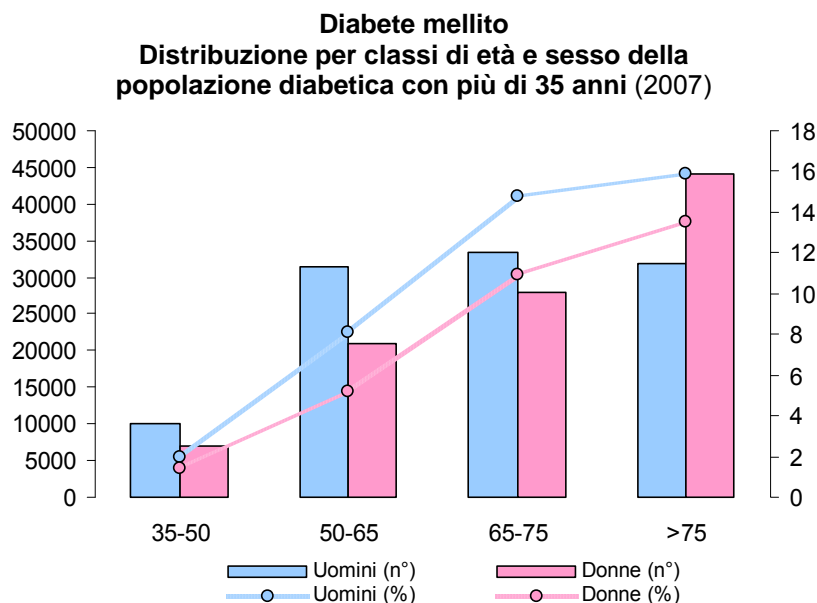
I disturbi circolatori dell'encefalo sono la prima causa di morte in termini di numero di decessi in Emilia-Romagna, nonostante il trend della mortalità sia in forte riduzione; il numero di decessi è elevato anche perché essi rappresentano una tipica causa di morte dell'anziano (75% oltre gli 80 anni).

Mortalità da disturbi circolatori dell'encefalo
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)



Nel 2007 la prevalenza della popolazione diabetica adulta in trattamento in Emilia-Romagna è risultata pari a 7,2 casi per ogni 100 individui residenti. La prevalenza di **diabete** aumenta con età, basso livello d'istruzione e presenza di difficoltà

economiche percepite e infine con l'eccesso ponderale. In tutte le classi di età gli uomini presentano un maggiore indice di prevalenza rispetto alle donne.



L'incidenza e la prevalenza del diabete sono in aumento, sia perché aumentano i fattori di rischio (eccesso ponderale, sedentarietà), ma anche perché aumenta la sopravvivenza grazie alla migliore assistenza.

La spesa media rilevata per assistito con diabete residente in regione è più che doppia di quella attribuita agli altri assistiti.

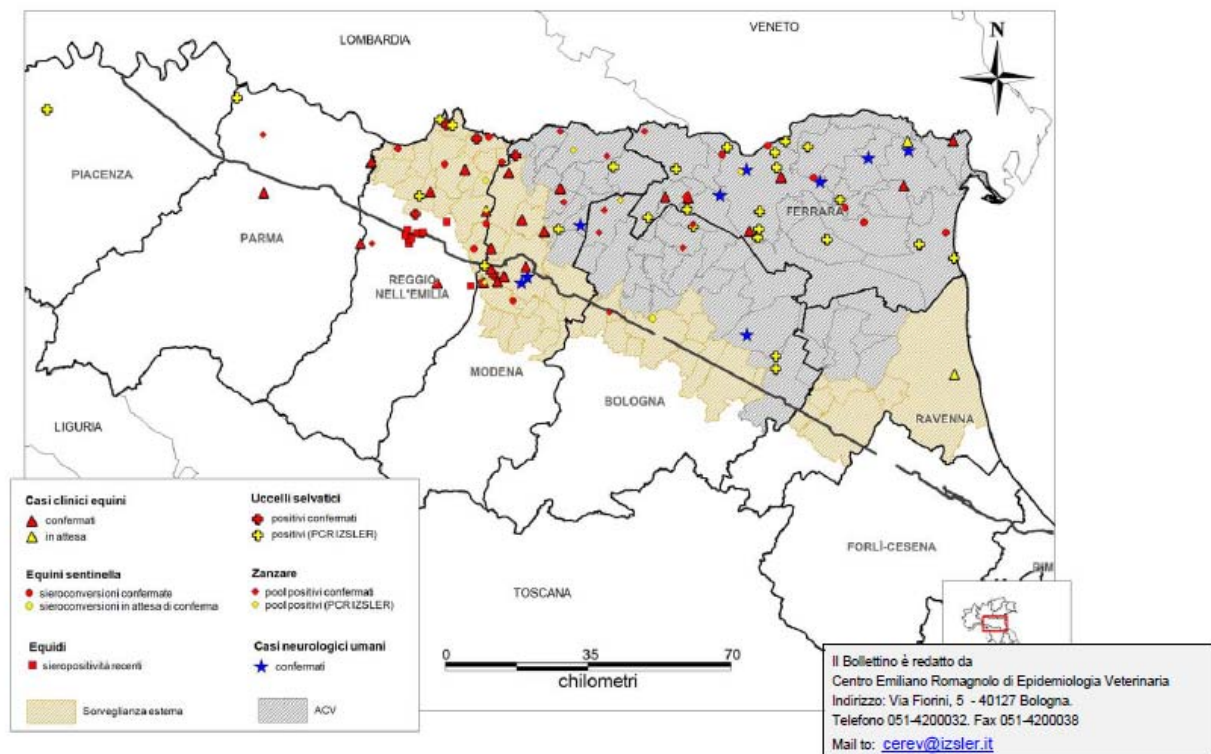
Le **malattie dell'apparato respiratorio** e quelle del **sistema nervoso** rappresentano infine una quota ridotta (circa il 12-13%) dei decessi, ma, a differenza di tumori e malattie cardiocircolatorie, mostrano trend stazionari o in aumento negli ultimi anni.

La morbosità e la mortalità per **malattie infettive** sono notevolmente diminuite, ma negli ultimi anni la globalizzazione e i cambiamenti climatici hanno determinato l'emergere o il riemergere di malattie infettive importanti o trasmesse da vettori.

Per quanto riguarda queste ultime, negli ultimi anni sono stati segnalati nella regione diversi casi di Malattie trasmesse da zanzare, sia *Aedes spp* sia *Culex spp*, e flebotomi.

In particolare la Regione Emilia-Romagna è coinvolta nell'epidemia di **West Nile Disease**, il cui virus è ormai insediato nel territorio di buona parte dell'area di pianura ed è causa di casi sporadici di malattia, ed in quella di **Dengue** il cui numero di casi importati è aumentato in modo importante negli ultimi due anni .

Risultati della sorveglianza epidemiologica WND in Emilia-Romagna. 2009



Nel 2007 si è verificato un focolaio di Febbre da **Chikungunya virus** con oltre 300 casi, mentre nel biennio 2008-09 sono stati confermati 3 soli casi, tutti importati da zona endemica

Negli ultimi anni inoltre si verificano in media circa 100 casi all'anno di **malaria**, tutti attribuibili a viaggi in zone a elevata endemia malarica. Le persone a maggior rischio di contrarre la malaria sono gli immigrati dal centro Africa che tornano in visita al paese d'origine senza eseguire alcuna profilassi.

Nel periodo 2006-2009, sono stati segnalati 17 casi di **leishmaniosi viscerale** di cui 15 hanno interessato persone residenti nelle province di Modena, Rimini, Bologna e Reggio Emilia. Per confronto, i casi registrati in Italia nel periodo 2000-2008 sono stati in media circa 140 per anno.

L'incidenza di **AIDS** è notevolmente diminuita dalla metà degli anni '90 ad oggi (da 14 casi per 100.000 abitanti nel 1994 a 3 casi nel biennio 2007-08). Il rischio di contrarre il virus non va però sottovalutato: una proporzione significativa dei nuovi casi di infezione da HIV è infatti dovuta alla trasmissione per contatto sessuale.

Nel 2008 sono stati notificati 459 casi di **tubercolosi (TBC)**, pari ad un'incidenza di 10,7 casi per 100.000 abitanti. Il 57% dei casi notificati si è registrato in persone con cittadinanza straniera (valore in aumento negli ultimi anni) e il 25% in persone italiane con più di 65 anni.

Tra i casi di **legionellosi** segnalati nel 2008 (pari a 82) è stata evidenziata una esposizione a rischio in strutture sanitarie nel 9,8% dei malati, mentre il 29,3% aveva soggiornato in una struttura alberghiera o turistica.

Malattie prevenibili con la vaccinazione: grazie ai livelli elevati di copertura vaccinale, queste malattie sono scomparse o molto ridotte come incidenza in regione.

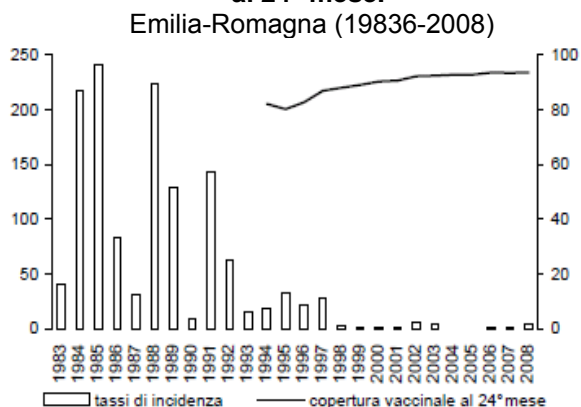
In particolare questo è ben visibile, oltre che per poliomielite e difterite, anche per morbillo, rosolia e malattie invasive da *Haemophilus influenzae tipo b*.

I casi di Epatite B che continuano a essere segnalati negli ultimi anni (circa 100 all'anno) riguardano fundamentalmente soggetti adulti o anziani non vaccinati.

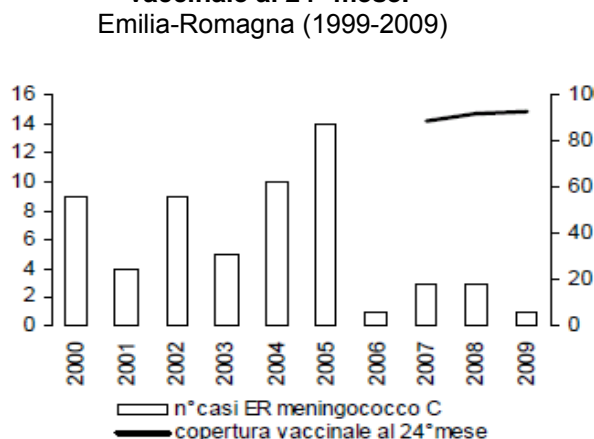
Si sono drasticamente ridotti i casi di malattia invasiva da Meningococco C; le malattie invasive da Pneumococco sono sostanzialmente stabili (25-35 casi all'anno) e si verificano principalmente negli adulti e anziani.

I casi di **tetano** segnalati in regione sono stati mediamente 7 per anno nel periodo 1999-2008, 9 nel 2009. La maggior parte dei casi si verifica in persone di età superiore a 65 anni, non vaccinate, più frequentemente di sesso femminile.

Morbillo: tassi di incidenza e copertura vaccinale al 24° mese.



Meningococco: n. casi e copertura vaccinale al 24° mese.



Nel 2008 sono stati segnalati 118 casi di **epatite A**, con un'incidenza pari a 2,8 casi per 100.000 abitanti. Tra i fattori di rischio evidenziati si sottolineano i viaggi all'estero, in cui è frequente il consumo di alimenti crudi contaminati, e la trasmissione nei rapporti di tipo omosessuale nei maschi.

I **microrganismi antibioticoresistenti** sono sempre più frequentemente causa sia di infezioni contratte in comunità che di infezioni conseguenti ad interventi assistenziali in ospedale, in ambulatorio, in strutture residenziali.

La salute nei giovani (0-29 anni)

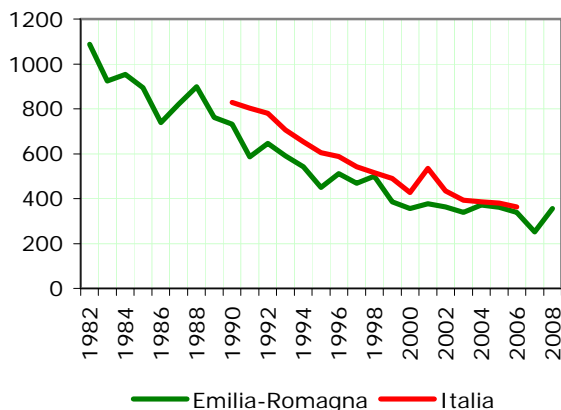
Nel 2009 continua l'incremento del numero assoluto dei nati in regione; il tasso di natalità è pari a 9.7 nati per 1.000 abitanti, sovrapponibile a quello dell'anno precedente. L'incremento delle nascite è correlato alla costante crescita della madri con cittadinanza straniera. I dati relativi al **percorso nascita** mostrano una situazione generalmente buona. Si evidenzia che l'appartenenza ad una minoranza etnica e una scolarità medio-bassa sono correlati alla prematurità e al basso peso alla nascita e a indicatori di irregolarità nel percorso nascita (insufficiente numero di controlli in gravidanza e epoca tardiva della prima visita).

Nell'arco di un decennio l'**allattamento esclusivo al seno** è aumentato in tutte le AUSL sia a 3 che a 5 mesi, raggiungendo rispettivamente il 47% e il 31%.

Nel periodo 1982-2000 il trend della **mortalità infantile** mostra una riduzione

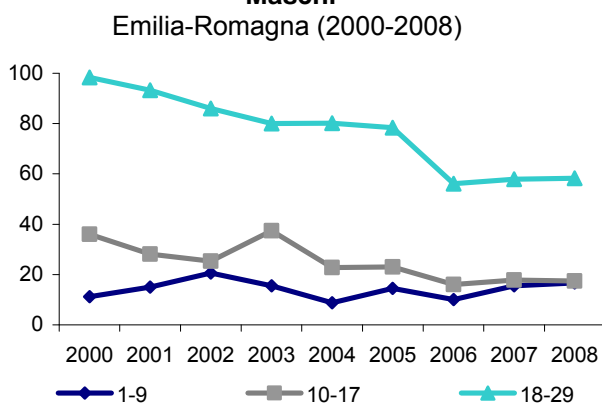
complessiva di circa quattro volte; nel 2008 il valore registrato è di poco superiore al 3 per mille.

Mortalità infantile
Tassi grezzi per 100.000 bambini
<1 anno di vita (1981-2008)

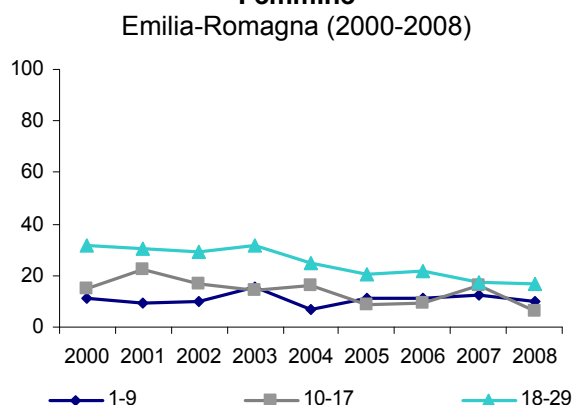


La mortalità nella fascia 1-29 anni è in costante diminuzione in tutte le classi di età considerate, più accentuata nella classe 18-29 per una importante diminuzione della mortalità per traumatismi. Le cause di morte prevalenti sono i Tumori e i Traumatismi e avvelenamenti fra 1-9 anni; le stesse cause si presentano nell'ordine inverso per le classi 10-17 e 18-29. La mortalità femminile è più bassa in ogni classe di età e per tutte le principali cause di morte, specialmente per i traumatismi. Il rischio di morire per un ragazzo nella fascia 10-17 anni è doppio rispetto a quello di una ragazza, e diventa quadruplo nella fascia 18-29 anni.

Tasso di mortalità per fasce d'età (1-29 anni)
Maschi



Tasso di mortalità per fasce d'età (1-29 anni)
Femmine



Nel periodo 2000-2008 le principali cause di ricovero nella fascia 0-29 anni sono state le malattie a carico dell'apparato respiratorio, seguite da traumatismi e avvelenamenti e dalle complicanze sorte durante la gravidanza o il parto. La popolazione di sesso maschile presenta un tasso di ricovero più elevato rispetto a quella femminile.

Gli utenti seguiti annualmente dai servizi sociali deputati all'**assistenza e tutela ai minori e alle loro famiglie** rappresentano oltre il 7% della popolazione minorenni residente in regione. Nel 2008 i minori portatori di disabilità rappresentano il 4,2%

dell'utenza seguita (circa 2.039 persone). Oltre un terzo (36%) delle disabilità è di tipo psichico; un altro terzo circa (31%) è dovuto a problemi che investono diversi aspetti ("disabile plurimo"); un quarto dei casi (25%) è legato ad una disabilità fisica e il rimanente 8% a disabilità sensoriale, visiva o uditiva.

I bambini portatori di disabilità frequentanti le scuole della regione (da primaria a secondaria di II grado) sono circa 11.000, pari al 2,4% di tutti gli scolari.

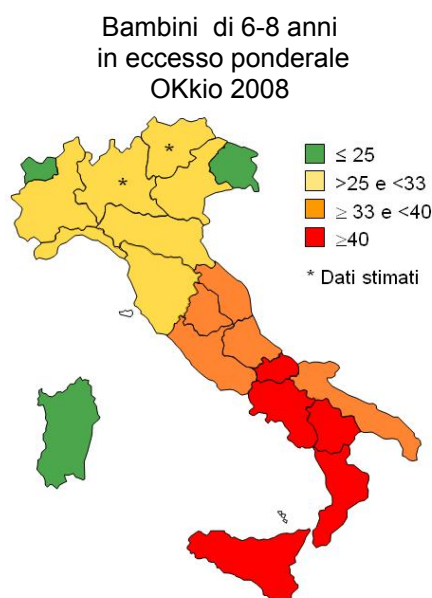
Tra i minori affetti da patologie croniche e invalidanti, la malattia più frequente è l'asma (27%), seguita da prematurità, condizioni di grave deficit fisico, sensoriale o neuropsichico e epilessia.

Non vanno dimenticate le malattie rare (tra cui le metaboliche ereditarie) che, pur essendo per definizione quantitativamente contenute, sono causa di disabilità anche gravi per il resto della vita e di grande impatto sui servizi sanitari e socioassistenziali.

I problemi neuropsichiatrici coinvolgono una porzione non trascurabile dei minori: ogni anno circa il 6% di bambini e adolescenti (40.154 minori nel 2009), si rivolge ai servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza; di questi oltre il 30% sono nuovi utenti. Oltre il 30% delle diagnosi è riferibile a disturbi del linguaggio e dell'apprendimento.

Riguardo ai disturbi del comportamento alimentare-DCA la popolazione afferita nel 2007 ai Team DCA delle Aziende sanitarie è stata di circa 1.300 persone, corrispondente a circa 3 persone su 1.000 in questa fascia d'età.

Nello studio "OKkio alla Salute" in Emilia-Romagna il 20% dei bambini di 8-9 anni è risultato in condizione di sovrappeso e il 9% obeso, inferiore al dato nazionale (24% e 12% rispettivamente). I genitori sembrano non avere una percezione corretta sia dell'adeguatezza dell'apporto alimentare sia dello stato ponderale dei propri figli. È presente una correlazione fra Indice di massa corporea (IMC) dei figli e dei genitori e che al crescere della scolarità dei genitori, in particolare della madre, nei figli si riduce il rischio obesità ed il consumo di bevande zuccherate, mentre aumenta il consumo di frutta e verdura.



I risultati dello studio Sonia e quelli preliminari dello studio multicentrico internazionale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children confermano come l'eccesso ponderale sia diffuso anche negli adolescenti, in particolare nei ragazzi rispetto alle ragazze e in misura maggiore all'inizio dell'adolescenza. Il confronto con le altre

regioni mostra come gli adolescenti emiliano-romagnoli si collochino al di sotto della media nazionale in riferimento ai valori di Indice di massa corporea (IMC).

Ragazzi in eccesso ponderale di 14 anni (SoNIA 2007-08)

Sorveglianza nutrizionale Emilia Romagna 2007

% Eccesso ponderale a 14 anni



Ragazzi in eccesso ponderale di 17 anni (SoNIA 2007-08)

Sorveglianza nutrizionale Emilia Romagna 2008

% Eccesso ponderale a 17 anni



Solo un adolescente su tre in ogni fascia d'età considerata pratica l'**attività fisica** raccomandata. Sono inoltre diffuse attività sedentarie (televisione e computer).

Tra i 15enni cresce in maniera significativa la percentuale di adolescenti che riferiscono di fumare (15% sia nei ragazzi che nelle ragazze) o bere (38% nei ragazzi e 26% nelle ragazze) almeno una volta alla settimana e quella di giovani che si sono ubriacati almeno due volte (16% e 11%).

HBSC Emilia-Romagna 2009 (risultati preliminari)

	11-enni		13-enni		15-enni	
	M	F	M	F	M	F
Sovrappeso o obesità	21%	15%	21%	14%	19%	10%
Almeno 3 giorni colazione (durante i giorni di scuola)	84%	79%	81%	73%	77%	55%
Consumo frutta almeno una volta al giorno	39%	50%	36%	44%	34%	47%
Consumo verdura almeno una volta al giorno	26%	36%	26%	38%	27%	41%
> 3 volte attività fisica alla settimana	32%	23%	36%	18%	33%	17%
Almeno 2 ore davanti alla TV (durante gg di scuola)	54%	44%	66%	63%	61%	65%
Almeno 2 ore davanti al PC (durante gg di scuola)	30%	16%	40%	27%	38%	20%
Fumo almeno 1 volta/settimana	1%	0 %	3%	3%	15%	15%
Almeno 1 bevanda alcolica/settimana	8%	3%	13%	7%	38%	26%
Ubriacato almeno 2 volte	2%	0%	2%	1%	16%	11%
Salute eccellente o buona	92%	90%	93%	89%	91%	83%
Subito bullismo almeno 1 volta o 2 nell'ultimo paio di mesi	21,5%	8,6%	10,4%	8,8%	8,0%	4,2%

Nella popolazione studentesca regionale, il 45% dei ragazzi e il 23% delle ragazze, almeno una volta negli ultimi dodici mesi, hanno giocato puntando soldi.

Il 62% degli studenti della regione ha provato almeno una volta a **fumare tabacco** e per il 26% il consumo di sigarette è diventato quotidiano (Italia rispettivamente il 65% e 28%). Nel corso dell'ultimo anno, il consumo di tabacco nella popolazione

studentesca regionale ha coinvolto il 24% dei ragazzi e il 27% delle ragazze, con prevalenze che aumentano progressivamente al crescere dell'età dei soggetti, raggiungendo i valori massimi tra gli studenti di 19 anni.

Il 91% della popolazione studentesca regionale ha assunto **bevande alcoliche** almeno una volta nella vita, l'84% nel corso dell'ultimo anno; per il 68% il consumo è avvenuto nei 30 giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine e per il 6% è stato quotidiano (Italia rispettivamente 91%, 84%, 69% e 7%). Il 38% della popolazione studentesca maschile e il 29% di quella femminile ha praticato il **binge drinking**; in particolare, tra questi il 43% dei ragazzi e il 31% delle ragazze lo ha praticato almeno 3 volte nel mese.

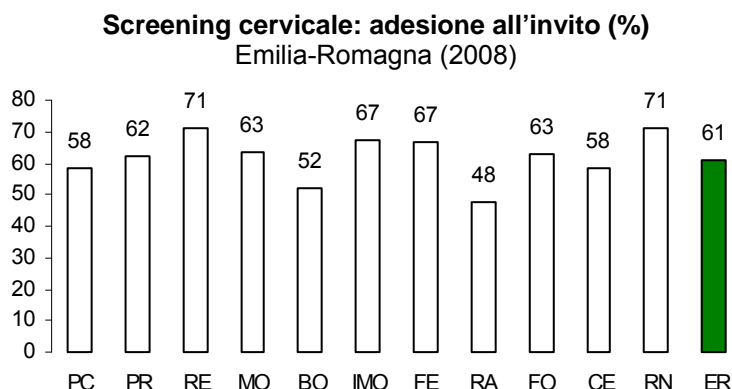
Il **consumo di cannabis** è stato sperimentato dal 30% degli studenti della regione, quota che raggiunge il 23% se si considera il consumo nell'anno e il 15% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni (in Italia rispettivamente: 31%, 24% e 15%).

Il 5,5% degli studenti della regione riferisce di aver assunto cocaina almeno una volta nella vita, il 3,5% ne ha utilizzato nell'ultimo anno e l'1,7% negli ultimi 30 giorni, in linea con le prevalenze rilevate a livello nazionale (5,8%, 3,7% e 1,9%).

Programmi di prevenzione

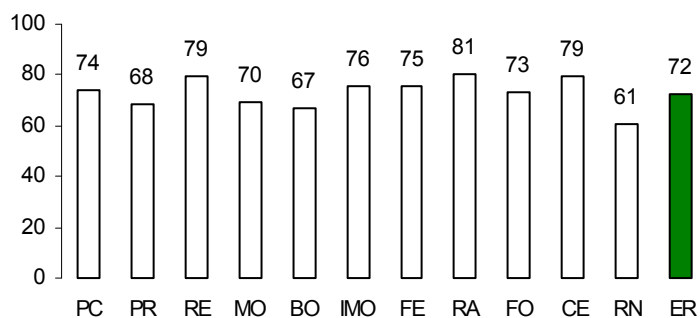
I **programmi di screening oncologici** si attuano da anni con risultati globalmente buoni e superiori al dato medio nazionale, in termini di adesione e copertura della popolazione.

Nel 2008 l'adesione all'invito all'interno dei programmi di screening cervicale nelle donne di 24-69 anni è stata del 60,9% (dato nazionale: 42%). La copertura complessiva stimata sale all'86%, considerano anche la quota di pap test eseguita al di fuori dello screening organizzato.



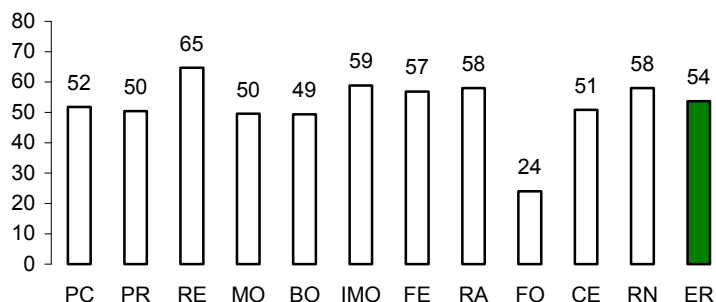
Per lo screening del tumore della mammella, l'adesione all'interno dei programmi nelle donne di 50-69 anni è stata del 72,4 (dato nazionale: 59,9); la copertura complessiva stimata è pari all'84%.

Screening mammografico: adesione all'invito (%)
Emilia-Romagna (2008)



Per lo screening del tumore del colon-retto l'adesione è stata del 53,7% (dato nazionale: 47%). La copertura complessiva stimata sale al 67%.

Screening tumori colo-rettali: adesione all'invito (%)
Emilia-Romagna (2008)



Per il pap test l'adesione è più bassa nelle donne di 25-34 anni; per lo screening dei tumori del colon-retto, l'adesione è più bassa negli uomini, in particolare nella fascia 50-59 anni.

L'adesione ai programmi è minore da parte delle fasce di popolazione più svantaggiate: stranieri e persone con basso livello socio culturale, in particolare per lo screening dei tumori del collo dell'utero.

In Emilia-Romagna l'adesione alle vaccinazioni continua a essere tra le più alte in Italia.

Per le **vaccinazioni previste da leggi** (difterite, tetano, poliomielite, epatite B) si confermano le ottime coperture raggiunte che superano l'obiettivo nazionale del 95% (tranne che nella AUsl di Rimini, 94%).

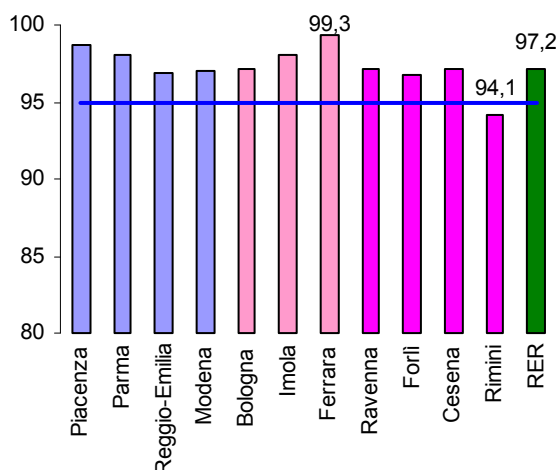
Anche per le **vaccinazioni fortemente raccomandate** (pertosse, Haemophilus influenzae tipo B) sono stati raggiunti valori superiori all'obiettivo del 95% (fa di nuovo eccezione l' AUsl di Rimini).

Rimane invece lievemente al di sotto dell'obiettivo del 95% la vaccinazione fortemente raccomandata contro Morbillo o Morbillo-Parotite-Rosolia valutata al 24° mese.

La copertura contro la **rosolia** nelle ragazze a 13 anni è pari al 94,4%. Nonostante questo nel corso del 2008, si sono avuti tre casi di rosolia in donne in gravidanza.

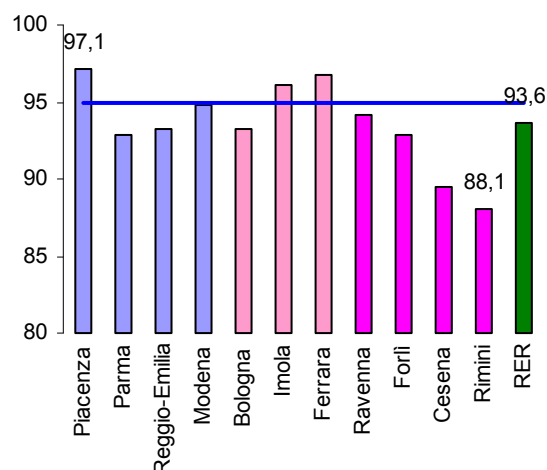
Copertura vaccinale obbligatorie a 24 mesi (%)

Emilia-Romagna (2008)
Media italiana 96,1%



Copertura vaccinale M-MPR a 24 mesi (%)

Emilia-Romagna (2008)
Media italiana 89,5%



■ Area Nord ■ Area Centro ■ Area Romagna ■ Media regionale — Obiettivo: 95%

Copertura ottima per la vaccinazione contro lo **pneumococco** nel primo anno di vita: meno buona per il **meningococco** (92,4% al 24° mese e del 74,4% a 16 anni.)

L'avvio della campagna vaccinale contro l'**HPV** 16 e 18 non è stato omogeneo nelle AUSL emiliano-romagnole: al 31 dicembre 2009 la copertura raggiunta a livello regionale tra le 12enni è del 67,6% (range: Rimini 54,5% - Imola 91,4%).

La copertura con vaccino antipneumococco dei bambini con fattori di rischio ha raggiunto una media regionale del 62%.

Infine la copertura della vaccinazione **antinfluenzale** nelle persone ultra64enni ha raggiunto nella campagna vaccinale 2009-2010 la media regionale del 73% (vicina all'obiettivo nazionale del 75%); ancora insufficiente la copertura assicurata negli operatori sanitari e nelle persone sotto ai 64 anni portatrici di una patologia cronica.

1.4 Le scelte di priorità e l'efficacia in Sanità Pubblica

1.4.a I risultati del Piano regionale della Prevenzione 2005-2009

Volendo sintetizzare i risultati conseguiti dal PRP 2005-2009, e rinviando ai singoli Capitoli del Piano Operativo per un maggior dettaglio, si può affermare oggi che:

- vi sono linee d'intervento su cui si sono consolidati buoni risultati (come i programmi di vaccinazione e gli screening oncologici), che sono ormai entrate nella programmazione ordinaria delle Aziende sanitarie e sulle quali occorre solo prevedere, nel prossimo Piano, obiettivi di consolidamento e aggiornamento;
- vi sono linee per le quali il PRP ha costituito strumento di avvio o di forte accelerazione dell'iniziativa (programmi di promozione della salute, incidenti stradali e domestici, diabete, malattie cardiovascolari), ovvero è stato occasione per un rilancio dell'attività in una visione di sistema complessivo della prevenzione (sicurezza del lavoro); su queste aree il nuovo Piano deve individuare obiettivi di ulteriore sviluppo;

- vi sono infine linee che non hanno avuto sviluppo sistematico nel corso del PRP 2005-2009, ma sono state oggetto di confronto e riflessione nel sistema della prevenzione o di sperimentazioni operative limitate a alcuni territori (ambiente e salute, altre malattie croniche, disabilità, prescrizione attività fisica); queste costituiscono sicuramente i temi nuovi del Piano 2010-2012, su cui individuare obiettivi di sperimentazione in ambiti definiti o, se questo è stato già conseguito, di “lancio” su tutto l’ambito regionale.

Ma, andando oltre i risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi specifici indicati nel Piano, i 5 anni di lavoro hanno ottenuto alcuni risultati altrettanto importanti, sotto il profilo metodologico e per tutto il sistema di protezione e promozione della salute.

Innanzitutto, la progettazione e la realizzazione del Piano hanno costituito un terreno di esercizio della “governance” da parte dei principali soggetti coinvolti, a partire dalle Aziende sanitarie e dai Comuni. Sotto questo aspetto, l’operatività del Piano ha ulteriormente rafforzato nella Pubblica Amministrazione metodologie di lavoro utili per dare vita ai nuovi indirizzi regionali in materia di politiche sociali e sociosanitarie, avviatesi in tempi sostanzialmente simultanei al PRP.

La realizzazione del Piano ha poi sicuramente favorito una maggior omogeneizzazione di azioni e modi di operare tra territori diversi, e, tra i professionisti della sanità, una nuova attenzione alla selezione delle buone pratiche, secondo i criteri della Evidence Based Public Health, ed un miglioramento dell’interazione professionale.

Non sono mancate nell’esperienza fatta alcune criticità, che devono costituire ambiti di miglioramento nel realizzare il PRP 2010-2012.

Tra queste, si ricordano come particolarmente rilevanti:

- la frammentarietà d’intervento: il Piano regionale è stato in parte vissuto più come un insieme di progetti che come un Piano integrato, costituito sì da singole iniziative e filoni di lavoro, capaci però di trovare sintesi complessiva di sistema in un unico quadro d’insieme;
- la mancanza, come appena ricordato, di alcune tematiche chiave della prevenzione, prima fra tutte quella del rapporto tra ambiente e salute e delle conseguenti attività di sorveglianza, vigilanza e controllo;
- la necessità di coinvolgere nel processo attuativo, in modo ancor più marcato di quanto non sia stato fatto, tutti i soggetti, coinvolgendo non solo i professionisti della sanità e non solo le discipline della prevenzione.

1.4.b Le priorità: percorsi, contenuti, metodologie

Il percorso di costruzione del Piano regionale della prevenzione 2010-2012 inizia con la predisposizione del Profilo di salute regionale, che costituisce la base conoscitiva dei bisogni di salute della popolazione da cui individuare i problemi prioritari su cui intervenire. La predisposizione del Profilo si è basata ampiamente sulle informazioni ricavabili dai diversi sistemi di sorveglianza e dai Bilanci di Missione delle Aziende sanitarie, costruendo così uno stato di salute a dimensione regionale, ma in grado di cogliere anche le differenze e le principali peculiarità interne.

Tale percorso ha coinvolto l'intero Servizio sanitario regionale e tutti coloro che, a livello istituzionale o con altri ruoli nella società, possono creare le condizioni o determinare politiche favorevoli alla salute.

Parallelamente, è stata avviata la formazione specifica di un piccolo team di professionisti presso l'ISS, perchè potessero essere di riferimento metodologico su tutto l'ambito regionale nel percorso di costruzione del Piano.

Sono stati istituiti due strumenti di coordinamento regionale con il compito di "pilotare" la tempistica della costruzione, presidiare la coerenza dell'istruttoria regionale con le linee di indirizzo del PNP e utilizzare a pieno le sinergie del sistema. Tali strumenti sono i Gruppi di coordinamento, l'uno interno all'Assessorato sanità, con la presenza dei diversi Servizi, l'altro tra la prevenzione regionale e le Aziende sanitarie (con operatori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica - DSP -, dei Distretti, ecc.).

Sono stati poi avviati strumenti di elaborazione e approfondimento tecnico, ridando forza a gruppi di lavoro già operativi all'interno del PRP 2005-2009, o istituendone di nuovi su temi specifici.

È stato infine ricercato il contributo critico e propositivo di alcune rappresentanze del mondo scientifico a livello nazionale e regionale (Università, Società scientifiche, esperti dei diversi ambiti di lavoro), presentando loro alcune iniziali elaborazioni e riorientando insieme obiettivi e azioni, in modo da costruire condivisione e anche prospettive di collaborazione.

I temi prioritari da affrontare con il PRP 2010-2012 sono stati individuati tenendo conto dei seguenti 3 criteri di selezione:

- coerenza con i problemi di salute più rilevanti emergenti dal Profilo di salute, per i quali siano possibili strategie di azione concrete e realistiche. Vengono così scelti i seguenti filoni di lavoro: il rapporto tra ambiente e salute, il contrasto delle malattie croniche con interventi di promozione della salute e su alcuni gruppi selezionati di popolazione, l'ammodernamento delle attività di vigilanza/controllo nel contesto del riorientamento dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e, trasversale a tutte le linee d'intervento, il potenziamento dei sistemi di sorveglianza ed il loro raccordo;
- continuità con i programmi già affrontati nel PRP 2005-2009, secondo le differenziazioni già evidenziate in precedenza in merito ai diversi livelli di raggiungimento degli obiettivi (linee con risultati consolidati, linee necessitanti di ulteriore sviluppo, linee di sperimentazione e "lancio"): si dà quindi continuità e sviluppo a tutte le linee del precedente PRP;
- coerenza con le indicazioni del PNP, sia per quanto concerne la tipologia delle tematiche scelte, sia per quanto riguarda la capacità del Piano regionale di affrontare tutte le Macroaree in modo congruo; vengono quindi selezionati problemi inerenti la medicina predittiva, la prevenzione universale e quella su gruppi selezionati di popolazione, la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia. Pur nella coerenza con il Piano nazionale, questo PRP ricerca anche ambiti di elaborazione e sviluppo originali ed ulteriori, quale contributo arricchente delle indicazioni ministeriali contenute nel Piano nazionale. In particolare si segnala l'attenzione posta dal PRP al nesso tra ambiente e salute e tra ambiente costruito e salute, alla formazione degli operatori con particolare riferimento all'epidemiologia e alla visione unitaria della sorveglianza.

L'individuazione degli obiettivi specifici e delle azioni per i livelli regionale e aziendale è stata guidata dai seguenti 5 criteri:

- concretezza e misurabilità per quanto concerne i risultati attesi,
- attenzione, nella scelta delle azioni e delle pratiche di prevenzione, alle indicazioni derivanti dalle evidenze di efficacia disponibili,
- differenziazione degli obiettivi e delle azioni per rispondere in modo coerente alle disuguaglianze emerse dal Profilo di salute,
- coinvolgimento nei programmi/progetti dei diversi soggetti operanti sulla salute della popolazione, in modo da assicurare, nel contempo, specificità e sinergia tra loro,
- ricerca continua dell'applicazione concreta del principio di "integrazione" professionale e organizzativa anche attraverso il pieno sviluppo dei Nuclei delle Cure primarie e la costruzione delle Case della salute.

Sotto il profilo metodologico, l'elaborazione del PRP ha fatto riferimento alle indicazioni del "Documento per la valutazione dei PRP 2010-2012", prodotto dal Ministero della Salute, con particolare attenzione all'applicazione sistematica di un sistema di valutazione dei risultati attesi basato sull'individuazione di criteri, indicatori e standard per i diversi obiettivi scelti.

2. IL PIANO OPERATIVO

2.1 Azioni di supporto

2.1.a La sorveglianza

Nei capitoli dedicati ai singoli programmi verranno previsti specifici progetti di sorveglianza a supporto dei diversi obiettivi, soprattutto in funzione di una valutazione delle attività realizzate in attuazione del Piano regionale della Prevenzione.

In questa sede si intende evidenziare la necessità di un governo unitario delle sorveglianze e della conseguente integrazione delle fonti di dati disponibili, anche alla luce delle scelte operate dal Piano sociale e sanitario che sottolinea con forza la necessità di integrazione, definendo strumenti operativi coerenti con questa filosofia, quali il Piano di zona per la salute e per il benessere sociale.

In questa prospettiva viene potenziato il ruolo del DSP già indicato nella Deliberazione della Giunta regionale n. 2011 del 20 dicembre 2007 “Direttiva alle Aziende sanitarie per l’adozione dell’atto aziendale di cui all’art. 3, comma 4, della LR 29/2004: indirizzi per l’organizzazione dei Dipartimenti di Cure Primarie, di Salute Mentale e Dipendenze patologiche e di Sanità Pubblica“ di supporto al governo aziendale sui Programmi inter-dipartimentali, finalizzati alla realizzazione di obiettivi integrati. Nel periodo di validità del Piano regionale della Prevenzione tale ruolo andrà rafforzato non solo all’interno delle singole Aziende sanitarie ma anche attraverso un maggior presidio di Area vasta sui principali sistemi di sorveglianza utili per i programmi di sanità pubblica.

Il problema oggi

A livello regionale sono presenti numerosi sistemi informativi sia in ambito sociale e sanitario, sia in riferimento a fenomeni demografici e a dati ambientali, geografici e territoriali; in particolare sono disponibili numerose banche dati, complete e costantemente aggiornate, che hanno permesso, soprattutto negli ultimi anni, di effettuare studi su popolazioni esposte a rischi specifici (ad esempio studio epidemiologico sulla popolazione esposta a inceneritori di RSU e su malattie trasmesse da vettori) e sui risultati di importanti programmi di sanità pubblica (screening oncologici e valutazione di efficacia di alcune vaccinazioni). Questo importantissimo patrimonio informativo, che costituisce un peculiare punto di forza della Regione Emilia-Romagna, dovrà essere mantenuto e ulteriormente sviluppato, anche a supporto dei programmi di sanità pubblica oltre che ai fini della descrizione e valutazione dell’assistenza.

Inoltre sono già attive in Emilia-Romagna diverse sorveglianze che spaziano dagli stili di vita a singole patologie, e anche a determinanti ambientali; le strutture coinvolte sono ricomprese sia nell’ambito della Sanità pubblica, sia negli altri Servizi della Direzione Generale Sanità e politiche sociali, ma anche in Direzioni esterne all’ambito sanitario, quali, ad esempio, le strutture che si occupano di tematiche ambientali in senso lato e quelle che erogano prestazioni in ambito sociale.

Il sistema che si è strutturato nel tempo ha raggiunto una elevata complessità: questo da una parte consente di avere già a disposizione fonti informative di ottima qualità, dall’altra richiede, per esplicitare al meglio le sue potenzialità, il superamento di ogni frammentarietà in una prospettiva unitaria.

Il percorso di costruzione del profilo di salute, propedeutico alla progettazione del presente Piano della prevenzione, ha infatti evidenziato da una parte la ricchezza dei dati disponibili, dall'altro la difficoltà di far dialogare, in alcuni ambiti, in modo semplice e funzionale i sistemi esistenti.

La sfida di lavorare in modo unitario e trasversale è quella di ben comprendere e fare proprio il concetto che, in una visione d'insieme, il proprio ambito di attività è un tassello le cui carenze possono condizionare la possibilità di descrivere o valutare complessivamente un fenomeno.

Tutto questo presuppone pertanto la necessità di consolidare e sviluppare attività specifiche, distinguendo tra sistemi di sorveglianza già attivi e consolidati e quelli che necessitano di sviluppi e innovazione.

Gli obiettivi specifici

- Consolidare i seguenti sistemi già attivi e vincolarli strettamente alla programmazione aziendale con chiara definizione di tempi e risorse assegnate:
 - Sistema di Sorveglianza PASSI: l'obiettivo del sistema nazionale è stimare la frequenza e l'evoluzione dei principali fattori di rischio per la salute, legati agli stili di vita, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione nella popolazione adulta. Personale delle AUsl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario validato a un campione di residenti 18-69enni estratti con un campionamento casuale stratificato dalle anagrafi sanitarie (circa 25 al mese per ogni AUsl). I dati vengono successivamente trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Questo sistema è operativo dal 2007 e ha dimostrato ampiamente la sua sostenibilità e validità, pertanto verrà decisamente sostenuto e confermato anche per il presente Piano regionale della prevenzione.
 - OKkio alla salute: l'obiettivo di questa sorveglianza è descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini (target: età 8 anni) delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico (focus sulle caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l'attività fisica); l'approccio metodologico proposto dal protocollo è quello della sorveglianza di popolazione, da effettuarsi su campioni rappresentativi della popolazione scolastica (metodo di campionamento a grappolo -cluster survey design). La Regione Emilia-Romagna si è impegnata dal 2010 a lavorare su un campione rappresentativo a livello di AUsl. La partecipazione al sistema, secondo le indicazioni del livello nazionale, verrà garantita anche in attuazione del presente Piano della prevenzione.
 - Registri regionali: mortalità, CEDAP. Si tratta di sistemi informativi a regime da tempo, indispensabili anche per molte analisi sullo stato di salute della popolazione: nel periodo di validità del PRP l'obiettivo riguarda la qualità della compilazione e la tempestività della trasmissione delle informazioni al fine di rendere fruibili in tempi brevi e certi i dati regionali.
 - Osservatorio regionale degli infortuni e delle malattie professionali (OREIL): la fonte di informazioni dettagliate e sufficientemente tempestive sugli infortuni sul lavoro è costituita dal Data Base-DB Flussi Informativi, scaricabile direttamente dal sito INAIL da parte dei soggetti autorizzati (SPSAL, Regione). Il DB è costituito da tre archivi relativi rispettivamente agli infortuni sul lavoro, le malattie professionali e le aziende (occupati, comparto produttivo). Al DB accedono direttamente i SPSAL, ciascuno per

il proprio ambito di competenza, nonché l'Osservatorio Regionale degli Infortuni e delle malattie professionali (Oreil), che ha compiti di elaborazione delle informazioni a livello regionale; per i prossimi anni viene confermata tale funzione con la produzione di report periodici. L'Oreil partecipa anche a due progetti nazionali, supportati dal CCM: sugli infortuni mortali oggetto di inchiesta di Polizia Giudiziaria (InforMo) e sulle malattie professionali notificate ai SPSAL (Mal Prof). Le informazioni, raccolte dai Servizi di Prevenzione, sono coordinate e validate da Oreil.

- Sistema di sorveglianza degli eventi idro-meteo-climatici: da tempo la Regione Emilia-Romagna è impegnata nello sviluppo del Servizio Idro-Meteo-Clima (SIMC), struttura di ARPA finalizzata a attività di previsione meteorologica e climatologica. ARPA-SIMC gestisce la raccolta, elaborazione e archiviazione di dati meteorologici funzionali allo sviluppo di attività sia ambientali che sanitarie. In particolare i dati meteo sono utili alle applicazioni legate alla valutazione della qualità dell'aria (a es. l'input meteorologico è richiesto dalla maggior parte dei modelli di dispersione atmosferica). In riferimento alle attività, funzionali a tematiche sanitarie, la sorveglianza idro-meteo-climatica garantisce la fornitura regolare di dati di temperatura, piovosità, ecc che costituiscono l'asse portante del sistema di prevenzione degli effetti delle ondate di calore: i bollettini bioclimatici vengono emessi, tutti i giorni della settimana, dal 15 maggio al 15 settembre e riguardano l'intero territorio regionale suddiviso in 32 aree, con una specifica attenzione alle aree urbane dove non solo si concentra la maggior parte della popolazione ma dove spesso si verificano le situazioni di maggior criticità a causa del fenomeno chiamato "isola di calore". Esiste poi un bollettino settimanale dei pollini e delle spore fungine aerodisperse, attivo tutto l'anno. Nello sviluppo della parte di Piano regionale della prevenzione dedicata al tema Ambiente e salute saranno resi in modo più esplicito le profonde interconnessioni tra questa sorveglianza e alcune delle attività progettate.
- Sistema di sorveglianza della qualità dell'aria: La Regione Emilia-Romagna ha iniziato il rilevamento sistematico della qualità dell'aria nella prima metà degli anni '70. Tale sistema è stato progressivamente ampliato nel tempo e, dall'anno 2006, è stato impostato per rispondere a necessità sanitarie e normative definendo quelli che risultavano essere i punti di misura più significativi all'interno delle stazioni già esistenti e individuando nuovi siti "ad hoc", così da consentire una lettura uniforme dell'inquinamento della qualità dell'aria sul territorio sia per la protezione della salute, sia per la protezione dell'ambiente. Attualmente è in fase di completamento la ristrutturazione che prevede nuove stazioni con strumenti che rilevano gli inquinanti più critici quali PM_{10} , per i quali viene raddoppiata la copertura delle misure, e $PM_{2,5}$ installando almeno due strumenti di misura in ogni provincia. L'attuale rete di monitoraggio, è composta da 193 analizzatori, distribuiti in 60 stazioni di misura. Gli inquinanti monitorati: Biossido di zolfo (SO_2), Biossido di azoto (NO_2), Ossido di carbonio (CO), Ozono (O_3), Particolato (PM_{10} e $PM_{2.5}$), Benzene, Toluene e Xilene (BTX). Oltre al mantenimento di questi standard elevati di monitoraggio si aggiunge l'obiettivo di collegare più strettamente questi dati a informazioni sugli effetti sanitari.

- Migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione di sistemi di sorveglianza con l'obiettivo di una maggiore organicità, razionalizzazione della raccolta dei dati e possibilità di link tra sistemi informativi diversi, sia per valutare esiti di interventi e programmi di sanità pubblica, sia per permettere a livello locale azioni più coordinate:
 - per quanto riguarda lo screening mammografico e quello dei tumori del collo dell'utero realizzando una banca dati regionale a record individuale che registri tutto il percorso e gli esiti degli screening, così come è già stato realizzato per lo screening dei tumori coloretali
 - sulle malattie infettive, creando un sistema regionale web based, in collaborazione con altre Regioni, che garantisca tempestività, flessibilità, adeguamento alle nuove classificazioni europee delle malattie, possibilità di integrazione con altri flussi e che comprenda moduli specifici per le sorveglianze speciali, in integrazione con i laboratori analisi per alcune patologie.
 - per quanto attiene alle vaccinazioni, realizzando l'anagrafe vaccinale regionale informatizzata, che permetterà di avere nella cartella clinica informatizzata per i MMG e i PLS lo stato vaccinale dei loro assistiti, calcolare le coperture vaccinali a partire dalle informazioni raccolte su ciascun cittadino e la possibilità di incrociare i dati con quelli di altre banche dati, in particolare quelle delle malattie infettive e delle reazioni avverse a vaccino.
- Sviluppare e potenziare i seguenti sistemi informativi e di sorveglianza:
 - Registro regionale dei tumori e registro tumori pediatrici: Rispetto ai tradizionali sistemi di sorveglianza il Registro Tumori si caratterizza non per "sorvegliare" in senso stretto il divenire di un fenomeno, ma per documentarlo, sia in senso logico che cronologico "ex post". Si ritiene comunque opportuno trattare qui dei Registri tumori in quanto essi sono uno strumento utile per effettuare valutazioni sui processi assistenziali e sull'efficacia di programmi di sanità pubblica, ma anche per studi sull'impatto derivante dall'esposizione a diversi fattori di rischio. L'obiettivo che ci si prefigge è da un lato di completare la copertura regionale nelle aree della provincia di Piacenza e dell'Azienda Usl di Bologna, dall'altro di definire un tracciato standard regionale al fine di permettere un'omogenea raccolta periodica dei dati locali a livello regionale, per permettere una valutazione complessiva del fenomeno. Per le patologie neoplastiche da lavoro, oltre a confermare il registro regionale mesoteliomi, si darà vita ad un approfondimento sui tumori naso-sinusali (art. 244 del D.Lgs. 81/08) e si collaborerà con il sistema OCCAM (Occupational Cancer Monitoring).
 - In conseguenza dell'importanza e della peculiarità della patologia oncologica in età pediatrica, a partire prima dai Registri locali e successivamente dal Registro tumori regionale andrà costituito un Registro regionale dei tumori pediatrici, con un maggiore livello di specializzazione e dettaglio informativo, attraverso l'integrazione con gli archivi clinici già disponibili (Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica, Registro tumori ossei etc.)
 - PASSI d'Argento: è un sistema di monitoraggio nazionale sullo stato di salute della popolazione ultra 64enne, in particolare di quella con disabilità o a rischio di disabilità. Oltre ai fattori individuali, il sistema consente il

monitoraggio della qualità degli interventi assistenziali e socio-sanitari. Il CCM ha promosso la prima sperimentazione del sistema in 17 Regioni e Province Autonome. (a cui l'Emilia-Romagna ha partecipato nel 2009 con un campione regionale) e ora ne sostiene la messa a regime definitiva a livello di tutte le Regioni e ASL. In quest'ottica verrà assicurata la realizzazione di PASSI d'Argento con una rappresentatività regionale e promossa gradualmente quella di AUsl.

- Sorveglianza stato nutrizionale in età pediatrica (fasce d'età escluse da OKkio): Fin dal 2005 la Regione Emilia-Romagna si è impegnata a in un progetto regionale di sorveglianza nutrizionale in età pediatrica che ha consentito di costruire una "fotografia" su 4 classi di età: 6, 9, 14 e 17 anni di età con una metodologia simile a quella poi promossa a livello nazionale con il progetto OKkio. Pur confermando l'interesse a tenere un livello di descrizione della popolazione infantile allineato con quello nazionale così da consentire valutazioni comparative, sarà sviluppato un percorso di sorveglianza, parallelo a OKkio, su fasce d'età diverse con l'obiettivo di pervenire a una descrizione del fenomeno su trend longitudinali.
- Integrazione di sistemi informativi su infanzia e adolescenza: È in fase di realizzazione il sistema informativo della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione Emilia-Romagna (SINPIAER), nell'ambito dei flussi sanitari del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna. La presenza anche dei sistemi informativi della Psichiatria (SISM), dei Sert (Sister) e dei servizi sociali territoriali per l'assistenza e tutela dei minori (SISAM) permette di progettare un'utile integrazione tra i diversi sistemi, al fine di consentire una lettura integrata delle problematiche di salute/disagio della popolazione giovanile.
- Progetto di Monitoraggio degli Incidenti Stradali in Emilia-Romagna (MISter): nel 2009 ha preso avvio il Progetto di Monitoraggio Incidenti Stradali in Emilia-Romagna, che prevede il coordinamento regionale della raccolta dei modelli CTT/INC relativi agli incidenti stradali avvenuti sulle strade dell'Emilia-Romagna.
Il progetto permetterà di disporre, per mezzo di un apposito ambiente informatico, dei dati relativi agli incidenti stradali in modo tempestivo e georeferenziato. MISter si avvale del ruolo fondamentale dei Centri di Raccolta Provinciale istituiti presso le Province, attraverso i quali sarà possibile mantenere i contatti con le Forze dell'Ordine che operano sul territorio ed effettuare un primo controllo sui dati rilevati, garantendo così un livello di qualità dei dati migliore e omogeneo su tutto il territorio. L'informazione dei dati relativi agli incidenti stradali sarà completata, in una seconda fase di MISter, con l'integrazione dei dati provenienti dalle Forze dell'ordine e dai flussi correnti dei dati sanitari (SDO, Registri di mortalità, 118 e PS). La completa conoscenza dei fattori determinanti di ogni incidente costituirà la base su cui fondare più precise azioni di contrasto dell'incidentalità stradale.

2.1.b La formazione per lo sviluppo del piano regionale della prevenzione

Premesso che nei capitoli dedicati ai singoli programmi verranno previsti specifici interventi di formazione a supporto dei diversi obiettivi, in questa sede si intende delineare le linee generali di intervento, e sottolineare il ruolo strategico della formazione in un contesto in cui lo sviluppo delle attività di prevenzione presuppone

una forte innovazione, sia rispetto alla scelta delle priorità di salute da affrontare, sia con riferimento al metodo e agli strumenti di lavoro, in una prospettiva sempre più ancorata alle evidenze scientifiche disponibili.

Esiste dunque la necessità di mettere in atto un progetto di formazione proiettato nel tempo, che supporti sistematicamente l'evoluzione del sistema Prevenzione in Emilia-Romagna e che sia rivolto al personale già in servizio e ai giovani attualmente impegnati nei corsi di studi universitari, i quali rappresentano le future leve del Servizio sanitario regionale.

Per questo è necessario utilizzare tutte le risorse culturali presenti all'interno del Servizio sanitario regionale e stabilire collegamenti con le eccellenze presenti in ambito nazionale e internazionale, coinvolgere le Società scientifiche interessate ai diversi temi trattati e rafforzare il rapporto di collaborazione con le Università dell'Emilia-Romagna (Parma, Modena-Reggio, Bologna, Ferrara).

A questo proposito si sottolinea l'esistenza di stretti rapporti di collaborazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bologna, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, con la quale esistono già progetti in corso rivolti alla formazione del personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL ed è attiva da tempo una stretta collaborazione per quanto riguarda il Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (TPALL).

Il problema oggi

Nella già citata Deliberazione della Giunta regionale n. 2011 del 20 dicembre 2007 si sottolinea il nuovo ruolo che deve essere assunto dai DSP in uno scenario caratterizzato da cambiamenti demografici (invecchiamento della popolazione), epidemiologici (diffusione delle malattie croniche) e valori sociali di riferimento diversi dal passato (diverse concezioni di salute e malattia e di rischio, aumentate aspettative nei confronti dei sistemi di tutela della salute). Inoltre l'evoluzione normativa porta alla crescita di nuovi sistemi di responsabilizzazione e di processi di semplificazione amministrativa e, per quanto riguarda l'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, assistiamo allo sviluppo della ricerca di pratiche basate su prove di efficacia. Tutto ciò evidenzia la necessità di una partecipazione più organica dei Dipartimenti ai grandi problemi odierni di sanità pubblica, e di una loro azione più connessa alle realtà distrettuali, nonché più unitaria ed integrata al proprio interno e con gli altri servizi sanitari.

Occorre dunque una "nuova" sanità pubblica, orientata a considerare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute, oggi intesa come esito di fattori – i determinanti di salute – in parte modificabili come l'ambiente, i fattori socio-culturali, l'accesso ai servizi, lo stile di vita.

Tutto questo presuppone la necessità di sviluppare competenze e capacità professionali su questioni e temi, anche nuovi, di alta complessità, quali:

- Il processo di individuazione e selezione delle priorità di salute finalizzato a supportare le decisioni in sanità pubblica
- Lo sviluppo, l'implementazione e la valutazione di programmi e di politiche efficaci in sanità pubblica, attraverso l'applicazione dei principi del ragionamento scientifico, incluso l'uso sistematico di dati dei sistemi informativi correnti e dei modelli di programmazione e pianificazione (Definizione di Evidence Based Public Health; Brownson RC, 2003)

- Metodologie di progettazione e di conduzione degli interventi di Promozione della Salute
- Metodologie di progettazione e conduzione degli studi epidemiologici, con particolare riferimento all'epidemiologia ambientale
- La valutazione di efficacia e di impatto dei programmi e degli interventi realizzati
- La comunicazione finalizzata all'empowerment e ai processi partecipativi
- L'utilizzo di metodologie a supporto della Valutazione di impatto sulla salute nell'ambito dell'attività istituzionale di partecipazione alle Conferenze dei Servizi
- La formazione delle professioni sanitarie, con riferimento ai Tecnici della Prevenzione e agli Assistenti Sanitari. I primi con attività rivolte agli ambiente e ai luoghi di lavoro, i secondi con attività rivolte alle persone e alle collettività, che dovranno essere valorizzati e coinvolti nei processi di riqualificazioni e sviluppo, coerentemente con l'organizzazione complessiva del Dipartimenti di Sanità pubblica per fornire, alla comunità locale servizi di vigilanza e controllo, di sorveglianza epidemiologica, di prevenzione e promozione alla salute efficaci, di elevata professionalità e corrispondenti a standard qualitativi riconosciuti.

Gli obiettivi generali

Il piano di formazione sarà finalizzato a tre obiettivi generali:

- migliorare le capacità delle Direzioni dei DSP di portare il proprio contributo al processo di decision-making in sanità pubblica, sulla base delle specifiche competenze derivanti dal disegno generale di funzionamento del Servizio sanitario regionale e dei suoi sistemi di governance Nell'ambito di questa formazione uno specifico focus riguarderà il tema della comunicazione, sia in termini di comunicazione del rischio che di metodi e tecniche di "marketing sociale".
- formare una rete di operatori esperti in epidemiologia, per dare attuazione a quanto previsto nella Deliberazione n. 2011/2007 sopra citata, relativamente allo sviluppo delle conoscenze epidemiologiche dei DSP in particolare rispetto al tema ambiente e salute. In campo epidemiologico si va sempre più definendo uno specifico ambito disciplinare denominato "epidemiologia ambientale" che si occupa in senso generale di tutti i fattori di potenziale rischio sanitario non-genetici che caratterizzano l'ambiente esterno. Inquinamento atmosferico, contaminazione delle acque, pesticidi, metalli, radiofrequenze sono solo alcuni esempi dei fattori ambientali che possono essere legati a patologie quali tumori, malattie respiratorie, cardiovascolari e malattie dell'apparato riproduttivo. L'epidemiologia ambientale studia proprio, a livello di popolazione, l'interazione fra l'insorgenza delle malattie e le esposizioni ambientali secondo metodi e strumenti sempre più specifici e approfonditi e con alleanze multidisciplinari fra ricercatori e operatori dei servizi.
- sviluppare le competenze degli operatori nelle discipline utilizzate dagli interventi di Promozione della Salute al fine di rendere le attività di orientamento degli stili di vita della popolazione più efficaci e sostenibili.
- sviluppare le competenze degli operatori tecnici della prevenzione, al fine di rendere le attività di controllo e vigilanza più efficaci e aderenti ai processi di semplificazione amministrativa e più qualificate quelle di informazione e assistenza.

PROGETTO 1 Formazione per le Direzioni dei Dipartimenti di Sanità Pubblica

Il problema oggi

Il contesto in cui si trovano ad operare oggi i DSP presenta una elevata complessità sia in relazione alle problematiche di salute della popolazione, sia in riferimento alla pluralità di soggetti coinvolti in modo attivo nei processi decisionali riguardanti tali problematiche. I DSP delle AUsl e, ad un diverso livello, il Servizio Sanità pubblica della Regione, partecipano al processo attraverso il quale si giunge a prendere decisioni riguardanti la Sanità pubblica, e devono essere in grado di svolgere al meglio il ruolo loro riservato, sia che si tratti di supportare i decisori circa l'adozione e la valutazione di politiche che influenzano i diversi determinanti di salute, sia che si tratti di decidere se e come attivare specifici programmi di Sanità pubblica.

Le UO di Sanità Pubblica del Servizio sanitario regionale devono pertanto possedere specifiche capacità su diversi temi:

- applicazione dei principi e dei metodi della Evidence Based Public Health (rigorosa applicazione del metodo scientifico, uso sistematico dei dati e dei sistemi informativi, tecniche e metodologie di progettazione e valutazione dei risultati)
- progettazione degli interventi di Promozione della Salute secondo metodologie di provata efficacia che prevedono un approccio socio-ecologico e di progettazione partecipata (metodo PRECEDE-PROCEED) e conduzione degli interventi utilizzando metodologie di provata efficacia (counselling motivazionale, life skills, ecc.)
- offerta di competenze tecnico-scientifiche alle istituzioni pubbliche e ai diversi decisori sulle tematiche della salute, in un ruolo attivo di advocacy
- informazione dei cittadini per favorire il loro empowerment rispetto ai temi di salute e comunicazione efficace attraverso un uso corretto dei media

Gli obiettivi specifici

Realizzare un percorso di alta formazione universitaria, rivolto a personale selezionato all'interno delle direzioni dei DSP, caratterizzato da contributi del mondo accademico di riconosciuto livello scientifico internazionale.

I destinatari

Direttori dei DSP, direttori delle UO dei Dipartimenti e operatori con formazione sanitaria e epidemiologica con ruoli professionali di rilievo nell'organizzazione dipartimentale in quanto impegnati su progetti trasversali e interistituzionali.

Il sistema di valutazione

- Progettazione del percorso entro il primo semestre 2011 (valutazione SI/NO)
- realizzazione di almeno 4 giornate di formazione entro il 31 dicembre 2011 (valutazione SI/NO)
- realizzazione di ulteriori 4 giornate di formazione entro il 31 dicembre 2012 (valutazione SI/NO)

PROGETTO 2 Formazione professionale in epidemiologia

Il problema oggi

Il contributo che è chiesto ai DSP nella elaborazione degli strumenti di programmazione, sia a livello regionale che locale, si deve basare anche su elevate capacità di descrizione dei problemi e valutazione degli interventi in termine di verifica

dell'attuazione e stima del loro impatto. Ciò può essere garantito attraverso un uso efficace delle metodologie epidemiologiche.

La competenza epidemiologica dei DSP va rinforzata nelle attività già garantite, quali la realizzazione di programmi di sorveglianza, studio e valutazione dei programmi di sanità pubblica, così che gli operatori siano in grado di dare in piena autonomia risposte di primo livello alle principali domande epidemiologiche di base. Tale competenza va poi sviluppata in ambiti più estesi rispetto a quelli di tradizionale appannaggio dei DSP.

Nuove sfide si sono infatti presentate all'epidemiologia come disciplina:

- la definizione eziologica che, se rapportata a una scala di misura delle cause di salute e malattie, si muove dall'estremo "molecolare" a quello socio-ambientale;
- la ricerca valutativa nella prevenzione, nell'assistenza, nell'organizzazione sanitaria, e anche nel campo delle politiche non sanitarie, accompagnata da una nuova domanda di valutazione ex ante e ex post degli interventi, delle politiche e dei processi;
- l'esplorazione dei rapporti di interrelazione tra ambiente e salute, nella consapevolezza che l'ambiente rappresenta uno dei principali determinanti della salute umana anche in ragione del suo impatto sulla qualità della vita e sullo sviluppo economico e sociale.

La necessità conseguente alle sfide sopra definite è quella dell'integrazione, tra saperi e poteri, tra competenze istituzionali e competenze culturali, tra conoscenze disciplinari tradizionali e formazione di nuove capacità che pongano la stessa integrazione come una delle proprie peculiari eccellenze.

Anche su queste considerazioni si basano le scelte dichiarate nella citata Deliberazione n. 2011/2007 là dove si dichiara che i DSP necessitano di una struttura organizzativa consolidata, capace di garantire condizioni operative di qualità e in modo continuo nel tempo (es. gestione di alcuni sistemi informativi, funzioni di documentazione, produzione di report periodici, ecc.). Queste funzioni devono essere garantite in tutti i Dipartimenti di Sanità pubblica e fungere da supporto alle varie attività di pianificazione. Nell'ambito dei DSP è poi necessario lo sviluppo di competenze professionali specifiche in campo epidemiologico su attività di tipo più specialistico nell'ambito di studi epidemiologici descrittivi o analitici complessi, che rappresentano competenze qualificate di interesse regionale, individuando come tema su cui si osservano le maggiori criticità quello del rapporto ambiente e salute.

Gli obiettivi specifici

Realizzare un percorso di formazione che sviluppi competenze utili all'attuazione dei numerosi progetti in corso di svolgimento, ad esempio sul tema ambiente e salute e sugli stili di vita. In particolare dovrà essere sviluppata la capacità di lavoro in autonomia:

- sull'utilizzo delle banche dati correnti, sanitarie e non, anche attraverso attività di record-linkage
- sulle analisi statistiche anche in riferimento alla definizione di modelli per l'analisi multivariata e per la valutazione di trend nelle serie storiche
- nello specifico delle tematiche ambiente e salute, sulle procedure di caratterizzazione delle esposizioni ambientali con metodologie di analisi geospaziale e impiego di dati puntuali su base georiferita.

Il percorso sarà configurato come apprendimento in aula e apprendimento in campo. In particolare i seminari che si organizzeranno, prevederanno un primo pacchetto formativo in aula a cui seguirà l'esperienza in campo su progetti individuati e

selezionati; alla fine si procederà con un secondo momento formativo in aula per follow-up e consolidamento del percorso compiuto.

I destinatari

Operatori dei Dipartimenti di Sanità pubblica delle AUsl e di ARPA.

Criticità

Sarà necessario individuare progetti operativi su cui gli operatori in fase di formazione lavorino operativamente in modalità di caso-studio e quindi si evidenziano due ordini di criticità: da un lato la disponibilità di tempo per una formazione che si configura impegnativa in termini di ore lavoro tra lezioni in aula e lavoro in campo, dall'altro la disponibilità di situazioni che possano essere proficuamente utilizzate come caso-studio.

Il sistema di valutazione

- Progettazione di almeno 1 percorso entro il primo semestre 2011 (valutazione SI/NO)
- Realizzazione di almeno 4 giornate di formazione entro il 31 dicembre 2011 (valutazione SI/NO)
- Realizzazione di almeno altre 4 giornate di formazione (follow-up) entro il 31 dicembre 2012 (valutazione SI/NO)
- Formazione di almeno un operatore per Dipartimento di sanità pubblica

PROGETTO 3 Formazione professionale per Tecnici della prevenzione

Per questo progetto si rimanda interamente a quanto contenuto nel programma "La vigilanza e il controllo sui rischi presenti in ambiente di vita e di lavoro".

2.2 La medicina predittiva

Il problema di salute oggi

Il Piano nazionale della Prevenzione definisce la medicina predittiva come quell'approccio che, prima o dopo la nascita, tende a scoprire e valutare, in termini probabilistici i fattori che, per una specifica persona e in un dato contesto, possono favorire l'insorgere di una malattia.

Per definizione, quindi, la medicina predittiva si rivolge agli individui sani, nei quali cerca la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare la malattia.

La genetica predittiva riguarda invece specificamente lo studio di quei caratteri o geni correlati a determinate malattie/condizioni e, dunque, mette in grado di individuare le persone per le quali il rischio di ammalare è, su base genetica, significativamente più elevato rispetto alla popolazione generale.

L'approccio predittivo è pertanto individuale, e il trasferimento nei programmi di sanità pubblica della valutazione del rischio individuale deve essere subordinato alla esistenza di alcune condizioni principali:

1. il criterio/test utilizzato per selezionare le persone che presentano una probabilità individuale più alta di sviluppare una malattia rispetto a quella della popolazione generale, deve essere sufficientemente predittivo, accurato e utilizzabile su larga scala,
2. deve esistere un percorso di presa in carico della persona risultata a rischio elevato, in grado di fornire all'interessato una risposta tempestiva e concreta al problema di salute individuato,
3. l'introduzione della valutazione del rischio individuale in programmi di popolazione già avviati (programmi di screening oncologici, programmi di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari) non deve mettere in crisi lo sviluppo del programma stesso, con la sottrazione di risorse e lo spostamento del focus.

Occorre quindi molta prudenza nell'intraprendere la strada della medicina predittiva applicata ai programmi di sanità pubblica, perché la priorità rimane indubbiamente legata agli interventi di popolazione che, rivolgendosi ad un livello di rischio più basso ma più diffuso, assicurano una migliore efficacia complessiva in termini di salute guadagnata.

In questo Piano regionale della prevenzione non vengono proposti progetti riguardanti lo sviluppo della genetica predittiva, ma soltanto interventi, in buona parte già in essere, riguardanti l'introduzione di metodi di valutazione del rischio individuale in programmi di popolazione già attivati (riguardanti la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari e gli screening oncologici), al fine di migliorarne ulteriormente l'efficacia e introdurre percorsi diagnostico-terapeutici appropriati per persone a rischio eredo-familiare.

In particolare per quanto riguarda gli screening oncologici, l'aggiunta della valutazione del rischio individuale richiede l'atteggiamento prudente sopra richiamato e una rigorosa valutazione dei risultati conseguiti al fine di confermare, o meno, il mantenimento di tali procedure.

Gli obiettivi generali di salute

Gli obiettivi generali di questo programma sono:

- valutare i risultati ottenuti dal programma, attivo dal 2007, di prevenzione dei tumori del colon-retto nei familiari di primo grado delle persone colpite da cancro coloretale in età inferiore o uguale a 70 anni
- attivare un progetto per la valutazione del rischio eredo-familiare nello screening dei tumori della mammella
- estendere l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare globale.

2.2.a La valutazione del rischio eredo-familiare nello screening dei tumori del colon-retto e della mammella

Tumori del colon-retto

Il problema di salute oggi

Nell'ambito del programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto è stata prevista l'offerta attiva di una colonscopia alle persone che abbiano avuto un familiare di primo grado (madre-padre-fratello-sorella), colpito da cancro coloretale screen e non screen-detected, insorto in età \leq a 70 anni.

Dal 2007 tale intervento è attivo su tutto il territorio regionale per quanto riguarda i casi screen-detected. Per quanto riguarda invece i familiari di persone con carcinoma coloretale diagnosticato al di fuori del programma di screening, l'intervento è attivo solo in parte del territorio regionale, anche se in estensione.

Il percorso inizia richiedendo alla persona portatrice di cancro coloretale, il consenso a contattare i propri familiari di primo grado qualora i familiari individuati e per i quali si è ottenuto il consenso, rientrino nei criteri di inclusione definiti dal programma, vengono invitati a sottoporsi ad una colonscopia di controllo.

Per i familiari che desiderano aderire alla sorveglianza ma non accettano di sottoporsi a colonscopia, possono essere prese in considerazione altre opzioni: la ricerca del sangue occulto nelle feci, la sigmoidoscopia, il clisma opaco e la colon-TAC (colonscopia virtuale).

Se il caso indice presenta un fondato sospetto di rischio di cancro coloretale di tipo ereditario a possibile trasmissione genetica (tumori insorti prima dei 50 anni, specie nel colon destro; tumori con istotipo raro quali Carcinoma midollare o indifferenziato, Carcinoma completamente mucinoso, Carcinoma con infiltrato "Crohn-like", Carcinoma sigillocellulare; tumori multipli colon-colon o colon-endometrio; tumori in padre/madre e figlio/figlia), la persona e la famiglia verranno invitati a contattare uno dei centri di riferimento (Hub) per tale tipo di patologia presenti in Regione Emilia-Romagna. Si stima che tali condizioni si verifichino nel 2% dei tumori diagnosticati.

In fase di pianificazione dell'intervento erano stati identificati i seguenti indicatori, considerati come standard accettabile, per il monitoraggio dell'intervento:

- % casi contattati $\geq 80\%$
- % familiari ricercati $\geq 90\%$ (su quelli teoricamente eligibili)
- % familiari che hanno eseguito o programmato CT $\geq 60\%$ (sugli eligibili dopo colloquio)
- % familiari irreperibili $< 10\%$ (sui familiari ricercati)
- % familiari che rifiutano colloquio $< 10\%$ (sui familiari invitati a colloquio).

I familiari individuati, nel corso degli anni 2007 e 2008, sono risultati 6.465; gli elegibili secondo i criteri predefiniti sono risultati 1.617, fra i quali i contattati sono risultati 853. Tra questi ultimi, 493 (57,8%) hanno eseguito la colonscopia proposta; gli altri o hanno rifiutato l'intervento o hanno scelto la ricerca del sangue occulto fecale.

Fra le persone che hanno eseguito la colonscopia, 281 hanno avuto esito negativo, in 3 casi è stato diagnosticato un carcinoma, in 46 un adenoma avanzato, in 110 un adenoma iniziale e in 53 altre alterazioni non di interesse oncologico.

La criticità più rilevante è rappresentata dal basso numero di colonscopie eseguite e quindi da una scarsa rappresentatività del gruppo sottoposto a esame rispetto alla popolazione a rischio complessivamente individuata, talché non si può sostenere che la bassa prevalenza riscontrata sia un'immagine reale della situazione né valutare il "beneficio" indotto dal programma sui familiari.

Obiettivi specifici

- Impostazione e avvio di uno studio per la ricostruzione della prevalenza di patologia nella popolazione a rischio eredo-familiare complessivamente individuata, attraverso un'indagine su un campione più rappresentativo e per una valutazione costo-efficacia del programma attivato sui familiari rispetto a possibili strategie alternative, entro il 31 dicembre 2011
- Mantenimento del programma in essere, in attesa della valutazione di adeguatezza della strategia sopra delineata paragonata a altri possibili interventi. La decisione circa il mantenimento del programma o la sua sostituzione/sospensione dovrà essere assunta entro il 30 settembre 2012, in tempo utile per la programmazione dell'attività 2013.

Destinatari

Familiari di primo grado di persone colpite da cancro coloretale in età \leq a 70 anni.

Sistema di valutazione

Evidenza documentale

Tumori della Mammella

Il problema di salute oggi

Secondo quanto indicato nella delibera di Giunta Regionale n. 1035/2009 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006", si sta predisponendo il programma per la valutazione del Rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella, con i seguenti obiettivi:

- definizione di criteri condivisi per l'identificazione di donne a rischio eredo-familiare per il tumore della mammella, indicando strumenti per la valutazione dei livelli di rischio incrementale
- definizione dei protocolli e dei percorsi diagnostico-terapeutici e di sorveglianza delle donne così identificate
- definizione dei compiti e dei ruoli dei centri Spoke diagnostico-terapeutici e dei centri specialistici Hub di genetica e identificazione dei criteri per la definizione di centro Hub e di centro Spoke.

Obiettivi specifici

- definizione dei criteri per l'identificazione di donne a rischio eredo-familiare per il tumore della mammella, entro il 30 aprile 2011
- definizione dei protocolli di intervento e individuazione dei criteri per la scelta dei centri hub, entro 30 aprile 2011
- definizione di indicatori e standard per la valutazione dell'intervento e della sua efficacia entro il 30 aprile 2011
- identificazione dei centri Hub a livello regionale e Spokes a livello aziendale secondo i criteri indicati, entro il 31 dicembre 2011
- formazione e aggiornamento specifico sia del personale interessato operante nei Centri Hub e Spoke sia dei Medici di Medicina Generale, entro il 31 dicembre 2011.

Risultati attesi

Attivazione del percorso di presa in carico delle donne con rischio eredo-familiare per tumore della mammella, a partire dal 1 gennaio 2012.

Prima valutazione sul livello di estensione del programma al 31 dicembre 2012.

Beneficiari

Donne con profilo di rischio per tumore della mammella più alto rispetto alla popolazione normale.

Criticità

Si tratta di un intervento innovativo, che comporta rilevanti problemi connessi alla complessità del percorso e alla necessità di integrazione professionale e organizzativa fra MMG, centri screening e Unità Operative di diverse discipline specialistiche.

Sistema di valutazione

Evidenza documentale sul rispetto delle scadenze sopra indicate. Per la formazione, numero eventi e numero di persone formate.

2.2.b La carta del rischio cardiovascolare

I risultati del Piano Regionale della Prevenzione 2005 - 2009

Il Progetto sulla prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari, con riferimento alla diffusione della carta del rischio (DGR n. 688/2006), è stato avviato nel 2006, con una sperimentazione condotta nel setting assistenziale della Medicina Generale, che ha coinvolto prioritariamente cinque AUSL: Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Forlì, per la definizione di progetti e l'adozione di programmi di audit, coinvolgendo, su base volontaria, i nuclei di cure primarie. Le Aziende coinvolte nella sperimentazione hanno attivato una progettualità con l'obiettivo di rendere le carte del rischio uno strumento utile e fruibile nella pratica clinica ambulatoriale e favorire la medicina di iniziativa rispetto alla medicina di attesa. L'obiettivo regionale era di raggiungere il 10% dei medici delle AUSL coinvolte e far sì che il medico applicasse la valutazione del rischio a almeno il 10% dei pazienti eligibili, cioè a tutti quelli che non avevano avuto ancora un evento cardiovascolare, di età compresa tra i 35-69 anni, senza selezionare i pazienti sulla base del rischio, ma applicandolo a tutti.

Per valutare l'andamento del progetto sono stati individuati gli elementi costitutivi del ritorno informativo alle AUSL da parte dei singoli medici partecipanti, ed in particolare, il numero dei soggetti a cui il MMG ha applicato la carta del rischio, quelli con un rischio cardiovascolare maggiore di 20% (livello definito dalla nota 13 per l'utilizzo di farmaci) e quelli con un rischio cardiovascolare inferiore al 20%, nonché il numero dei soggetti con altri fattori di rischio, quali la familiarità a malattie cardiovascolari ovvero la presenza nei pazienti di familiari di primo grado con eventi quali l'ictus. Per dare concreto avvio al progetto di applicazione delle carte del rischio, si è messo a punto un piano formativo della Regione, concordato con l'Istituto Superiore di Sanità, predisponendo per le AUSL un cd-rom formativo, contenente uno slide-kit per la divulgazione della medicina preventiva cardiovascolare e della valutazione del rischio.

Nelle 5 AUSL coinvolte, i medici di medicina generale aderenti al progetto hanno applicato la carta del rischio complessivamente a 18.106 persone, con un'età dai 35 ai 69 anni; la percentuale delle persone alle quali è stato applicato il calcolo del rischio è pari al 13%, rispetto alle persone in carico ai medici di medicina generale aderenti al Progetto (in media 90 assistiti per MMG).

Il problema di salute oggi

I risultati del Progetto regionale sono stati illustrati in un seminario regionale nel 2008. Il percorso sperimentale delle 5 AUSL, pur sottolineando la ricchezza di esperienze pratiche, ha evidenziato forti disomogeneità che non hanno reso possibile una definitiva valutazione complessiva, rendendo opportuno proseguire nella direzione intrapresa, allo scopo di rendere maggiormente produttive le notevoli "potenzialità" insite nel necessario, più intenso raccordo professionale ed organizzativo fra Infermieri e Medici di Medicina Generale, Dipartimenti delle cure primarie e Dipartimenti di Sanità Pubblica.

Obiettivi generali di salute

L'esperienza realizzata dimostra che l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare fornisce un supporto utile ai professionisti sanitari e ha un grande significato come strumento per un programma di sanità pubblica, che si rivolge agli individui sani. Infatti si riscontra nella popolazione una bassa percezione collettiva dell'incidenza del rischio cardiovascolare.

Nello specifico, il Progetto "La carta del rischio cardiovascolare" indica la necessità di estendere ulteriormente e qualificare il processo avviato, riorientando il sistema sempre più verso la medicina di iniziativa, in quanto considerata ambito nel quale porre forte attenzione per rispondere ai nuovi bisogni di salute della popolazione. Per poter intervenire non solo sul trattamento e sulla cura delle malattie croniche, ma anche sulla promozione della salute, occorre utilizzare strumenti e modalità capaci di prevenirle, in quanto legate, in buona parte, a fattori di rischio modificabili e quindi, in larga misura, prevedibili.

In ambito regionale, per affrontare le nuove sfide si è avviato un percorso di sviluppo di nuovi paradigmi organizzativi, assistenziali e gestionali. Se il paradigma della medicina di attesa caratterizza il trattamento delle malattie acute (attesa di un evento su cui si deve intervenire per la risoluzione di un problema), il paradigma della medicina di iniziativa include diverse aree delle attività distrettuali, dalle vaccinazioni, alle attività consultoriali, agli screening, che si basano sul principio di proattività. L'essenza quindi dei modelli che si stanno diffondendo per la medicina predittiva dovranno essere riferimento per i diversi professionisti coinvolti, è l'interazione che

dovrà essere sempre presente tra l'équipe curante e la persona che deve diventare soggetto attivo, informato, preparato e proattivo.

Il processo di sviluppo delle cure primarie, nella sua evoluzione organizzativa in NCP/Case della salute, trova il contesto più favorevole per l'implementazione del Progetto "La carta del rischio cardiovascolare". Infatti, tale organizzazione consente una migliore presa in carico delle persone e dei loro problemi di salute, grazie all'integrazione tra diversi professionisti.

Esistono numerose prove scientifiche che evidenziano come gli interventi più efficaci nella prevenzione delle patologie cardiovascolari siano quelli che intervengono sui principali fattori di rischio: livelli di colesterolo LDL alti, livelli di colesterolo HDL bassi, pressione arteriosa alta, fumo, obesità, vita sedentaria, valori di glicemia alta. Per identificare i fattori di rischio e valutare l'efficacia di azioni mirate su soggetti che presentino rischi potenziali, assumono importanza l'utilizzo della carta del rischio nella popolazione sana e la messa in campo di interventi di counselling volti a modificare i fattori di rischio e la storia clinica del paziente.

Obiettivi specifici

L'obiettivo specifico del progetto di prevenzione cardiovascolare è di attivare uno screening a carattere sperimentale, (secondo il modello tipo "screening oncologici"), mediante l'utilizzo della carta del rischio e effettuare interventi di counselling, previa valutazione, nell'ambito di una rete che coinvolga Infermieri, MMG, Dipartimenti di sanità pubblica e di cure primarie, Enti locali.

Il Progetto di screening prevede le seguenti **azioni principali**:

- prevalutazione dei propri assistiti da parte del MMG per la creazione di liste secondo criteri di esclusione (Progetto cuore ISS), con il coinvolgimento di uomini di età pari a 45 anni e donne di età pari a 55 anni;
- chiamata attiva dei soggetti inclusi nelle liste create dai MMG, da parte degli infermieri che operano negli NCP/Case della salute;
- somministrazione della carta del rischio e identificazione del grado di rischio, con una gestione informatizzata del percorso e dei risultati;
- attivazione di interventi diversificati sulla base del grado di rischio.

Il Progetto prevede, inoltre, il collegamento con i Centri Territoriali di Medicina dello sport di I e II livello, al fine di attivare rapporti di collaborazione con società sportive e altri soggetti attivi sul territorio, per lo svolgimento di attività di promozione di stili di vita sani (vedi Progetto "La prescrizione dell'attività fisica" al punto 2.4.b).

Il know how dei professionisti coinvolti consentirà la predisposizione di strumenti e modalità utili a aumentare le conoscenze dei cittadini sugli stili di vita sani, che rafforzino la capacità delle persone di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute e di orientare i propri comportamenti.

Per l'avvio della sperimentazione, è necessario individuare ambiti territoriali (AUsl) in cui il modello organizzativo (NCP/Case della salute) è in fase di avanzata attuazione.

Il Progetto sarà attuato con il coordinamento di un gruppo di lavoro regionale, che vedrà anche coinvolti i diversi professionisti delle AUsl individuate per la sperimentazione, al fine di definire un protocollo operativo condiviso, attivare percorsi formativi per MMG ed Infermieri, valutare e monitorare l'andamento dell'intero processo.

I destinatari di questo Progetto sono, oltre ai professionisti dei Servizi regionali coinvolti, gli specialisti cardiologi, gli Infermieri, i Medici di Medicina Generale, i

Dipartimenti delle cure primarie, i Dipartimenti di sanità pubblica delle AUSL regionali oggetto della sperimentazione.

La principale criticità che può ostacolare il raggiungimento degli obiettivi progettuali è il grado di adesione dei cittadini sia nei confronti dello screening che nei confronti degli interventi di counselling attivati.

Il sistema di valutazione si baserà su indicatori di processo che valutano l'attuazione della sperimentazione:

- attivazione del gruppo di coordinamento regionale (Valutazione Sì/No);
- definizione del protocollo operativo condiviso (Valutazione Sì/No)
- predisposizione di un pacchetto formativo per MMG/Infermieri (Valutazione Sì/No)
- Numero dei MMG aderenti al progetto e operanti nell'ambito dei NCP/Casa della salute individuati (N. medici aderenti sul totale MMG afferenti allo specifico NCP/Casa della salute; standard 90%)

A questi indicatori si affianca una valutazione più orientata a stimare l'impatto del progetto su un indicatore più vicino ai bisogni dell'utenza, definito come la percentuale di soggetti eligibili chiamati attivamente (standard 70%)

2.3 La prevenzione rivolta a tutta la popolazione

2.3.a I programmi per promuovere stili di vita favorevoli alla salute

I risultati del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2009

L'analisi dell'esperienza dello scorso Piano, relativamente agli stili di vita, ha evidenziato alcune criticità centrali che sono sintetizzabili nei seguenti punti:

- i numerosi progetti realizzati non sempre sono risultati sufficientemente integrati fra loro e convergenti in un piano generale d'insieme;
- gli interventi attuati sono a volte risultati limitati nel tempo, con scarsa traduzione in attività istituzionali;
- vi è stata una insufficiente valutazione di processo e di esito in tutte le fasi di lavoro.

Comunque il lavoro svolto sul territorio ha consentito di promuovere/sostenere numerose alleanze e di avviare numerosi progetti con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione: ciò ha permesso di costruire un'esperienza importante di lavoro comune e di stabilire relazioni che saranno preziose per il lavoro dei prossimi anni. I bisogni di salute delle giovani generazioni, in particolare, rendono indispensabile un'alleanza specifica tra il mondo della salute e quello della scuola finalizzata a un puntuale programma di intervento.

Anche se il PRP 2005-2009 non prevedeva specifici progetti per la promozione dell'attività fisica, la Regione ha tuttavia sviluppato diverse azioni, in particolare nel quadro dei Piani per la Salute; inoltre altri interventi per la promozione dell'attività fisica sono stati sviluppati in diversi ambiti territoriali nell'ambito del progetto *"Prevenzione della patologia indotta dall'ambiente costruito"*. Infine sono stati programmati e attuati molti interventi nel contesto del Programma CCM-RER *"Promozione dell'attività fisica - Azioni per una vita in salute"* e nel progetto CCM-ULSS 20 Verona *"Progetto nazionale di promozione dell'attività motoria"*.

Il problema di salute oggi

Le malattie cronic-degenerative sono la principale causa di morte oggi nel mondo e il loro impatto sta crescendo costantemente. Nella nostra Regione le malattie croniche determinano il carico principale in termini di mortalità e morbilità: le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte (38%), seguita dai tumori (30%); nell'insieme queste patologie sono responsabili di quasi il 70% dei decessi. Le cause principali di queste malattie sono conosciute e riconducibili ad un ristretto gruppo di fattori di rischio comuni: l'alimentazione non sana, l'inattività fisica, l'uso di tabacco, l'alcol e le sostanze stupefacenti.

L'eliminazione di questi fattori di rischio modificabili potrebbe prevenire l'80% delle malattie premature cardiache, l'80% dei casi di diabete tipo-2 ed il 40% dei casi di cancro.

Nonostante queste evidenze scientifiche, i dati presentati nel Profilo di salute mostrano che anche in Emilia-Romagna molte persone non adottano uno stile di vita salutare.

Gli obiettivi generali di salute

Obiettivo generale del programma è la prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari.

Gli stili di vita sono influenzati da un complesso insieme di fattori individuali e socio-ambientali. A livello macro, i fattori ambientali maggiormente significativi sono quelli socioeconomici, le condizioni ambientali e culturali; a livello micro, esercitano un ruolo fondamentale fattori come le problematiche urbane e degli ambienti lavorativi, le norme sociali e le abitudini nella comunità locale. Anche i fattori individuali giocano un ruolo rilevante, come gli atteggiamenti, le convinzioni o la consapevolezza delle opportunità di operare, nella vita quotidiana, scelte per la salute.

Nella letteratura scientifica esistono diverse autorevoli rassegne degli interventi che hanno mostrato, in Paesi diversi, di essere efficaci nel contrasto dei quattro fattori di rischio, singolarmente presi o in associazione. La letteratura scientifica mostra anche come gli interventi di maggiore successo, in tutti i setting e in tutte le popolazioni target, siano quelli multi-componenti (che agiscono contemporaneamente a livello di macro-ambiente e/o micro-ambiente e/o individuale), adattati al contesto locale, che utilizzano le risorse esistenti di una comunità, come le scuole o i ritrovi per anziani e che coinvolgono le figure interessate già nelle fasi di pianificazione e di realizzazione

Gli interventi proposti nei Progetti saranno tali da sostenere:

- la costruzione di una rete di relazioni, a livello regionale e a livello locale, tra enti ed istituzioni interessati alla promozione di stili di vita favorevoli alla salute, capace di supportare l'organizzazione di interventi multisetoriali integrati. In questo quadro, le Reti dei Referenti di AUsl per fattore di rischio sono chiamate a recitare un ruolo di primaria importanza;
- l'introduzione dei progetti descritti nel presente Piano nella programmazione ordinaria delle AUsl; la promozione di sani stili di vita deve diventare parte integrante dei piani di lavoro ordinari delle Aziende Sanitarie, e in primis dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, orientando in tal senso lo sviluppo organizzativo e le risorse umane. La realtà ormai consolidata del Centro di Didattica Multimediale "Luoghi di Prevenzione" gestito dalla Lega Italiana Lotta contro i Tumori di Reggio Emilia rappresenta un utile strumento a supporto della formazione degli operatori. Già da alcuni anni i principali obiettivi del PRP entrano a far parte del Piano annuale degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie;
- il miglioramento della qualità degli interventi e delle competenze degli operatori attraverso la costruzione e il consolidamento di specifiche abilità nel campo della promozione della salute: si intende sostenere prioritariamente metodologie progettuali basate sull'analisi dei fattori determinanti il fenomeno interessato, che utilizzano le risorse esistenti di una comunità, che coinvolgono i partecipanti nelle fasi di pianificazione e di realizzazione, che propongono azioni dimostrate efficaci, in particolare nei processi decisionali di cambiamento, e che si basano su metodologie operative risultate efficaci nel costruire e rafforzare la motivazione a cambiare;
- il miglioramento del sistema di monitoraggio degli interventi (mappatura, valutazione di processo e di esito). La Valutazione è parte integrante e costante della cultura in sanità pubblica, deve entrare nella metodologia di progettazione e essere legata inseparabilmente ad obiettivi misurabili.

In particolare per il target adolescenti e giovani gli obiettivi specifici dei progetti del presente programma si integrano con quelli del programma "La promozione del benessere e la prevenzione del disagio negli adolescenti e nei giovani".

I progetti costitutivi del programma sono:

- Promozione dell'attività fisica
- Promozione di corrette abitudini alimentari
- Prevenzione del tabagismo

- Prevenzione dell'abuso di alcol e di altre sostanze stupefacenti

PROGETTO 1. Promozione dell'attività fisica

Il problema di salute oggi

Le principali barriere che ostacolano l'adozione di uno stile di vita fisicamente attivo sono riconducibili a fattori legati alla persona (preoccupazione di farsi male e altre credenze, mancanza di motivazione, di tempo, di senso di autoefficacia, di conoscenze sulle opportunità a disposizione,...), fattori legati all'ambiente sociale (mancanza di modelli di riferimento positivi, mancato supporto sociale da parte di amici e familiari,...) e fattori legati al contesto ambientale (difficilissimo accesso a parchi, palestre e altre risorse per l'esercizio fisico, ambiente urbano sfavorevole, scarsa cultura della promozione dell'attività fisica negli operatori sanitari...)

Il Recente documento dell'OMS intitolato "Interventions on diet and physical activity: what works – Summary report" ha raccolto le tipologie di interventi che fino ad ora hanno dato dimostrazioni di efficacia in più luoghi del mondo e le ha ordinate in otto classi: politica e ambiente, mass media, ambienti scolastici, luoghi di lavoro, comunità, cura della salute primaria, anziani, ambienti religiosi.

Questi interventi, sebbene descritti separatamente, costituiscono un quadro d'azione d'insieme e sono da attuare quando possibile in sinergia per potenziarne l'azione, avendo attenzione alla continuità degli interventi nelle diverse fasce d'età e nei diversi settori (es. gli interventi di miglioramento della circolazione intorno alle scuole vanno "accordati" con gli interventi educativi nelle scuole). La letteratura raccomanda inoltre che gli interventi siano organizzati considerando e analizzando i diversi fattori determinanti (personali e di contesto socio-ambientale) per sviluppare una azione adeguata e efficace.

Obiettivi generali

In relazione a quanto realizzato finora, alle criticità emerse, tenuto conto del chiaro quadro epidemiologico e delle indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione, si ritiene necessario dare impulso alla promozione dell'attività fisica nella popolazione con particolare riguardo ai bambini, ai giovani e alle persone che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità. I programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria dovranno prevedere un approccio multicomponente intersettoriale e multidisciplinare, essere sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche.

Obiettivi specifici:

- *Predisporre e attivare di un sistema di monitoraggio degli interventi di promozione della salute in esecuzione, capace di raccogliere i dati salienti e i risultati delle iniziative (popolazione target: personale del SSR)*

Risultati attesi

Messa a regime di un Sistema di Monitoraggio degli interventi

Azioni principali

Studio del sistema di monitoraggio; formazione degli operatori; avvio del rilevamento

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011: predisposizione del sistema di monitoraggio (standard: evidenza)
- nel 2012: avvio del rilevamento (Standard: evidenza della banca dati al 31.12.2012)

- *Diffondere tra il personale competente dei settori della pianificazione territoriale, dei trasporti e della sanità, a livello centrale e locale, le Linee Guida regionali “Definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale in tema di: esercizio fisico, incidentalità stradale, accessibilità, verde pubblico e spazi di socializzazione” relativamente agli aspetti dell’esercizio fisico (Popolazione target: tecnici e decisori dei settori interessati)*

Risultati attesi

Conoscenza dei contenuti delle Linee Guida da parte dei tecnici e decisori dei settori interessati; applicazione dei contenuti delle Linee Guida negli strumenti di governo del territorio.

Azioni principali

Organizzazione di un programma di disseminazione delle Linee Guida; esecuzione di iniziative formative a livello centrale e a livello locale; costituzione di un sistema di rilevamento dell’utilizzo delle Linee Guida nei processi di pianificazione; utilizzo delle Linee Guida nei processi di pianificazione territoriale.

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011:
partecipazione del personale delle AUsl, delle Province e dei comuni > 50.000 abitanti ai corsi di formazione organizzati (Standard 80 % delle AUsl, Province, Comuni > 50.000 abitanti)
- al 31.12.2012:
utilizzo delle Linee Guida nei processi di pianificazione territoriale secondo il sistema di rilevazione appositamente allestito (Standard 70% dei documenti di pianificazione territoriale approvati nel 2012)
- *Attivare e diffondere gli interventi di promozione all'uso delle scale (popolazione target: tutta la popolazione)*

Risultati attesi

Incremento dell’utilizzo delle scale negli edifici pubblici.

Azioni principali

Predisposizione di una campagna di comunicazione; esecuzione dell’intervento.

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011:
predisposizione della campagna di intervento (Standard: evidenza)
- al 31.12.2012:
realizzazione della campagna negli edifici delle AUsl e Aziende Ospedaliere, e negli edifici aperti al pubblico dei Comuni e Amministrazioni Provinciali (standard: 70 % degli edifici indicati)
- *Attivare e diffondere nelle comunità locali gli interventi che prevedono approcci multi-target e multi componenti per motivare e facilitare il movimento e l’adozione di stili di vita salutari (popolazione target: tutta la popolazione)*

Risultati attesi

Incremento del numero delle persone che svolge attività fisica e adotta stili di vita salutari utilizzando le risorse disponibili nelle comunità locali. Nelle comunità dovranno essere censite le iniziative e le risorse per la promozione della attività fisica della popolazione, con particolare riferimento a quella adulta, e dovrà essere eseguita una analisi dei bisogni. Sulla base di quanto emerso dovranno essere attivate le

iniziative per offrire ai cittadini quelle possibilità che sono risultate mancanti o più richieste, come per esempio opportunità per fare movimento nei parchi e giardini pubblici, corsi di ballo, orti cittadini, percorsi urbani per camminare in un ambiente pulito e sicuro, gruppi di cammino, ecc.

Azioni principali

Condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori; traduzione operativa degli interventi negli specifici contesti territoriali con conseguente censimento delle iniziative e delle risorse, analisi dei bisogni, definizione delle iniziative da mettere in atto; avvio delle azioni.

Sistema di valutazione:

- al 31.12.2011:
condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori (Standard: partecipazione degli operatori di 9 AUsl su 11 agli eventi formativi sulla metodologia individuata)
 - al 31.12.2012:
avvio degli interventi secondo la metodologia individuata (Standard: avvio di un intervento ogni 100.000 abitanti)
- *Attivare e diffondere gli interventi che prevedono approcci multi-target per incoraggiare l'attività motoria nell'ambito della mobilità scolastica, nell'ambito del curriculum e delle attività ricreative (popolazione target: giovani della scuole primaria e secondaria)*

Risultati attesi

Incremento del numero di bambini che utilizza il percorso sicuro casa-scuola a piedi o con la bici e dei bambini che partecipano ad interventi di promozione della attività motoria in ambito curricolare e ricreativo scolastico.

Azioni principali

Condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori; traduzione operativa degli interventi negli specifici contesti territoriali; avvio delle azioni.

Sistema di valutazione:

- al 31.12.2011:
condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori (Standard: partecipazione degli operatori di 9 AUsl su 11 agli eventi formativi sulla metodologia individuata)
 - al 31.12.2012:
avvio degli interventi secondo la metodologia individuata (Standard: avvio di un intervento ogni 100.000 abitanti)
- *Attivare e diffondere gli interventi di attività fisica per anziani in gruppo utilizzando strutture e luoghi di ritrovo esistenti (popolazione target: anziani)*

Risultati attesi

Aumento del numero degli anziani che svolge attività fisica

Azioni principali

Condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori; traduzione operativa degli interventi negli specifici contesti territoriali; avvio delle azioni

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011:
condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori (Standard: partecipazione degli operatori di 9 AUsl su 11 agli eventi formativi sulla metodologia individuata)
- al 31.12.2012:
avvio degli interventi secondo la metodologia individuata (Standard: avvio di un intervento ogni 100.000 abitanti)
- *Costruire, dare applicazione e diffondere accordi di collaborazione tra Regione Emilia-Romagna, CONI e enti di promozione sportiva per promuovere lo sport per la salute e l'attività fisica nella comunità locale e rendere il contesto sociale più orientato al benessere dei cittadini (popolazione target: giovani, adulti, anziani)*

Risultati attesi

- aumento del numero delle associazioni sportive che promuovono nei giovani lo sport per la salute. Le associazioni sportive dovranno impegnarsi a privilegiare gli aspetti di promozione della salute, formativi e di socializzazione rispetto ai valori dell'agonismo: ciò significa che ogni bambino che si avvicina allo sport dovrà essere indirizzato alla disciplina più confacente alla sue caratteristiche e si dovrà evitare ogni forma di esclusione nei confronti dei bambini meno dotati;
- incremento del numero associazioni sportive che offrono occasioni per fare attività fisica sul territorio, "aprendo" le strutture a disposizione e creando occasioni di attività motoria alla popolazione oltre che ai praticanti abituali e agonisti;
- sviluppo di una impiantistica tesa a sostenere l'attività fisica della comunità locale oltre che la pratica agonistica, sviluppando forme di incentivi, come l'accesso privilegiato al credito sportivo per i soggetti che costruiscono impianti sportivi o modificano quelli esistenti, in una logica di apertura alla popolazione (non solo attività agonistica o allenamenti degli iscritti a società sportive o spettacolo sportivo).

Azioni principali

- preparazione e sottoscrizione di un accordo tra Regione Emilia-Romagna, CONI Emilia-Romagna, CIP (Comitato Italiano Paralimpico) ed Enti di promozione sportiva, sui punti sopra descritti;
- organizzazione di un programma integrato di interventi formativi rivolti a dirigenti e istruttori delle associazioni sportive per la promozione dello sport orientato alla salute; realizzazione di iniziative formative a livello centrale e locale; traduzione operativa degli interventi integrati negli specifici contesti territoriali;
- definizione condivisa a valenza regionale dei requisiti (strutturali, gestionali e organizzativi) per la realizzazione di impianti al servizio della comunità

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011:
formazione del personale interessato sui temi dell'accordo (Standard: realizzazione di iniziative formative con la partecipazione di operatori AUsl, CONI, CIP e associazioni sportive in almeno 7 delle 9 province)
- al 31.12.2012:
avvio di modalità di lavoro presso le associazioni sportive (Standard: presenza di associazioni sportive che promuovono lo sport orientato alla salute nei giovani e l'attività fisica nella comunità locale in almeno 7 delle 9 province)

- *Attivare e diffondere gli interventi di promozione della attività fisico-sportiva nelle persone portatrici di fragilità o handicap*

Risultati attesi

Aumento del numero di associazioni sportive che promuovono e realizzano percorsi sportivi e motori dedicati alle persone fragili; supporto nella scuola all'implementazione di percorsi dedicati alla attività fisica e sportiva a favore dei disabili; aumento del numero di persone disabili praticanti attività sportiva e/o fisica per la salute.

Azioni principali

Realizzazione di una rete socio-sanitaria provinciale che promuove, facilita e realizza i percorsi sportivi e motori dedicati alle persone fragili; condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori; individuazione di strutture adeguate (impianti sportivi, parchi, ecc).

Criticità

Capacità di motivare al cambiamento le società sportive; scarsa conoscenza dei benefici legati all'attività motoria da parte delle persone disabili, delle loro famiglie, del personale sanitario ed in genere degli operatori del mondo della disabilità; scarsa formazione dei formatori; difficoltà di accesso alle strutture sportive (logistica, trasporti, barriere architettoniche).

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011:
condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori (Standard: partecipazione degli operatori di 9 AUsl su 11 agli eventi formativi sulla metodologia individuata)
- al 31.12.2012:
avvio degli interventi secondo la metodologia individuata (Standard: avvio di un intervento in ogni AUsl che non offra già tale percorsi)

Tutti gli interventi elencati sono caratterizzati dalle seguenti Criticità:
condivisione della strategia e volontà di collaborazione interistituzionale; capacità di motivare al cambiamento; capacità di sviluppare un numero di interventi significativo e capillare sul territorio; reperimento delle risorse.

Azioni di promozione dell'attività fisica sono comprese anche nell'obiettivo specifico "Sani stili di vita in gravidanza..." descritto nel successivo progetto e nell'obiettivo specifico Paesaggi di Prevenzione descritto nel progetto Prevenzione al tabagismo. Per converso gli obiettivi specifici del presente progetto possono essere integrati con azioni di promozione di corrette abitudini alimentari

PROGETTO 2 Promozione di corrette abitudini alimentari

Il problema di salute oggi

L'alimentazione e lo stato nutrizionale contribuiscono in maniera determinante allo sviluppo e alla espressione clinica di molte malattie. Per contro, una dieta completa e variata permette di preservare un buono stato di salute e di qualità di vita.

È noto che il mancato avvio e la cessazione precoce dell'allattamento materno hanno importanti e avverse conseguenze sanitarie, sociali e economiche per le donne, i bambini, la comunità, l'ambiente e che bassi indici di allattamento materno

comportano maggiori spese per i sistemi sanitari e possono contribuire a aumentare le diseguaglianze in salute.

Nella Regione Emilia-Romagna, dal 1999 al 2008, la prevalenza dell'allattamento completo al seno (esclusivo + predominante) è aumentata del 4% a 3 mesi, più nettamente a 5 mesi (+5%).

Un incremento più sensibile riguarda la percentuale di bambini allattati al seno in maniera esclusiva (+12% a 3 mesi; +15% a 5 mesi).

In Emilia-Romagna l'eccesso ponderale, a tutte le età, è più frequente nei maschi e nei soggetti che si trovano in condizioni socio-economiche svantaggiate (difficoltà economiche e/o basso livello di istruzione). Anche nella nostra regione il consumo di frutta e verdura è scarso: a 8 anni ben il 53% dei bambini consuma da 0 a 1 porzione al giorno rispetto alle 5 raccomandate.

Nell'adolescenza, i modelli di consumo alimentare sono notevolmente condizionati dalla dimensione culturale che, a partire dall'influenza del contesto familiare, diventa sempre più legata all'influenza del gruppo dei pari e della società. Nei ragazzi l'alimentazione diviene più squilibrata, iperlipidica ed irregolare: al crescere dell'età si riduce il numero di chi fa colazione: oltre il 28% dei 17enni non fa colazione a fronte di una percentuale dell'8% nei bambini di 8 anni.

Obiettivi generali di salute

In questi ultimi anni diverse revisioni sistematiche hanno preso in esame esperienze relative alla promozione di sane abitudini alimentari nella popolazione, mirate in particolare alla prevenzione dell'obesità e del sovrappeso nell'infanzia e adolescenza. Dai dati di letteratura sembra emergere che gli interventi mirati a ridurre il numero di soggetti in sovrappeso e obesi, abbiano un livello di efficacia contrastante o limitato. Gli autori concordano comunque sostanzialmente su alcuni requisiti e criteri organizzativi che possono determinare effetti positivi. In particolare, risultano efficaci gli interventi rivolti alla modifica/influenza di alcuni comportamenti alimentari scorretti. Tra questi, in ambito scolastico il fattore di successo principale è la scelta di rendere l'intera comunità scolastica un ambiente che promuove salute, interagendo anche con la famiglia e la comunità locale. La promozione della salute sul luogo di lavoro può essere invece realizzata attraverso interventi che prevedano l'informazione, la promozione della partecipazione attiva, l'offerta di alimenti più salutari nonché facilitazioni ai lavoratori per svolgere attività fisica presso gli ambienti lavorativi.

La Regione Emilia-Romagna sostiene, oltre che interventi di prevenzione e promozione della salute, anche il progetto "Orientamento dei consumi e educazione alimentare" per promuovere una maggiore consapevolezza in materia di alimentazione anche attraverso una migliore conoscenza del mondo agricolo e della produzione alimentare. Si è così attivato, anche a livello locale, un percorso virtuoso di attenzione complessiva al tema dell'alimentazione. In coerenza a tali principi, la Regione ha da tempo adottato un proprio quadro normativo che, in sintonia con la legislazione comunitaria e nazionale, sostiene programmi tesi a migliorare i metodi di produzione, a promuovere un utilizzo consapevole delle risorse, a sviluppare e a diffondere conoscenze in merito ai principi nutrizionali.

Il presente progetto si integra con il Progetto "Sicurezza nutrizionale" al Capitolo 2.3.d

Obiettivi specifici

- *Promuovere sani stili di vita in gravidanza e nei primi 3 anni di vita del bambino (Campagna regionale GenitoriPiù per la prevenzione attiva e la promozione della*

salute nei primi anni di vita e Progetto regionale Nati per leggere - Determina di costituzione del gruppo regionale n. 177 del 18/10/2010).

Risultati attesi

Promozione di una cultura condivisa fra gli operatori sanitari per la diffusione di adeguate e univoche informazioni su corretti stili di vita, alle donne in gravidanza e ai neo genitori con il coinvolgimento di enti/servizi che si occupano di sostegno alla genitorialità. Aumento della popolazione target (neogenitori) che adottano gli stili suggeriti

Azioni principali

Costituzione del gruppo tecnico regionale per la costruzione del modello di intervento da proporre, studio del modello di intervento da proporre, costruzione di materiale informativo, traduzione operativa dell'intervento proposto negli specifici contesti territoriali, indagine regionale sulla prevalenza dell'allattamento al seno, divulgazione materiale informativo in lingua per campagna regionale Genitori Più

Criticità

Tipologia di intervento che richiede da parte degli operatori sanitari conoscenza e competenza al counseling, entrambe possedute in modo disomogeneo dagli operatori sanitari coinvolti. Difficoltà ad incidere sulle conoscenze, atteggiamenti e comportamenti di un numero adeguato di soggetti beneficiari del progetto soprattutto se appartengono a categorie disagiate. Difficoltà di coinvolgimento degli operatori. Insufficiente valorizzazione della sinergia di intervento da parte degli enti che si occupano di sostegno alla genitorialità.

Sistema di valutazione

al 31.12.2011:

- divulgazione materiale informativo in lingua per campagna regionale Genitori Più (standard: consegna alle aziende del materiale informativo da divulgare attraverso la rete aziendale referenti Genitori Più)
- raccolta dati indagine regionale APeC 2011 in relazione all'adesione della Regione Emilia-Romagna alla Campagna nazionale GenitoriPiù (uso del seggiolino in auto, posizione del sonno in culla, esposizione al fumo passivo e lettura ad alta voce) (Standard: somministrazione e raccolta dei questionari da parte di tutte le aziende sanitarie della regione)
- costituzione del gruppo tecnico regionale per la costruzione del modello di intervento da proporre per promozione sani stili di vita in gravidanza e avvio della costruzione del modello di intervento (Standard: documento di costituzione)

al 31.12.2012:

- elaborazione statistica dati indagine regionale APeC 2011 (uso del seggiolino in auto, posizione del sonno in culla, esposizione al fumo passivo e lettura ad alta voce) (standard: elaborazione statistica dei questionari)
- costruzione del modello di intervento su sani stili di vita in gravidanza e avvio a campione degli interventi secondo la metodologia individuata (standard: evidenza)
- *Promuovere l'allattamento al seno e l'adozione di un corretto stile alimentare (divezzamento)*

Risultati attesi

Promozione di una cultura condivisa fra gli operatori sanitari per la diffusione di adeguate e univoche informazioni sull'allattamento al seno alle donne/coppie in gravidanza e alle puerpere e sul divezzamento; avvio di un piano di implementazione di sostegno all'allattamento.

Azioni principali

Formazione degli operatori non ancora formati, definizione del piano di implementazione secondo quanto suggerito nell'obiettivo 6 della DGR 533/2008; traduzione operativa dell'intervento proposto negli specifici contesti territoriali; indagine regionale di prevalenza dell'allattamento al seno APeC a cadenza triennale. Indagine a campione sulle modalità di divezzamento in atto sul territorio regionale.

Criticità

Disomogeneità nell'offerta e nei contenuti sulla promozione/sostegno all'allattamento al seno fra operatori appartenenti allo stesso servizio/azienda sanitaria; difficoltà a definire un piano di implementazione che tenga conto delle risorse locali e che trovi l'adesione da parte degli operatori sanitari coinvolti nella sua realizzazione.

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011

- o N. operatori formati (standard: almeno 50% degli operatori non ancora formati e segnalati dalle aziende)
- o raccolta dati indagine regionale APeC 2011 su prevalenza allattamento al seno (Standard: somministrazione e raccolta dei questionari da parte delle aziende)
- o definizione del piano di implementazione per il sostegno dell'allattamento al seno secondo la metodologia del manuale da parte delle aziende sanitarie (standard: evidenza)
- o definizione del questionario sul divezzamento e delle modalità di somministrazione (standard: questionario)

- al 31.12.2012

- o elaborazione dati indagine APeC 2011 su prevalenza allattamento al seno (standard: elaborazione statistica dei questionari)
- o realizzazione piano di implementazione locale per il sostegno dell'allattamento al seno secondo quanto suggerito nell'obiettivo 6 del DRG 533/2008 .
- o somministrazione del questionario sul divezzamento e raccolta dati (Standard: somministrazione e raccolta dei questionari da parte delle aziende)

- *Applicazione delle linee guida regionali per la ristorazione scolastica per migliorare la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare nella ristorazione scolastica*

Risultati attesi

Aumentare il numero delle scuole in cui è fornito un menu nutrizionalmente adeguato.

Azioni principali

- diffondere le "Linee Strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna"
- migliorare e uniformare il sistema di raccolta dati, relativamente alla qualità nutrizionale dei menu
- realizzare incontri di formazione ed informazione con il personale delle scuole e delle ditte che gestiscono le ristorazioni scolastiche
- verificare l'adeguatezza nutrizionale dei menù serviti

Criticità

Vincoli determinati da capitolati d'appalto ancora in corso di validità; carenza risorse professionali

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011

- predisposizione di apposita scheda per uniformare la raccolta dei dati informativi riguardo i pasti serviti da utilizzare a livello delle singole AUsl (standard: evidenza scheda);
- realizzazione di iniziative informative/formative, dove non ancora attuate, per diffondere le “Linee Strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna” (standard: informazione o formazione di almeno il 70% delle ditte/Enti/Istituzioni titolari della ristorazione scolastica);
- al 31.12.2012, verifica dei menu con apposita scheda (standard: evidenza valutazione dei menu in almeno il 70% delle strutture scolastiche pubbliche con ristorazione)
- *Favorire la diffusione di distributori automatici con alimenti nutrizionalmente equilibrati per contrastare il consumo di alimenti non salutari e aumentare il consumo di frutta e verdura*

Risultati attesi

Aumentare il numero delle scuole e delle aziende sanitarie in cui sono presenti distributori automatici con alimenti nutrizionalmente equilibrati; ridurre il consumo di alimenti non salutari e aumentare il consumo di frutta e verdura

Azioni principali

Predisposizione di raccomandazioni per i capitolati/accordi relativi ai distributori automatici di alimenti salutari installati presso Pubbliche Amministrazioni. Formazione e sensibilizzazione dei responsabili delle scuole e delle Amministrazioni Pubbliche per il recepimento delle raccomandazioni e la realizzazione di capitolati per i distributori di alimenti salutari

Criticità

Presenza di contratti d'appalto ancora vigenti, capacità di sensibilizzare al problema, vincoli economici esistenti, problematiche tecnico-organizzative.

Sistemi di valutazione

- al 31.12.2011
predisposizione di raccomandazioni per il modello di capitolato e diffusione presso le strutture scolastiche (standard: evidenza trasmissione documento)
- al 31.12.2012
verifica delle scuole e delle aziende sanitarie che hanno adottato il capitolato o l'accordo/scuolee Aziende Sanitarie che hanno proceduto a nuovo capitolato (Standard: 30%)

PROGETTO 3 *Prevenzione del tabagismo*

L'OMS ha definito il tabacco come prima causa evitabile di malattia e morte nell'attuale società. La nicotina viene oggi riconosciuta, al pari dell'alcol, cocaina, allucinogeni e oppiacei, tra le sostanze psicoattive capaci di indurre dipendenza fisica e psichica. Ogni anno il fumo uccide in Italia circa 84.000 persone. Al fumo sono attribuibili un terzo di tutte le morti per cancro ed il 15% di tutte le cause di morte.

L'abitudine al fumo in Emilia-Romagna è più alta fra gli uomini (34%) che tra le donne (26%), nelle persone con livello di istruzione di scuole secondarie di primo e secondo grado e in quelle con molte difficoltà economiche percepite.

I seguenti obiettivi specifici che ci si propone di raggiungere nei prossimi anni sono articolati nel modo previsto dal Piano Regionale triennale di contrasto al tabagismo (approvato con DGR 844/08) che si intende implementare.

Le modalità di intervento mirano a sviluppare un sistema di rete e prevedono la partecipazione dei cittadini con un coinvolgimento attivo, l'intersectorialità e la ricerca di alleanze con vari enti e istituzioni, l'integrazione degli interventi previsti e la multidisciplinarietà coinvolgendo diverse professionalità.

- *Prevenire l'abitudine al fumo nelle giovani generazioni*

Risultati attesi

Ridurre il numero di giovani che iniziano a fumare

Azioni principali

Effettuare nelle scuole programmi didattici per la prevenzione del fumo differenziati per target ("infanzia a colori", "liberi di scegliere", "scuole libere dal fumo", "smoke free class competition"), integrati in percorsi di promozione della salute e stili di vita sani e con l'utilizzo del DVD multimediale "Paesaggi di prevenzione" sulla promozione dei corretti stili di vita e l'effettuazione di percorsi sugli stili di vita presso Luoghi di Prevenzione, Laboratorio regionale di didattica multimediale

Criticità

Coinvolgimento degli insegnanti e dei genitori

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011
predisposizione della campagna di intervento (Standard: evidenza)
- al 31.12.2012
realizzazione della campagna di intervento in 7 AUsl su 11

- *Prevenire e ridurre l'abitudine al fumo nelle donne*

Risultati attesi

Ridurre l'abitudine al fumo tra le donne tramite interventi che ne aumentino la capacità di fare scelte libere e consapevoli.

Azioni principali

Effettuazione di campagne specifiche rivolte alla popolazione femminile per prevenire e ridurre l'abitudine al fumo utilizzando tutti i contatti con il mondo sanitario (per esempio counselling da parte delle ostetriche nelle donne che accedono ai consultori per contraccezione, menopausa), esecuzione di interventi sugli stili di vita sani rivolti alle gravide e alle neomamme con il coinvolgimento delle ostetriche dei consultori, dei reparti di ostetricia e ginecologia, dei neonatologi e dei pediatri

Criticità

Difficoltà nel coinvolgere gli operatori dei settori sanitari e di creare una rete.

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011
condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori (Standard: partecipazione degli operatori di 6 AUsl su 11 agli eventi formativi sulla metodologia individuata)
- al 31.12.2012
avvio degli interventi secondo la metodologia individuata (Standard: avvio degli interventi in 6 AUsl)

- *Assistere e curare le persone che fumano*

Risultati attesi

- Presenza in ogni AUsl di almeno un Centro AntiFumo (CAF) operante in rete con gli altri operatori sanitari
- Aumento dell'attenzione degli operatori sanitari alla problematica tabagismo e realizzazione del progetto "studi medici liberi dal fumo"

Azioni principali

- Formazione degli operatori dei CAF per garantire efficacia e appropriatezza delle prestazioni offerte dai centri, costituzione di una rete per la collaborazione tra i CAF e gli altri operatori sanitari
- Formazione degli operatori sanitari, realizzazione del progetto "studi medici liberi dal fumo" con registrazione dell'abitudine al fumo in cartella, cartelli di divieto in ambulatorio, materiale informativo e consiglio breve

Criticità

Difficoltà a creare rete; coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Sistema di valutazione:

- al 31.12.2011
condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori (Standard: partecipazione degli operatori di 7 AUsl su 11 agli eventi formativi sulla metodologia individuata)
 - al 31.12.2012
avvio degli interventi secondo la metodologia individuata (Standard: avvio di interventi in 7 AUsl)
- *Promuovere ambienti favorevoli alla salute e liberi dal fumo sul posto di lavoro, in ospedale, nei servizi sanitari e nelle scuole*

Risultati attesi

- Rispetto della normativa antifumo in tutti i locali di lavoro, aumento delle conoscenze dell'interazione tra fumo e fattori di rischio professionali tra i medici competenti e i lavoratori, inserimento del fumo negli interventi di tutela e promozione della salute svolti dagli SPSAL
- Rispetto della normativa in tutti i locali ospedalieri e dei servizi sanitari e nelle aree esterne previste dalla L.R. 17/2007, attivazione dei reparti ospedalieri per promuovere durante il ricovero l'astinenza dei pazienti e per attivare percorsi di disassuefazione in collaborazione con i CAF e gli MMG.
- Totale assenza del fumo nelle scuole comprese le aree aperte di pertinenza

Azioni principali

- Iniziative informative e formative sui rischi connessi al fumo, sulle interazioni con i fattori di rischio professionali e sulle modalità efficaci per smettere di fumare rivolte ai medici competenti e alle figure della prevenzione aziendale, promozione della pratica del consiglio breve da parte del medico competente, effettuazione della attività di vigilanza sull'applicazione della normativa, creazione della rete con CAF, MMG, SPSAL e medici competenti
- Attivazione dei percorsi condivisi tra reparti ospedalieri, CAF e MMG per la disassuefazione dei pazienti ricoverati in ospedale, promozione tra gli operatori sanitari di uno stile di vita sano e libero dal fumo in collaborazione anche con il medico competente, formazione degli agenti accertatori per svolgere compiti sanzionatori ed educativi.

- Promozione e predisposizione di un regolamento interno per il controllo del rispetto del divieto di fumo nella scuola, promozione della partecipazione al programma “Scuole libere dal fumo” con interventi complementari di tipo educativo, supporto alla disassuefazione e di vigilanza, con forte coinvolgimento dei ragazzi in attività di educazione fra pari.

Criticità

Difficoltà a creare reti; scarsità delle risorse, diffusione del tabagismo tra gli operatori sanitari; coinvolgimento del mondo della scuola, incoerenza nel comportamento degli adulti nel mondo della scuola

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011
condivisione delle metodologie di intervento da proporre per ognuno dei 3 setting individuati, e formazione degli operatori (Standard: partecipazione degli operatori di 7 AUsl su 11 agli eventi formativi sulla metodologia individuata)
- al 31.12.2012
avvio degli interventi secondo la metodologia individuata (Standard: avvio di interventi in 7 AUsl)

PROGETTO 4 Prevenzione dell'abuso di alcol e di altre sostanze stupefacenti

Le indagini condotte negli ultimi anni per monitorare il consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale e nei giovani (IPSAD-Italia 2007/2008 e ESPAD-Italia 2008) presentano come fenomeno rilevante, la modalità del policonsumo di sostanze. In particolare, si rileva che il consumo di sostanze illegali è quasi sempre associato al consumo di alcol e tabacco in percentuali che oscillano tra il 60 e il 90% dei casi. Gli incidenti stradali, che sono la prima causa di morte nella fascia di età 19/24 anni, in circa un terzo dei casi sono associati al consumo di alcol e altre sostanze stupefacenti.

La diffusione dei consumi di sostanze porta con sé l'aumento di patologie somatiche e psichiatriche e il manifestarsi di comportamenti a rischio e/o aggressività.

Le azioni di prevenzione andranno comunque indirizzate a gruppi target individuati rivolgendo massima attenzione ai comportamenti e alle loro conseguenze più che ai diversi tipi di sostanze.

Nella presente società il tema dei consumi alcolici porta con sé una quota consistente di ambivalenze, di significati simbolici, di rappresentazioni sociali che non è possibile ignorare quando si progettano interventi di prevenzione dell'abuso di alcol e di promozione della consapevolezza dei rischi connessi al suo consumo.

Quando si parla, invece, di consumo di sostanze illegali, è importante non riferirsi solo ai concetti sottesi al fenomeno della dipendenza, ma anche richiamare le considerazioni sugli aspetti di sperimentazione propri degli adolescenti con la propensione ad assumere condotte a rischio.

Per questo appare indicato evitare azioni semplicemente informative sulle sostanze e messaggi di tipo allarmistico e proibitivo, in favore di azioni che tendano a rinforzare i fattori protettivi contestuali ed individuali. Dal punto di vista metodologico, inoltre, gli interventi debbono contemplare l'attenzione al livello cognitivo, al livello simbolico/emotivo e a quello relazionale dei destinatari con differenze dei messaggi legati al target e al contesto.

Le azioni di sensibilizzazione e promozione della salute già attive in Regione si collocano in un'area dove si incontrano i progetti su :

- sani stili di vita
- consumo di sostanze psicotrope
- luoghi del divertimento, anche notturno
- sicurezza stradale
- sicurezza negli ambienti di lavoro.

È fondamentale per questo sostenere le attività dove una comunità si responsabilizza intorno al tema degli stili di vita con progetti trasversali, non episodici e che hanno spesso come esito il verificarsi di circuiti virtuosi che attivano le risorse di un territorio. A questo proposito, un cenno va riservato alle sperimentazioni ancora in corso di “Progetti di comunità” che, in fase di valutazione, offriranno spunti interessanti sui punti di forza e di criticità di questo approccio di rete alla prevenzione.

Obiettivi specifici

Vengono articolati tenendo conto dei diversi contesti di relazione in cui calare le attività di promozione della salute, con particolare riguardo al mondo della scuola e dell’extra scuola.

- *Favorire un ambiente di relazioni nella scuola tra giovani ed adulti che promuova il benessere e la salute con attenzione alle diverse classi di età dei giovani.*

Risultati attesi

Condividere con gli Uffici Scolastici una metodologia di lavoro finalizzata ad aumentare il ruolo attivo dei singoli e della comunità nell’influenzare gli stili di vita, potenziare negli studenti le competenze per vivere con l’accompagnamento degli adulti.

Azioni principali

Conoscenza e analisi dei diversi modelli esistenti di intervento preventivo in ambito scolastico; costituzione di tavoli di lavoro nelle scuole; formazione rivolta al personale della scuola in accordo con gli Uffici Scolastici; attuazione di interventi di educazione tra pari e di attività rivolte ai genitori.

Criticità

Motivare gli insegnanti, stipulare accordi con gli Uffici Scolastici, raggiungere i genitori.

Sistema di valutazione

al 31.12.2011: condivisione della metodologia di lavoro con il contesto scolastico (standard:

- evidenza in 3 AUsl di tavoli di lavoro in almeno una scuola a cui siano presenti le diverse componenti del contesto scolastico, studenti, insegnanti, genitori
- evidenza di documenti con l'ufficio scolastico provinciale in almeno due AUsl)

al 31.12.2012: avvio di progetti secondo la metodologia condivisa

(standard: nelle scuole dove sono stati attivati i tavoli di progettazione)

- *Sensibilizzare i cittadini delle diverse classi di età sui fenomeni del consumo di sostanze e i rischi connessi, sulle pressioni sociali sottostanti, favorendo l'adozione di scelte consapevoli per tutelare la propria salute e rispettare quella degli altri.*

Risultati attesi

Condivisione e definizione, nei tavoli distrettuali di programmazione dei piani di zona per la salute e il benessere, delle metodologie di intervento e dei progetti finalizzati al

contenimento dei consumi a rischio e delle condotte ad essi associate nel contesto di vita, nei luoghi del divertimento, alla guida di veicoli, negli ambienti di lavoro.

Azioni principali

Consolidamento e sviluppo degli interventi di prossimità realizzati dagli Enti Locali e dalle aziende sanitarie, condivisione ed attuazione di interventi congiunti con adulti portatori di un ruolo significativo (es. gestori di locali, istruttori di scuola guida, rappresentanti delle Forze dell'Ordine, datori di lavoro, rappresentanti sindacali), organizzazione di azioni infoeducative associate ad eventi sanzionatori.

Criticità

Mantenere il livello di coordinamento tra i diversi attori e i diversi progetti, sostenere i processi di valutazione delle azioni in corso, garantire risorse per il mantenimento delle azioni efficaci.

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011

condivisione delle metodologie di intervento; individuazione e/o predisposizione di strumenti per la rilevazione dei consumi a rischio nei diversi contesti (guida, lavoro); raccolta e lettura dati su scheda regionale delle attività delle Unità di Strada attive nei luoghi del divertimento.

(standard : per i contesti guida e lavoro: evidenza di documenti regionali che indicano ai Servizi le griglie da utilizzare; per il contesto divertimento: report regionale di attività delle Unità di Strada)

- al 31.12.2012

raccolta e lettura dati su scheda regionale delle attività delle Unità di Strada attive nei luoghi del divertimento; raccolta e lettura dei dati provenienti da AUsl ed Enti Locali (standard: per i contesti guida e lavoro: dati di almeno 8 AUsl su 11; per il contesto divertimento: report regionale di attività delle Unità di Strada)

2.3.b I programmi di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili

I risultati del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2009

Il PRP 2005-2009 ha focalizzato l'attenzione sulle politiche vaccinali, e ha previsto l'ampliamento del calendario vaccinale offerto ai nuovi nati e agli adolescenti mediante l'introduzione delle vaccinazioni contro le infezioni invasive batteriche (antipneumococco e antimeningococco C), mantenendo e consolidando i già elevati livelli di copertura raggiunti per tutte le vaccinazioni già previste. Tali obiettivi sono stati raggiunti: vengono chiamati tutti i nuovi nati a partire dal 2006 per la vaccinazione antipneumococcica, tutti i nuovi nati a partire dalla coorte 2005 e gli adolescenti all'età di 14-15 anni per la vaccinazione antimeningococco C; i dati testimoniano il mantenimento di livelli di copertura eccellenti per le vaccinazioni tradizionali, e anche per le nuove non ancora ricomprese a livello nazionale nei Livelli Essenziali di Assistenza. Contestualmente si è provveduto a migliorare dal punto di vista quali-quantitativo la sorveglianza epidemiologica delle malattie invasive batteriche. Quest'ultimo obiettivo, in particolare è stato raggiunto tramite l'identificazione di un Laboratorio regionale di riferimento che, oltre a costituire il secondo livello per i Laboratori periferici, è in grado di siero tipizzare i ceppi isolati.

Inoltre il precedente Piano forniva indicazioni per completare l'attuazione del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita; l'impegno dei Servizi sanitari è stato rilevante, ma le epidemie internazionali occorse degli ultimi anni, che nella regione sono state comunque contenute, hanno comportato un

innalzamento del livello dello standard da raggiungere, che ora è del 95% di copertura vaccinale con 2 dosi. In Emilia-Romagna i dati del 2009 testimoniano l'impegno profuso ma anche i necessari sforzi ulteriori da compiere: la media regionale con una dose al 24° mese è 93,7% (range tra AUsl 87,3 - 97,6); la media regionale con due dosi a 6-7 anni è 90,4 (range 82,0-96,5); la media regionale con una dose a 13 anni è 95,7% (range 92,5-97,8) e con due dosi: 79,7% (range 6,1 – 93,2).

L'obiettivo ambizioso di ridurre al 5% le donne in età fertile suscettibili a rosolia, così come in tutta Italia, è difficilmente misurabile, in quanto non oggetto di rilevazioni routinarie, ma sembra non essere ancora raggiunto: la sorveglianza ad hoc istituita in regione sulle donne che partoriscono ha evidenziato nel 2009 la persistenza di una mancata copertura che si aggira attorno al 10%.

L'obiettivo di ottimizzare il funzionamento delle anagrafi vaccinali è stato perseguito valutando i sistemi informatizzati in uso in tutte le AUsl e disegnando un'anagrafe vaccinale regionale sulla base del tracciato approvato nell'ambito del progetto "Mattoni"; inoltre per quanto riguarda l'antinfluenzale è stato sperimentato durante la pandemia un programma regionale di gestione dei dati individuali di vaccinazioni eseguite dai MMG, PLS e dai Servizi utilizzando il Progetto Sanità On LinE (SOLE).

Per quanto riguarda l'offerta vaccinale alle persone a rischio aumentato e al personale sanitario, le iniziative messe in atto sono ancora oggetto di possibile miglioramento.

Nel corso del 2008 si è aggiunto l'obiettivo di realizzare la campagna vaccinale contro l'HPV e nel 2009 quello di offrire sistematicamente la vaccinazione antivaricella agli adolescenti suscettibili. Il raggiungimento di questi obiettivi è monitorato periodicamente e mostra margini di miglioramento.

Il 13 marzo del 2009 è stata approvata con deliberazione di Giunta regionale n. 256 il documento "Indicazioni alle Aziende sanitarie per promuovere la qualità delle vaccinazioni in Emilia-Romagna", frutto di un lavoro di condivisione tra gli operatori di diversa professionalità del Servizio sanitario regionale.

Tutti i progetti sono stati supportati da iniziative di formazione degli operatori e informazione dei cittadini.

Il problema di salute oggi

Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo più efficace di prevenzione primaria per garantire alla popolazione la scomparsa o il controllo di alcune importanti malattie.

Nella Regione Emilia-Romagna l'attenzione e l'impegno rivolti all'attività vaccinale sono sempre stati molto alti, come testimoniato dai risultati raggiunti nelle coperture, fra le più elevate in Italia, non solo per le vaccinazioni "obbligatorie" ma anche per quelle raccomandate.

Coperture vaccinali (%) in Italia e in Emilia-Romagna. Anno 2009

	Italia*	Emilia-Romagna	
<i>a 24 mesi di età</i>	Polio	96,2	97,3
	Difterite, Tetano	96,2	97,4
	Epatite B	95,8	97,1
	Pertosse	96,0	97,1
	Hib	95,6	96,5
	M-MPR°	89,9	93,7
	Pneumococco		94,3
	Meningococco		93,2
<i>al 31-12-2009</i>	HPV - coorte 1997	53,1	67,6

* Ministero della Salute - dati 2009 - aggiornamento al 14.07.10

° Copertura contro il morbillo attuata con vaccino monovalente (M) o antimorbillo-parotite-rosolia (MPR)

I programmi di vaccinazione si pongono, inoltre, l'obiettivo di contrastare le disuguaglianze attraverso interventi preventivi su patologie maggiormente diffuse tra gli strati di popolazione più svantaggiati garantendo, attraverso l'offerta attiva e interventi mirati su gruppi più fragili, uguale opportunità per i cittadini.

Grazie ai programmi vaccinali, come evidenziato nel profilo di salute della popolazione emiliano-romagnola, la morbosità e la mortalità per malattie infettive prevenibili da vaccino si sono notevolmente ridotte.

Tuttavia, negli ultimi anni la globalizzazione e i cambiamenti climatici hanno determinato l'emergere o il riemergere di malattie infettive rilevanti, anche di quelle trasmesse da vettori.

Per affrontare i nuovi eventi emergenti, questa Regione si è dotata fin dal 2006 di un "sistema di segnalazione rapida" di malattie infettive e eventi epidemici rilevanti (DGR del 7 febbraio 2005 n. 186 e Determinazione del DG Sanità e Politiche Sociali del 16 febbraio 2006 n. 1925); le emergenze che via via si sono succedute (Chikungunya, West Nile, influenza A/H1N1, morbillo, malattie invasive batteriche etc) sono state gestite con tempestività anche grazie a questo sistema di sorveglianza.

Tutte le emergenze sono state affrontate sempre con Piani integrati di sorveglianza e controllo e con una valutazione periodica delle azioni messe in campo. Nello specifico ci si riferisce a:

- il "Piano Regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale" del 2007 (DGR del 2 luglio 2007 n. 975),
- il "Piano per la lotta alla zanzara tigre e la prevenzione della Chikungunya e della Dengue" del 2008 (DGR del 3 marzo 2008 n. 280 e successivi aggiornamenti annuali,
- il "Piano straordinario di sorveglianza di West Nile Disease (WND) in Emilia-Romagna" del 2008 (nota del DG Sanità e Politiche Sociali del 23 settembre 2008 n. 219193 con aggiornamenti annuali.

L'esperienza maturata nella Regione è stata riconosciuta a livello ministeriale anche con l'assegnazione di un finanziamento nell'ambito dei progetti CCM finalizzato a definire una proposta nazionale su "Sorveglianza della febbre Chikungunya e altre malattie trasmesse da artropodi"; tale progetto ha già dato frutti importanti poiché le Regioni partecipanti si sono dotate di un proprio piano coerente con le indicazioni definite nel documento operativo prodotto.

I piani regionali di sorveglianza e controllo comportano una stretta collaborazione tra le Aziende sanitarie, l'Istituto Zooprofilattico della Lombardia e dell'Emilia-Romagna, gli Enti locali e la Regione al fine di sorvegliare e attuare gli interventi necessari o opportuni nei tempi più rapidi possibili.

Inoltre, sono state affrontate altre patologie, quali la legionellosi, la leishmaniosi e tematiche infettive in diversi setting, come gli istituti penitenziari e le attività per tatuatori e piercer.

Si fa notare come la trasmissibilità di molte malattie infettive evoca ancora oggi antiche paure, che non favoriscono l'adozione di misure di prevenzione razionali e adeguate. L'aumento della popolazione immigrata, la vulnerabilità diversa in differenti gruppi etnici e le tematiche ancora attuali legate alla indispensabile integrazione hanno accentuato le disuguaglianze. Pertanto occorre intervenire per garantire a tutti i livelli l'adozione di misure universali ritenute efficaci sulla base dell'evidenza scientifica, migliorando i programmi di sanità pubblica, garantendo sorveglianze e interventi tempestivi, sia nella fase di individuazione, sia nell'accesso alle cure e ai percorsi assistenziali, assicurando l'integrazione operativa tra tutti i professionisti coinvolti nella gestione di epidemie e casi clinici, a seconda delle diverse patologie (es. veterinari, entomologi, esperti in igiene degli alimenti, laboratoristi, clinici e operatori della sanità pubblica); va sottolineato inoltre che per le malattie da vettore è indispensabile assicurare una rete di collaborazione con gli EE.LL. per mettere in atto tempestive misure di disinfezione.

Le infezioni correlate all'assistenza e il fenomeno dell'antibioticoresistenza rappresentano due rischi rilevanti per la sanità pubblica, perché sono frequenti, hanno un elevato impatto clinico e economico e perché sono contrastabili con l'adozione di misure di provata efficacia.

La Regione Emilia-Romagna ha attivato da diversi anni un programma mirato a assicurare il governo delle infezioni correlate all'assistenza in ciascuna Azienda Sanitaria. In particolare, il programma prevede:

- l'attivazione di programmi di controllo in tutte le Aziende sanitarie, caratterizzati da un piano con obiettivi di breve e medio periodo, strumenti efficaci per raggiungerli, risorse specificamente dedicate (Comitato di controllo delle infezioni e figure mediche e infermieristiche dedicate al coordinamento delle attività);
- il lavoro in rete coordinato a livello regionale;
- strumenti e metodologie per la individuazione e valutazione dei rischi (sorveglianza dell'antibiotico-resistenza, delle epidemie e eventi sentinella, delle infezioni del sito chirurgico, delle infezioni in terapia intensiva);
- la promozione dell'adozione di misure assistenziali che si sono dimostrate efficaci a ridurre il rischio (definizione, diffusione e implementazione di linee guida, programmi di audit nelle aree maggiormente a rischio). Parallelamente sono stati attivati progetti per promuovere l'uso prudente di antibiotici in ambito territoriale e sono in via di attivazione programmi più specificamente mirati all'ambito ospedaliero.

La Regione ha inoltre coordinato diversi progetti nazionali mirati a promuovere l'armonizzazione delle politiche regionali per quanto concerne la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza nell'ambito di progetti finanziati dal CCM (Progetto INFOSS e Progetto Sicurezza del paziente: il rischio infettivo I e II).

Gli obiettivi generali di salute

L'obiettivo di prevenire e contenere la diffusione di malattie infettive verrà perseguito attraverso la realizzazione di programmi di vaccinazione, il miglioramento dei sistemi

di sorveglianza, l'adozione diffusa di misure efficaci di controllo collettive e individuali, e lo sviluppo delle capacità individuali di prevenzione e contrasto alla diffusione delle malattie infettive.

I progetti costitutivi del programma di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili sono:

- miglioramento dei sistemi informativi delle malattie infettive e delle vaccinazioni
- i programmi di vaccinazione
- controllo delle malattie socialmente rilevanti (TB, malattie da HIV e altre infezioni a trasmissione sessuale, Malattie Invasive Batteriche - MIB -, MTA e malattie a circuito fecale-orale, nonché zoonosi)
- sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da vettori
- le infezioni correlate all'assistenza sanitaria e sociosanitaria e prevenzione dell'antibioticoresistenza

PROGETTO 1 Miglioramento dei sistemi informativi delle malattie infettive e delle vaccinazioni

I sistemi informativi necessari per registrare le attività svolte e valutare i risultati conseguiti saranno perfezionati attraverso una revisione e sistematizzazione dei diversi flussi informativi esistenti relativi alle diverse malattie (alert, MIF, sorveglianze speciali distinte per patologia...) e attraverso una unificazione dei sistemi di registrazione delle vaccinazioni effettuate e delle eventuali reazioni avverse.

Le azioni previste sono la costruzione di un nuovo sistema informativo delle malattie infettive web based, che garantisca tempestività, flessibilità, adeguamento alle nuove classificazioni europee delle malattie, possibilità di integrazione con altri flussi e che comprenda moduli specifici per le sorveglianze speciali, inclusa la rete dei laboratori per patologie selezionate quali le forme invasive batteriche e la tubercolosi. Tale strumento è fondamentale per monitorare il processo e gli esiti dei programmi messi in atto.

Inoltre verrà realizzata l'anagrafe vaccinale regionale informatizzata che permetterà di mettere in relazione i dati con quelli di banche dati che contengono informazioni sulle malattie e di inserire direttamente nella cartella clinica informatizzata del MMG e PLS lo stato vaccinale di ogni assistito; questo intervento si completerà con la messa a regime del sistema "SOLE" per la registrazione delle vaccinazioni da parte dei MMG e PLS.

Per quanto riguarda la sorveglianza delle reazioni avverse a vaccino, già da tempo la Regione analizza e produce report periodici sulle vaccinazioni dell'infanzia. Per aumentare ulteriormente la qualità del sistema di sorveglianza si prevede di costituire un gruppo interregionale (in collaborazione con la Regione Veneto) di esperti per la valutazione delle reazioni avverse a vaccino assicurando la predisposizione di un report periodico, rivolto agli operatori sanitari anche per le vaccinazioni degli adulti.

Destinatari di questo progetto sono i referenti per le vaccinazioni dei servizi aziendali, CED aziendali, operatori dei servizi regionali coinvolti, operatori CUP 2000, referenti per la farmacovigilanza del Sistema sanitario regionale.

Un possibile criticità che potrebbe non consentire una piena funzionalità dei nuovi sistemi informativi è individuabile nell'assenza nei data-base locali di alcune informazioni (a es. categoria di rischio per le vaccinazioni) e dei dati vaccinali informatizzati per anni precedenti. Inoltre, per quanto riguarda le reazioni avverse,

una disomogenea raccolta delle informazioni e una sottovalutazione dell'importanza delle segnalazioni può costituire una criticità del sistema.

Il sistema di valutazione circa la realizzazione dei nuovi sistemi informativi prevede:

- entro il 2011 disponibilità di una versione di test del software e nel 2012 applicazione in tutte le Aziende sanitarie e a livello regionale
- calcolo delle coperture vaccinali a livello regionale relativamente all'anno 2011 per le diverse coorti di nascita nei bambini e per l'antinfluenzali in riferimento a alcune categorie di rischio
- possibilità di record-linkage tra dati vaccinali, quelli delle malattie infettive e reazioni avverse a vaccino, nonché con gli screening dei tumori del collo dell'utero
- numero di medici che usano il sistema informatizzato per le vaccinazioni antinfluenzali
- produzione di un report annuale sulle reazioni avverse a vaccino
- istituzione del gruppo regionale sulle reazioni avverse a vaccino

PROGETTO 2 I programmi di vaccinazione

Questo progetto è finalizzato a tre obiettivi specifici:

- mantenere e consolidare i livelli di copertura raggiunti nell'infanzia per tutte le vaccinazioni attualmente previste dal calendario regionale, compreso le nuove vaccinazioni contro le infezioni invasive batteriche
- migliorare le coperture per la vaccinazione contro l'HPV e quelle delle persone a rischio aumentato per patologia o condizione professionale
- promuovere la qualità delle vaccinazioni.

Le azioni principali variano a seconda del target cui è destinato lo specifico intervento vaccinale. Il consolidamento delle coperture vaccinali nell'infanzia, con particolare attenzione al tema delle disuguaglianze, comporta necessariamente il coinvolgimento di associazioni di immigrati e di donne migranti per migliorare la loro adesione consapevole, nonché la sensibilizzazione dei MMG, PLS e ai Medici ospedalieri attraverso specifici incontri di formazione e della popolazione per promuovere la cultura delle vaccinazioni, anche mediante l'elaborazione di materiale informativo e l'attuazione di una nuova campagna informativa rivolta in particolare alla vaccinazione contro l'HPV. Verranno sviluppate iniziative per aumentare le capacità del personale sanitario nello svolgere un'attività di counselling per scelte consapevoli. Inoltre per favorire un'alta copertura vaccinale nelle donne in età fertile saranno elaborati protocolli per assicurare direttamente in ospedale la vaccinazione antirosolia dopo il parto. Per supportare gli interventi vaccinali su gruppi a rischio per patologia, saranno implementati specifici registri per patologia.

Per quanto riguarda il tema della qualità, obiettivo trasversale a tutto il progetto, occorre supportare e verificare l'applicazione in tutte le AUSL delle indicazioni regionali fornite per promuovere la qualità delle vaccinazioni, affinché entro il 2011 sia garantita maggior omogeneità nell'erogazione del servizio con standard qualitativi elevati. Sarà pertanto realizzato un sistema di valutazione interno e esterno ai servizi per verificare l'attuazione delle misure adottate.

I destinatari degli interventi previsti sono:

- personale sanitario dei centri vaccinali (Igiene e Pediatria di Comunità), MMG e PLS, Medici e personale sanitario ospedaliero (in particolare dei reparti che seguono i pazienti con patologie croniche, i ginecologi e le ostetriche), i consultori

familiari e gli spazi giovani, le direzioni sanitarie e le U.O. impegnate nella comunicazione

- società scientifiche,
- mediatori culturali, associazioni immigrati e donne migranti,
- popolazione.

Le principali criticità che ostacolano il pieno raggiungimento di questi obiettivi sono ascrivibili a due ambiti: l'erogazione del servizio e l'adesione della popolazione. In particolare si evidenziano come problematiche:

- la scarsa collaborazione da parte di medici (MMG, ginecologi e ostetriche, altri specialisti ospedalieri), diffidenza da parte di alcuni sulle nuove vaccinazioni;
- la presenza di movimenti auto-organizzati che si oppongono a tutte le vaccinazioni e forniscono informazioni fuorvianti alla popolazione rispetto alla sicurezza e all'efficacia delle vaccinazioni.

Il sistema di valutazione si alimenta su dati di flussi correnti e si basa sui seguenti indicatori di risultato e relativi standard:

- Coperture per le vaccinazioni obbligatorie per l'infanzia $\geq 95\%$ in tutti gli anni
- Coperture per le vaccinazioni raccomandate per l'infanzia $\geq 95\%$ almeno nell'80% della popolazione regionale nel 2012
- Coperture antimeningococco a 14-16 anni $> 80\%$ nel 2012
- Copertura per la vaccinazione anti-HPV $\geq 80\%$ nel 2012
- Coperture antipneumococco bambini a rischio per patologia $\geq 65\%$ nel 2012
- Copertura antinfluenzale personale sanitario $> 35\%$ nel 2011 e 2012
- % delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia $\leq 5\%$ nel 2012 (anche verificato nel sottogruppo delle donne immigrate)
- Numero di ambulatori vaccinali adeguati per qualità $> 95\%$ nel 2012
- Grado di soddisfazione dell'utenza elevato ($> 95\%$ buono o ottimo nel 2012)

PROGETTO 3 Controllo delle malattie socialmente rilevanti

La Regione è da tempo impegnata per migliorare i sistemi di sorveglianza, migliorare le capacità diagnostiche dei laboratori creando anche punti di riferimento regionali, effettuare diagnosi tempestive, metter in atto misure di controllo efficaci.

I principali obiettivi di controllo delle malattie socialmente rilevanti (TB, malattie da HIV e altre infezioni a trasmissione sessuale, malattie invasive batteriche, MTA e malattie a circuito fecale-orale nonché zoonosi) riguardano pertanto un ulteriore miglioramento nel contrasto delle disuguaglianze e nella creazione di una rete integrata di laboratori di microbiologia per patologie umane, disegnando anche collegamenti strutturati con i laboratori veterinari e ambientali.

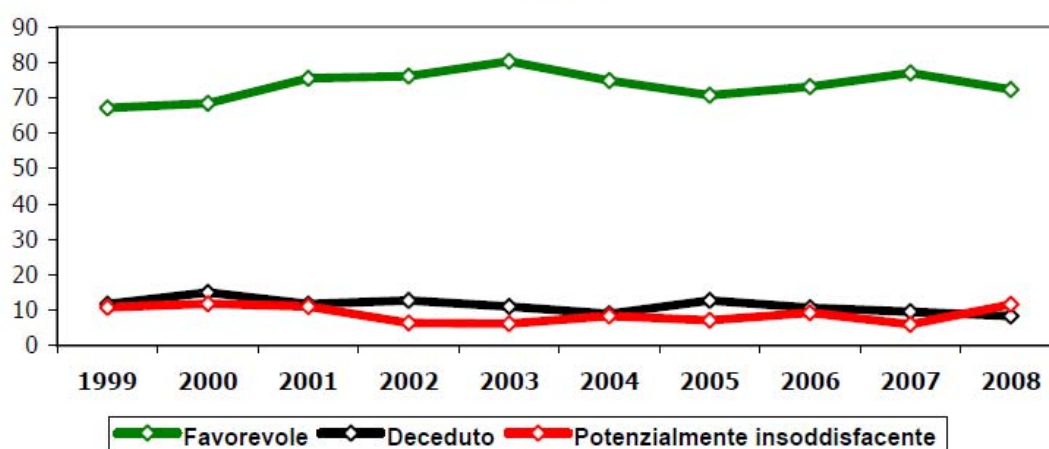
Obiettivi specifici

- miglioramento della proporzione di casi di tubercolosi e di contatti a rischio trattati correttamente
- consolidamento del sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV e progettazione di un sistema più complessivo sulle malattie a trasmissione sessuale,
- miglioramento della qualità della diagnosi delle malattie invasive batteriche rilevanti per la sanità pubblica e consolidamento del sistema di sorveglianza
- miglioramento della sorveglianza dei focolai di Malattie Trasmesse da Alimenti-MTA e delle malattie a trasmissione oro-fecale

- *Miglioramento della proporzione di casi di tubercolosi e di contatti a rischio trattati correttamente*

Da anni la Regione Emilia-Romagna, impegnata nella sorveglianza, prevenzione e controllo della malattia tubercolare, ha ottenuto nel tempo miglioramenti rilevanti soprattutto nella sorveglianza della malattia, mantenendo l'adesione al trattamento - che è assai lungo e necessita di uno stretto monitoraggio sulla corretta assunzione della terapia anche per evitare insorgenza di resistenze ai farmaci specifici - stabile nel tempo, nonostante l'aumento di popolazione fragile e difficilmente raggiungibile con sistemi tradizionali.

**Tubercolosi con interessamento polmonare.
Sorveglianza esito fine trattamento per anno di notifica.
Emilia-Romagna, 1999-2007**



La Regione, inoltre, per il tramite dell'Agenzia sanitaria e sociale coordina un progetto nazionale di miglioramento della sorveglianza della tubercolosi..

Nel corso del nuovo Piano ci si propone di migliorare la qualità diagnostica dei laboratori di micobatteriologia e di ridurre ulteriormente la probabilità di diffusione della malattia tubercolare migliorando il follow-up dei casi di tubercolosi in terapia presso i Centri regionali e la sorveglianza dei contatti a rischio attraverso un adeguato follow up dei cicli di terapia dell'infezione o della sorveglianza clinica.

Risultati attesi

- riorganizzazione della rete dei laboratori
- aumento della proporzione di esiti favorevoli del trattamento (guarigione o completamento della terapia)
- aumento della proporzione di contatti che completa la terapia o il percorso di sorveglianza clinica, in modo da ridurre il rischio di evoluzione in malattia.

Per raggiungere questi obiettivi si organizzeranno iniziative formative per aumentare le capacità diagnostiche e di counselling dei clinici, con particolare attenzione ai MMG e PLS, e degli operatori; si miglioreranno ulteriormente i percorsi diagnostici e assistenziali (accesso a analisi chimico-cliniche e esami strumentali, sistema di prenotazione visite, consegna farmaci, Assistenza Domiciliare Integrata-ADI per la DOT- Terapia Direttamente Osservata, supporto sociale...). Inoltre sarà predisposto

un programma informatizzato di gestione dei casi e dei contatti a rischio (fruibile dai Dipartimenti di Sanità Pubblica e dagli ambulatori specialistici in rete locale).

Destinatari degli interventi sono pneumologi, infettivologi, pediatri, assistenti sanitari, medici igienisti, infermieri, assistenti sociali, farmacisti, tutti operanti nelle Aziende sanitarie; assistenti sociali e associazioni dei mediatori culturali, coinvolti nella gestione dei casi e dei contatti secondo le raccomandazioni regionali e le procedure aziendali applicative.

Per raggiungere una popolazione sempre più multietnica, portatrice di valori e usi diversi, occorre essere efficaci nel contrastare le resistenze al cambiamento di parte degli operatori sanitari e sociali che non possono che essere flessibili nell'accompagnare le persone malate o infette nel percorso assistenziale e terapeutico. Anche le strutture organizzative degli ambulatori pneumologici/infettivologici/di sanità pubblica individuati per il follow up devono curare con elasticità la gestione degli appuntamenti e degli esami e avere disponibilità di mediatori culturali.

Per quanto riguarda il sistema di valutazione dei risultati esistono da tempo flussi correnti, indicatori di risultato e relativi standard; se ne riportano di seguito i principali:

Sistema di valutazione

- esiti favorevoli della terapia dei casi $\geq 80\%$
- casi con esito della terapia sfavorevole (persi al follow up, in terapia al 12° mese): $< 10\%$
- contatti a rischio individuati che eseguono la prima visita: $\geq 90\%$,
- - sperimentazione di indicatori aggiuntivi quali: contatti per cui è prevista la terapia dell'infezione latente che terminano la terapia e contatti per cui non è prevista la terapia dell'infezione latente che terminano la sorveglianza di 2 anni
- presenza di sistema informatizzato per il follow up dei casi e dei contatti in rete locale.

- *Consolidamento del sistema di sorveglianza regionale dell'infezione da HIV e progettazione di un sistema più complessivo sulle malattie a trasmissione sessuale*

Già dal 2009 la Regione ha organizzato presso il Servizio Sanità pubblica regionale un Osservatorio regionale su HIV-AIDS che, oltre ai tradizionali dati sulla malattia, ha iniziato, con il supporto di tutte le U.O di malattie infettive delle Aziende sanitarie e delle U.O di pediatria di Parma e Bologna, a monitorare tutti le nuove diagnosi di sieropositività HIV. Sono stati raccolti anche i dati a partire dal 2006 e sono state predisposte elaborazioni epidemiologiche periodiche.

Nel corso del nuovo Piano della prevenzione si continuerà l'attività di gestione dell'Osservatorio e il supporto per indagini più specifiche. Inoltre si curerà, in collaborazione con l'Area rischio infettivo dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, la progettazione di un sistema di sorveglianza regionale sulle malattie a trasmissione sessuale (sifilide, gonorrea, epatiti virali, HPV, malattie da Clamidia, Tricomonas, Herpes....) a partire dalla predisposizione di una indagine presso le Aziende sanitarie sui centri che si occupano di malattie a trasmissione sessuale e dalla verifica dei sistemi informativi correnti (laboratori, specialistica, ricoveri, farmaceutica).

Destinatari degli interventi sono i centri clinici e di laboratorio di riferimento delle Aziende sanitarie, la Commissione regionale AIDS, che comprende anche le Associazioni di volontariato

Sistema di valutazione

- Report annuale sullo stato dell'infezione HIV-AIDS
- Indagine presso le Aziende sanitarie sui centri e sull'attività erogata per la diagnosi di malattie a trasmissione sessuale nel 2011

▪ *Miglioramento della qualità della diagnosi delle malattie invasive batteriche (MIB) rilevanti per la sanità pubblica*

Come già detto la Regione ha organizzato un sistema di sorveglianza delle MIB prevenibili con vaccinazione (MIB da meningococco, emofilo, pneumococco) e delle MIB a trasmissione alimentare (MIB da listeria) per monitorare l'impatto delle nuove vaccinazioni introdotte. Si tratta ora di migliorare ulteriormente la completezza e la qualità della diagnosi, con l'obiettivo di ridurre le MIB con agente eziologico non identificato, e assicurare la tipizzazione di meningococco, emofilo, pneumococco, listeria in un numero più elevato di campioni.

A tal fine si perfezionerà il data base regionale unitario, con dati clinico-epidemiologici e di laboratorio, e si verificherà il regolare invio degli isolati e dei liquor negativi alla coltura al laboratorio di riferimento regionale per una diagnosi approfondita.

Destinatari di questo obiettivo specifico sono i clinici, i laboratoristi e gli operatori dei Servizi di Igiene e sanità pubblica addetti al controllo delle malattie infettive

Le principali criticità sono rappresentati da un lato dalla non ancora sufficiente sensibilità dei clinici a segnalare i casi da loro seguiti ai Dipartimenti di sanità pubblica, dall'altro dal fatto che non sempre vengono inviati o è possibile inviare al laboratorio di riferimento regionale i ceppi isolati per la tipizzazione.

Sistema di valutazione

- % di segnalazioni di MIB con agente patogeno identificato: $\geq 90\%$ nel 2011 e 2012
- n. di ceppi di pneumococco isolati inviati al laboratorio di riferimento regionale per la tipizzazione: $\geq 90\%$ nel 2012
- n. di ceppi di meningococco isolati che vengono tipizzati: 100% nel 2011 e 2012
- n. di ceppi di emofilo isolati che vengono tipizzati: 100% nel 2011 e 2012

▪ *Miglioramento della sorveglianza dei focolai di Malattie Trasmesse da Alimenti-MTA e malattie a circuito oro-fecale nonché delle zoonosi.*

Le zoonosi e in particolare le MTA costituiscono ancora oggi un problema di sanità pubblica, sia perché legate a reali conseguenze di salute, sia per il forte impatto sull'opinione pubblica. In Emilia-Romagna sono stati predisposti da diversi anni Piani di controllo e sorveglianza di queste malattie, che coinvolgono in particolare gli allevamenti animali; questi sistemi di sorveglianza consentono l'integrazione dei dati raccolti lungo tutta la filiera alimentare con i dati relativi ai casi umani. Tuttavia emergono a volte carenze in questa integrazione, in particolare relativamente ai dati di tipizzazione degli agenti zoonotici isolati nell'uomo e ai ritardi nella comunicazione degli esiti delle indagini epidemiologiche dei casi umani e degli esiti in matrici animali. È necessaria una implementazione delle capacità diagnostiche cliniche e laboratoristiche delle malattie a circuito oro-fecale e focolai di MTA, nonché il miglioramento delle capacità di analisi epidemiologica nei focolai di MTA da parte degli operatori

I risultati attesi sono principalmente rappresentati dal miglioramento delle diagnosi eziologiche di MTA e di zoonosi, dalla identificazione di laboratori di riferimento a livello regionale e di percorsi chiari e strutturati per il conferimento dei campioni per la ricerca di batteri, virus e parassiti, dal miglioramento della qualità dei dati raccolti attraverso le indagini epidemiologiche al fine di formulare ipotesi epidemiologiche più corrette.

Per raggiungere questi risultati, le azioni principali sono rappresentate da:

- formazione dei clinici al sospetto di germi emergenti nell'eziologia delle MTA e altre zoonosi
- rafforzamento della capacità diagnostica verso un maggiore numero di batteri-virus-parassiti anche emergenti sospettati in base all'indagine epidemiologica, nonché della capacità diagnostica di tipizzazione
- formazione degli operatori dei Servizi coinvolti
- elaborazione di un report regionale che integri le diverse fonti informative (relative a casi clinici, alimenti e popolazione animale)

I destinatari sono rappresentati dai clinici (PS, infettivologi, MMG, PLS), laboratori di microbiologia-virologia-parassitologia, operatori del DSP (igienisti, tecnici della prevenzione, assistenti sanitari, veterinari).

Sistema di valutazione

- % di agenti eziologici coinvolti nelle MTA diagnosticabili in uno o più Laboratori di riferimento: $\geq 90\%$ nel 2012
- tipizzazione delle Salmonelle isolate (sia da casi sporadici che appartenenti a focolai) in loco o con invio al/ai Laboratori di riferimento regionale: $\geq 90\%$ nel 2012
- % di schede di sorveglianza su episodi di MTA compilate in modo completo: $\geq 80\%$ nel 2011 e \geq nel 2012
- individuazione del veicolo responsabile (individuato dall'indagine epidemiologica) nelle MTA con svolgimento dell'indagine: $\geq 80\%$ in entrambi gli anni
- focolai di MTA da agente patogeno non identificato $\leq 20\%$ in entrambi gli anni
- realizzazione di un report regionale annuale sulle MTA.

PROGETTO 4 Sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da vettori

A livello mondiale stiamo assistendo al rapido modificarsi di equilibri bio-geografici consolidati che aprono nuove situazioni di rischio ecologico e sanitario. In particolare nel campo della epidemiologia delle malattie a trasmissione vettoriale si deve prestare particolare attenzione ai nuovi scenari, cercando di individuare le aree di maggiore sensibilità e le idonee misure di prevenzione commisurate al rischio aumentato di trasmissione di agenti patogeni attraverso le punture di artropodi.

Da questo punto di vista è rilevante che in data 23 maggio 2005 l'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA) abbia adottato il nuovo Regolamento Internazionale di Sanità (IHR) che definisce in maniera specifica le misure di protezione della sanità pubblica a livello mondiale. In questo ambito gli Stati membri dell'OMS devono dotarsi delle idonee strutture e capacità di sorveglianza in particolare nei porti e aeroporti internazionali (vedi www.eurosurveillance.org/em/v11m12).

Tra le malattie di carattere epidemico vettoriale che meritano attenzione vengono citate la febbre gialla, le febbri virali emorragiche, la febbre West Nile (WN).

Questo tema appare particolarmente rilevante e di attualità in Emilia-Romagna che dal 2007 ha gestito operativamente 2 importanti epidemie di malattie da vettore:

Chikungunya in Romagna nel 2007 e WN in ampie zone della pianura emiliana nel 2008-2009.

Fin dal 2007 la Regione ha attivato un processo di integrazione tra professionalità diverse che ha consentito di affrontare queste emergenze sanitarie in modo efficace e tempestivo approvando con DGR 1326/2007 un progetto di potenziamento degli aspetti organizzativi e gestionali in riferimento all'entomologia sanitaria.

Obiettivi specifici

- contenere la diffusione delle malattie trasmesse da vettore già endemiche nel territorio regionale con particolare riferimento a WN e Leishmaniosi;
- ridurre la probabilità che patologie da importazione diano luogo a focolai autoctoni.

Azioni principali

Il raggiungimento degli obiettivi prefissati richiede obbligatoriamente un forte coordinamento fra tutti gli attori interessati in una prospettiva fortemente multidisciplinare. In particolare l'esperienza dell'Emilia-Romagna dimostra l'efficacia di un sistema integrato in cui è garantito l'apporto professionale di medici, veterinari, entomologi, epidemiologi e laboratoristi.

In questa logica si tende a consolidare i sistemi integrati di sorveglianza già in atto e a implementare quelli che si rendessero necessari a seguito di casi importati di malattie da vettore.

Questi sistemi di sorveglianza si basano su due aspetti: la sorveglianza del vettore e la sorveglianza sulla circolazione dell'agente patogeno. Nell'attuazione del presente progetto si opererà quindi per:

- favorire il ricorso a accertamenti di laboratorio e ampliare le metodiche diagnostiche sia in ambito clinico che di ricerca, distinguendo tra accertamenti relativi a malattie per le quali il riferimento regionale è stato individuato nel Centro di Riferimento Regionale per le Emergenze Microbiologiche (CRREM)(vedi anche il cap. 2.3.h "Le emergenze di Sanità pubblica") e altre che vengono diagnosticate nei Laboratori delle Aziende sanitarie. Per queste, dopo la definizione degli accertamenti che possono essere decentrati, si dovrà procedere a una valutazione degli standard di esecuzione;
- mantenere attive le sorveglianze entomologiche già implementate in modo sistematico (Culicidi); potenziare le conoscenze sulle specie di zecche presenti nel territorio definendone la relativa diffusione; attivare sorveglianze ad hoc per tenere sotto controllo l'eventuale introduzione nel territorio di nuovi vettori;
- proseguire nelle attività già in essere sulla sorveglianza della circolazione dei patogeni in ospiti animali: popolazione canina per Leishmania e equidi e uccelli quali serbatoio di WN virus.

Relativamente ai casi di malattia nell'uomo dovranno essere mantenuti attivi il sistema di segnalazione rapida degli eventi epidemici e eventi sentinella, se del caso estendendolo a altre patologie, e il sistema di risposta rapida.

Nella consapevolezza che la presenza nel territorio di malattie da vettore è soggetta a possibili rapide trasformazioni relativamente alla circolazione e presenza di agenti patogeni e vettori, costringendo i Servizi a tempestivi adeguamenti, ci si propone di predisporre protocolli di intervento, per la gestione delle emergenze che via via si presentano, e di terapia e profilassi per singola malattia.

Come azione trasversale al raggiungimento degli obiettivi verranno predisposti strumenti di comunicazione calibrati sul target da raggiungere, di tipo tecnico o divulgativo a seconda delle esigenze.

I risultati attesi

Tra i risultati attesi si evidenzia la predisposizione e attuazione degli specifici Piani di controllo per Chikungunya, Dengue, WND e leishmaniosi a cui si correla la disponibilità di una tempestiva diagnosi clinica e il miglioramento quali-quantitativo delle diagnosi di laboratorio.

Sullo sfondo si definisce quale risultato atteso la capacità di gestire in modo efficace e efficiente un eventuale evento epidemico che dovesse verificarsi.

I destinatari

Medici clinici, MMG e PLS, operatori di sanità pubblica (igienisti, veterinari, AA.SS.), laboratoristi, epidemiologi, entomologi, popolazione generale.

Le criticità

Si sottolineano come critiche le difficoltà diagnostiche legate a malattie comunque poco frequenti e con sintomatologia poco specifica, da mettere in diagnosi differenziali su un ampio spettro di cause possibili. Inoltre il sistema di sorveglianza integrato che ci si propone di mantenere attivo e potenziare è un sistema costoso e il cui risultato può non essere immediatamente commisurato alle risorse investite.

Il sistema di valutazione

- % di casi, anche solo sospetti, di Chikungunya, Dengue, WND segnalati al DSP entro le 24 ore $\geq 80\%$ al 31/12/2011 e $\geq 90\%$ al 31/12/2012
- % di casi sospetti di Chik, Dengue, WND con invio dei campioni al CRREM = 100%
- % di casi, sospetti o confermati, di Chik, Dengue, WND per i quali è stato attivato il controllo ambientale e/o la disinfestazione secondo le indicazioni dei Piani regionali $\geq 95\%$
- % di casi di leishmaniosi autoctona per i quali è stata attivata la ricerca sul serbatoio = 75%
- Disponibilità di diagnosi laboratoristiche di qualità per borreliosi di Lyme, febbre bottonosa, leishmaniosi, a supporto di tutte le Aziende sanitarie
- Operatività su tutta la regione del sistema di sorveglianza di *Aedes albopictus* con significatività a livello provinciale (Valutazione SI/NO)
- Operatività sulla parte di territorio regionale interessata da circolazione WNV del sistema di sorveglianza Culicidi in ambito rurale (Valutazione SI/NO)
- Disponibilità e diffusione degli strumenti di informazione

PROGETTO 5 Le infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e la prevenzione dell'antibioticoresistenza

Una recente indagine condotta a livello nazionale ha evidenziato come la Regione Emilia-Romagna sia una delle regioni più attente al problema delle infezioni correlate all'assistenza: utilizzando un punteggio, utile a valutare la diffusione delle principali attività di sorveglianza e controllo nelle Aziende sanitarie, è emerso che la media del punteggio nella Regione Emilia-Romagna è pari a 73/100, più elevata del 26% rispetto alla media nazionale. Tuttavia, è necessario continuare a lavorare per rafforzare sempre di più la capacità del Servizio Sanitario Regionale di governare questo problema, migliorando ed estendendo i sistemi di sorveglianza specifici, promuovendo pratiche assistenziali *evidence-based*, individuando indicatori utili a monitorare nel tempo i risultati raggiunti.

Per quanto concerne la prevenzione e controllo dell'antibioticoresistenza, la Regione si è dotata ormai da alcuni anni di un sistema di sorveglianza di popolazione che è alimentato da tutti i laboratori dei presidi ospedalieri pubblici. Questo sistema, unico in

Italia per estensione geografica e ricchezza informativa, continua a evidenziare un progressivo aumento della frequenza di infezioni antibiotico-resistenti, soprattutto in ambito ospedaliero e nelle strutture residenziali per anziani. Analogamente, i consumi di antibiotico in ambito ospedaliero e in ambito territoriale (ad eccezione che in età pediatrica) sono in continuo e progressivo aumento. Sembra, quindi, necessario e urgente porsi l'obiettivo di interventi mirati a ridurre l'uso inappropriato di antibiotici in persone ricoverate in strutture ospedaliere per acuti o in strutture territoriali di lungodegenza.

Obiettivi specifici

Consolidare i programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero

- Avviare programmi di controllo di queste infezioni e dell'uso di antibiotici nelle strutture residenziali per anziani
- Avviare programmi di intervento per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ospedale

Le azioni principali

Per consolidare e sviluppare le funzioni aziendali di gestione del rischio infettivo verranno promosse e monitorate in tutte le Aziende sanitarie della Regione le seguenti azioni:

- formulazione/aggiornamento periodico del piano di gestione del rischio infettivo nell'ambito del piano-programma di gestione del rischio e di un report annuale con indicati i problemi evidenziati, le iniziative avviate e i risultati raggiunti;
- consolidamento delle attività di sorveglianza, con particolare riguardo ai sistemi regionali di sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza-ICA (Sistema di segnalazione rapida di epidemie e degli eventi sentinella, sorveglianza in chirurgia-SIChER, sorveglianza in terapia intensiva-SITIER), interfacciandosi attivamente con le articolazioni coinvolte e monitorando i flussi informativi;
- sviluppo di progetti aziendali mirati a promuovere la sicurezza in aree prioritarie: igiene delle mani, precauzioni di isolamento, gestione dei pazienti esposti alle procedure invasive più frequenti (catetere urinario e cateteri intravascolari), profilassi antibiotica peri-operatoria anche in relazione alle indicazioni DGR 1796/09;
- conduzione di programmi di formazione sul rischio infettivo che coinvolgano capillarmente anche i nuovi assunti.

I piani programma aziendali di gestione del rischio infettivo in ambito sanitario e socio-sanitario dovranno includere il tema della prevenzione e controllo della legionellosi in relazione anche alle indicazioni della DRG 1115/08.

Verranno, inoltre, avviate attività di sorveglianza e controllo delle infezioni e dell'uso di antibiotici nelle strutture residenziali anche attraverso la partecipazione ai progetti europei di sorveglianza promossi dall'ECDC.

Verranno proseguite e ulteriormente implementate le azioni mirate a promuovere l'uso appropriati di antibiotici in ambito territoriale, con particolare riguardo alle infezioni delle alte vie respiratorie in età pediatrica (Progetto ProBA) e alle infezioni delle vie urinarie negli adulti.

Per promuovere l'uso prudente di antibiotici in ospedale, è necessario favorire in tutte le Aziende sanitarie della Regione un'attenzione specifica al problema e avviare progetti di miglioramento in alcune aree selezionate. In particolare, verranno promosse e monitorate in tutte le Aziende sanitarie della Regione le seguenti azioni

- attivazione di un programma specificamente dedicato, che individui le principali aree di uso inappropriato (indicazioni, modalità di somministrazione) e definisca un piano di attività per promuovere l'uso appropriato (priorità, interventi, modalità di valutazione),
- predisposizione in ciascuna Azienda di una procedura aziendale per la profilassi antibiotica in chirurgia e conduzione di programmi di audit per verificarne l'applicazione.

I destinatari

Direzioni Sanitarie delle Aziende, Responsabili aziendali Gestione del rischio clinico, Responsabili Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza, Servizi di farmacia ospedaliera, specialisti in malattie infettive, microbiologi, personale sanitario.

Indicatori di risultato

Per quanto concerne la gestione del rischio infettivo in ambito ospedaliero e nelle strutture residenziali, gli indicatori sono:

- Invio a livello regionale dei dati rilevati in ciascuna Azienda sanitaria nell'ambito del sistema di sorveglianza delle terapie intensive (SITIER) (100% delle Aziende che soddisfano il criterio) (entro il 31/12/2012)
- Partecipazione al sistema di sorveglianza SICHER con almeno il 50% degli interventi effettuati nell'Azienda oggetto di sorveglianza secondo quanto previsto dai criteri di accreditamento (> 80% delle Aziende) (entro il 31/12/2012)
- Attivazione di almeno un progetto aziendale tra quelli sopra indicati (> 80% delle Aziende) (entro il 31/12/2011)
- Documentazione di programmi di formazione sul rischio infettivo rivolti ai nuovi assunti (> 80% delle Aziende) (entro il 31/12/2011)
- Partecipazione di almeno il 50% delle Aziende sanitarie a progetti di prevenzione e controllo delle infezioni e dell'antibiotico-resistenza nelle strutture residenziali. (entro il 31/12/2012)

Per quanto concerne la prevenzione dell'uso inappropriato di antibiotici in ospedale, i risultati attesi sono:

- attivazione documentata del programma aziendale sulla politica aziendale degli antibiotici (> 90% delle Aziende) (entro il 31/12/2011)
- evidenza di procedure aziendali per la profilassi antibiotica in chirurgia e di conduzione di almeno un audit all'anno (> 90% delle Aziende) (entro il 31/12/2011).

2.3.c Le relazioni tra ambiente e salute

Il problema di salute oggi

L'ambiente rappresenta uno dei principali determinanti della salute e il nesso tra ambiente - salute è da tempo all'attenzione del dibattito politico e scientifico internazionale, per l'impatto che ha sulla qualità della vita e sullo sviluppo economico e sociale.

Le prospettive della produzione industriale, i processi di globalizzazione, le strategie nel campo dell'energia, dei trasporti e della gestione dei rifiuti sono solo alcuni evidenti esempi di settori che determinano rilevanti impatti sull'ambiente e sulla salute. In questo ambito vanno considerati anche i cambiamenti climatici, per gli effetti propri e per le interazioni con i diversi settori della vita umana. Un particolare

interesse, poi, presenta anche lo sviluppo urbano. Le città sono i luoghi, infatti, dove sempre più si concentrano le attività lavorative ed i servizi per i cittadini e per questo attraggono un numero crescente di persone che vi risiedono e di lavoratori pendolari. Le aree urbane sono anche il luogo dove un ampio ventaglio di fattori condizionano la qualità della vita e dove si giocano importanti sfide, ambientali e sociali.

Più in generale, seguendo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, si può considerare l'ambiente come l'insieme di tutti i fattori fisici, chimici e biologici, esterni all'individuo, e di tutti i comportamenti correlati, includendo le componenti che possono essere modificate attraverso interventi a breve o a lungo termine. Sulla base di questa definizione si stima che nel mondo il 24% delle malattie e il 23% delle morti siano attribuibili a fattori ambientali modificabili. Nei bambini questi valori superano il 30%. Anche se in Europa tali valori si collocano a livelli più bassi (intorno al 15% per entrambi gli indicatori) si tratta comunque di problemi di rilevanza primaria.

Uno sviluppo positivo della società, sostenibile e equo, richiede necessariamente strategie e politiche efficaci e a questo fine occorre saper riconoscere le diverse dimensioni dei problemi, mobilitare l'impegno e le risorse delle comunità e delle istituzioni in modo intersettoriale e investire nelle conoscenze, sia attraverso la ricerca e la sorveglianza e sia in azioni di comunicazione, formazione e informazione.

Le conoscenze finora disponibili, in particolare sull'impatto che le diverse politiche hanno sull'ambiente e sulla salute non sono, tuttavia, ancora sistematiche e lasciano ampi gradi di incertezza. Esistono problemi di definizione e nomenclatura delle azioni da analizzare, tenendo conto che sono almeno tre gli assi di potenziale interesse: quello dei fattori di rischio su cui insistono le azioni da valutare; quello delle politiche che controllano tali azioni; quello dei contesti (luogo di lavoro, scuola, comunità locale...) in cui si verificano sia le esposizioni sia le azioni. Occorre, inoltre, sottolineare che sul piano della validità scientifica, le stime di impatto e di valutazione delle politiche e delle strategie sono difficilmente assoggettabili ai paradigmi di efficacia degli interventi di altre discipline.

Per affrontare queste tematiche nella loro complessità si stanno sviluppando competenze, normative, metodi scientifici e strumenti tecnici nuovi, tra cui quelli per la valutazione di impatto sull'ambiente e sulla salute, il principio di precauzione, le normative per il controllo dei prodotti chimici, per la sicurezza alimentare, ecc. Sono strategie che si basano su prove scientifiche ma hanno bisogno, tuttavia, di essere sostenute da sforzi sistematici rivolti da un lato alla integrazione dei diversi saperi e dall'altro al coinvolgimento dei responsabili istituzionali e dei portatori di interesse fin dall'inizio dei processi.

In Emilia-Romagna sono cresciute negli anni elevate competenze tecnico-scientifiche su questi temi, tra cui quelle nel campo epidemiologico e nelle metodologie di analisi chimico-fisica dei determinanti ambientali; sono state realizzate importanti esperienze, in particolare coordinate tra Servizio sanitario regionale e ARPA. A esempio, sono stati sviluppati, tra gli altri: il sistema di prevenzione su scala regionale degli effetti delle ondate di calore; modelli di previsione della concentrazione di pollini allergenici aereodispersi e dell'intensità della radiazione UV; studi e interventi per il controllo dell'epidemia da *Chikungunya* e di altre malattie trasmesse da vettori, come la *West Nile Disease*.

È in corso il progetto "MONITER" – Sorveglianza ambientale e sanitaria in aree prossime agli inceneritori di rifiuti solidi urbani", che ha la finalità di studiare, in modo trasparente e autorevole, gli effetti ambientali e sanitari di tali impianti e creare le condizioni più adeguate per una efficace e condivisa gestione del rischio.

É in fase di avvio il progetto “Supersito”, finalizzato a sistematizzare le misure dei parametri chimici, fisici e tossicologici che caratterizzano l'inquinamento atmosferico regionale, a supporto di valutazioni di impatto e di scelte appropriate. Il progetto, che è inserito in una rete di collaborazione europea, è coordinato dalle Direzioni generali Sanità e politiche sociali e Ambiente della Regione e dall'ARPA.

Sono state anche realizzate a livello locale numerose esperienze di promozione dell'ambiente e della salute e di prevenzione attiva, con il coinvolgimento degli attori istituzionali e sociali nella elaborazione di Piani per la salute e di Agende 21, che rappresentano un punto di riferimento per sperimentazioni di pianificazione concertata e di politiche inclusive.

Gli obiettivi generali di salute

- sviluppare le conoscenze sulle relazioni tra politiche, esposizioni ambientali e salute valorizzando e integrando le competenze e le esperienze delle istituzioni e delle organizzazioni regionali e promuovendo studi e ricerche anche in collaborazione con enti nazionali e internazionali;
- promuovere strategie e interventi efficaci per una protezione dell'ambiente e della salute in Emilia-Romagna, in una prospettiva equa e sostenibile;
- creare le condizioni perchè i diversi attori coinvolti possano interagire efficacemente nella valutazione e nella costruzione delle politiche;
- costruire le capacità e gli strumenti necessari a supporto delle valutazioni e delle scelte sui temi di prioritaria rilevanza tra cui, in particolare, l'inquinamento atmosferico e le attività connesse con la gestione dei rifiuti.

Il Programma si articola nei seguenti progetti:

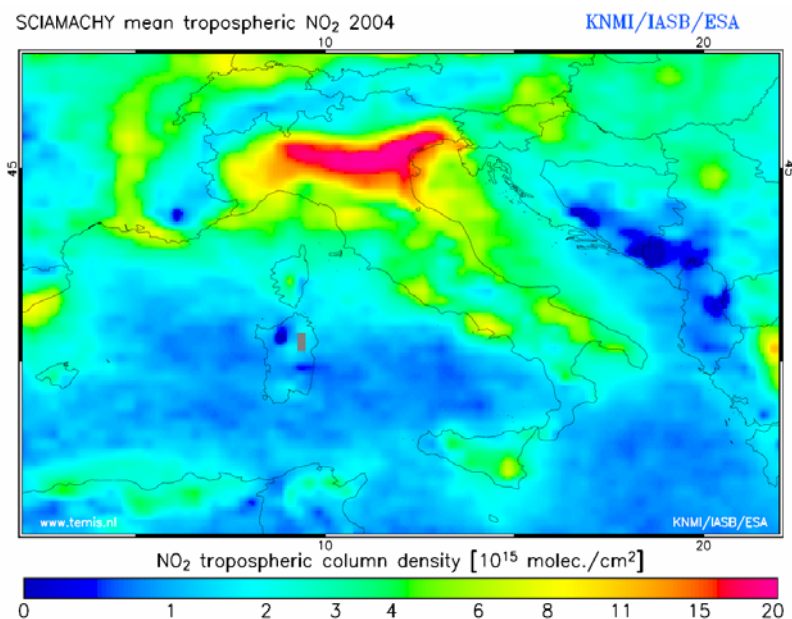
- effetti sulla salute dell'inquinamento atmosferico
- effetti sulla salute di attività connesse al ciclo rifiuti
- effetti sulla salute dei mutamenti climatici: le ondate di calore
- valutazione Impatto sulla Salute (VIS)
- regolamento REACH - Prevenzione delle patologie da esposizione a agenti chimici dei prodotti immessi sul mercato, commercializzati e in uso

PROGETTO 1 Effetti sulla salute dell'inquinamento atmosferico

Il problema di salute oggi

Gli effetti dell'inquinamento atmosferico sulla salute umana, in particolare quelli sulla mortalità, sono ormai conosciuti da anni, specie per l'enorme impatto sanitario dei gravi episodi di inquinamento degli anni '30-'50. I risultati degli studi epidemiologici condotti negli ultimi 15 anni hanno avuto un'importanza notevole nella revisione delle linee guida sulla qualità dell'aria negli Stati Uniti (US-EPA, 1996) e in Europa (WHO,2001; WHO, 2005). Anche in Italia, la ricerca epidemiologica sugli effetti sanitari dell'inquinamento atmosferico, imputabile soprattutto al traffico autoveicolare, ha registrato rilevanti miglioramenti qualitativi. Importanti esempi sono rappresentati dai progetti multicentrici condotti negli ultimi anni, quali SIDRIA “Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia”; APHEA “Air Pollution and Health: a European Approach”; MISA-2 “Metanalisi italiana degli studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico”, EPIAIR, “Inquinamento Atmosferico e Salute: Sorveglianza Epidemiologica ed Interventi di Prevenzione”. I risultati di questi studi hanno evidenziato nel nostro Paese effetti sulla salute confrontabili a quelli ottenuti da

studi analoghi condotti in altre realtà europee, confermando comunque la Pianura padana come una realtà caratterizzata da una situazione di inquinamento atmosferico particolarmente elevata, come evidenziato nella seguente figura.



(da KNMI Royal Netherland Meteorological Institute)

Un'altra peculiarità della Regione Emilia-Romagna è la particolare attenzione che negli ultimi anni è stata data all'impatto sulla qualità dell'aria, e dei conseguenti effetti sanitari, derivante dagli impianti di incenerimento rifiuti solidi urbani. Avendo questa Regione perseguito nel tempo l'obiettivo di rendere gli ambiti territoriali, a livello provinciale, autonomi rispetto alla gestione dei rifiuti prodotti, in otto province su nove sono operativi impianti di incenerimento che hanno destato allarme e preoccupazione nella popolazione. La letteratura scientifica in questo campo ha fornito risultati controversi. Ciò ha indotto gli Assessorati regionali Ambiente e Politiche per la salute a attivare uno specifico progetto di ricerca denominato Monitor i cui primi risultati, relativi agli anni 2003-06, evidenziano un rischio aumentato di parti pretermine nelle donne che vivono nelle aree a maggior esposizione da inceneritore. Questi risultati rendono necessaria un'ulteriore valutazione per il periodo successivo 2007-10, anche alla luce delle modifiche migliorative apportate agli impianti in quest'ultimo periodo.

Le considerazioni di cui sopra e il contesto di carattere nazionale e internazionale, rendono opportuno l'inserimento nel Piano regionale della prevenzione di un progetto di valutazione degli effetti dell'inquinamento nella Regione Emilia-Romagna. Questo progetto deve operare su due ambiti: una maggior conoscenza degli effetti sulla salute del particolato e delle sue specifiche componenti in rapporto al complesso delle fonti di origine antropica; un approfondimento sull'impatto degli impianti di incenerimento.

Con DGR 428/2010 è stato approvato un progetto per la realizzazione di un sistema di monitoraggio dell'inquinamento atmosferico e dei relativi effetti sulla salute che effettuerà approfondimenti specifici relativi a formazione e composizione degli inquinanti secondari in atmosfera e all'identificazione del legame tra la composizione del particolato presente in aria e le fonti di emissione. La disponibilità di tali

informazioni consentirà di migliorare l'attuale capacità dei modelli matematici di effettuare scenari futuri di qualità dell'aria e conseguentemente di valutare gli effetti tossicologici dei campioni di particolato raccolto al fine di una maggior comprensione degli aspetti infiammatori e di un complessivo risk assessment, nonché di valutare con studi epidemiologici gli effetti a breve e lungo termine dell'esposizione a inquinamento atmosferico della popolazione. In particolare si realizzeranno indagini epidemiologiche a breve termine, mediante correlazioni tra occorrenza di patologie (ricavate da flussi informativi correnti - SDO, banca dati farmaceutica, etc.) riconducibili ad esposizione a inquinanti e i valori di alcune sostanze trovate nell'aerosol atmosferico; per la valutazione degli esiti a lungo termine si seguirà un approccio di coorte retrospettiva testando correlazioni tra esiti sanitari (fonti informative: registro tumori e registro mortalità) e i valori di alcune specie chimiche determinate sistematicamente nell'aerosol.

Relativamente agli effetti attribuibili all'esposizione a inceneritore si procederà con una replica dello studio Monitor sugli esiti riproduttivi per valutare se la correlazione osservata si è modificata in seguito al miglioramento tecnologico degli impianti.

Obiettivi specifici

- Valutazione degli effetti sanitari a breve e lungo termine del particolato e delle sue componenti (mortalità e morbosità);
- Valutazione degli effetti sanitari in sottopopolazioni in condizioni di suscettibilità agli inquinanti
- Verifica della modalità migliore per studiare l'effetto sanitario dei componenti del particolato
- Valutazione degli effetti sanitari dell'esposizione a inceneritori

I destinatari

Questo progetto si configura come una serie di studi rivolti alla popolazione generale o a sottogruppi identificati per condizione di suscettibilità particolare o selezionati in base all'esposizione a fattori di pressione specifici.

Criticità

Sono evidenziabili due ambiti di criticità:

- eventuale indisponibilità, attraverso il monitoraggio, di dati (con opportuna frequenza e estensione temporale) sulla granulometria del particolato, sulla sua composizione e sulla attribuibilità della fonte (anche attraverso stime modellistiche);
- disponibilità competenze adeguate a gestire strumenti innovativi di caratterizzazione delle esposizioni ambientali e utilizzare proficuamente le banche dati necessarie agli studi epidemiologici

Il sistema di valutazione

- Progettazione del percorso e dei protocolli operativi entro il primo semestre 2011 (valutazione SI/NO)
- Produzione di report di analisi su mortalità e morbosità per le cause indagate entro il 31 dicembre 2012 (valutazione SI/NO)

PROGETTO 2 Effetti sulla salute di attività connesse al ciclo rifiuti

La gestione dei rifiuti è un processo complesso. Le sostanze che si generano dai vari processi di smaltimento possono contaminare l'ambiente e da qui la

preoccupazione, soprattutto nelle popolazioni che vivono vicino agli impianti di trattamento e smaltimento rifiuti, che vi possano essere conseguenze sulla salute.

La complessità della problematica rende opportuno, anche in un'ottica di prevenzione, sviluppare strumenti di valutazione di impatto sanitario (*health impact assessment*) di insediamenti, impianti e tecnologie per la sorveglianza della salute delle popolazioni associando a questi anche un esame dei fattori di incertezza legati a questo tipo di stime.

Un riferimento utile al presente progetto è "Intarese", progetto finanziato nell'ambito del 6° Programma Quadro dell'Unione Europea, che ha messo a punto metodi e strumenti per favorire la valutazione integrata degli impatti sanitari legati a tutti i fattori di pressione ambientale, tra cui anche i rifiuti. In quest'ottica ha fornito strumenti per la valutazione dell'impatto sulla salute di impianti di smaltimento rifiuti, quali discariche ed inceneritori, nonché di politiche di gestione di rifiuti a livello regionale e/o nazionale.

Obiettivi specifici e azioni

Sperimentare l'utilizzo di metodologie e strumenti operativi per l'implementazione di sistemi di sorveglianza volti alla valutazione dell'impatto del ciclo di trattamento dei rifiuti solidi urbani sulla salute della popolazione coinvolta.

Nello specifico:

- Valutazione degli scenari possibili in base alla programmazione regionale in materia di gestione rifiuti.
- Valutazione degli impatti sulla salute derivanti dalla presenza di impianti di smaltimento rifiuti.
- Sperimentazione di protocolli di sorveglianza ad hoc.

In base alle esperienze citate in premessa e agli obiettivi del progetto, si prospettano due principali filoni di attività:

- una prima attività di valutazione dell'impatto a livello regionale della presenza di impianti di smaltimento rifiuti considerati in modo complessivo, e delle diverse politiche regionali in materia di gestione rifiuti. Questo livello di attività, tipicamente dell'area dell'"integrated environmental and health assessment", prevede la messa a punto degli strumenti di analisi e la loro applicazione, facendo uso di basi di dati correnti, sia anagrafici, che ambientali e sanitari;
- un secondo filone di attività riguarda la valutazione analitica con un disegno epidemiologico di dettaglio concentrandosi su uno specifico aspetto del ciclo di gestione dei rifiuti.

I destinatari

Questo progetto si configura come una serie di studi rivolti alla popolazione generale.

Criticità

Le principali criticità sono rappresentate dal grado di fruibilità delle informazioni ambientali e sanitarie soprattutto in riferimento all'omogeneità dei dati su tutti i territori.

Altra criticità riguarda il recupero di informazioni sugli scenari di modalità di gestione dei rifiuti che viene gestita a livello di ATO (ambito territoriale ottimale).

Il sistema di valutazione

- Report sugli strumenti di valutazione degli impatti sulla salute dell'inquinamento prodotto dal ciclo di gestione di rifiuti solidi urbani e sulle indagini svolte. (valutazione SI/NO)

- Report sulle analisi di impatto e analisi epidemiologiche effettuate (valutazione SI/NO)

PROGETTO 3 Effetti sulla salute dei mutamenti climatici: le ondate di calore

Il clima del pianeta sta cambiando e le emissioni dei gas clima-alteranti (o gas serra) sono supposte essere le principali responsabili di questo cambiamento. L'ultimo "Summary for Policimakers" dell'International Panel of Climate Change (2007) afferma in maniera esplicita che "il riscaldamento del sistema climatico è inequivocabile così come appare dalle osservazioni dell'incremento delle temperature globali dell'aria e degli oceani, dallo scioglimento diffuso di nevi e ghiacci e dall'innalzamento globale del livello del mare". Per quanto concerne a esempio il riscaldamento globale, il nuovo trend di crescita lineare risulta essere di 0.74 °C [compreso tra 0.56 e 0.92 °C] nel periodo 1906-2005, maggiore di quanto stimato nel precedente report IPCC (2001).

Le nuove conclusioni a cui giunge l'IPCC in merito alle proiezioni climatiche future confermano sostanzialmente quanto era già stato riportato nel precedente report del 2001. In particolare, per i prossimi due ventenni è previsto un riscaldamento medio globale di circa 0.2°C per decennio.

Se le previsioni sui cambiamenti delle variabili climatiche sono affette da un margine di incertezza, ancora più difficile risulta prevedere l'impatto sugli ecosistemi e sulle attività umane, che risente dell'effetto congiunto ed in parte contrastante di tutte queste variabili, unitamente all'influenza di un probabile ma difficilmente quantificabile adattamento da parte dell'uomo. Tuttavia, almeno qualitativamente, è possibile identificare alcuni ambiti di intervento in cui si intende concentrare le attività progettuali, nell'ottica prioritaria di attivazione di sistemi di prevenzione.

Uno degli ambiti principali su cui si concentrerà l'attenzione è l'effetto sanitario dei periodi di caldo intenso (ondate di calore), previsti nel prossimo futuro in sensibile aumento proprio a causa dei cambiamenti climatici. Tali aspetti sono oggi oggetto di particolare attenzione in seguito all'impatto dell'ondata di calore dell'estate 2003, che, secondo le ultime stime, ha provocato più di 40.000 morti nella sola Europa occidentale.

Gli effetti sanitari direttamente imputabili al caldo umido sono pochi e immediatamente riconoscibili (colpo di sole, collasso e crampi da calore), ma rappresentano solo una piccola parte degli effetti. Molto più importanti sono gli effetti indiretti, che si verificano quando il caldo umido colpisce individui debilitati o non in grado di reagire con i meccanismi compensativi della termoregolazione, facendo precipitare situazioni sanitarie già instabili. In Italia sono ormai operativi diversi servizi di previsione a valle dei quali segue un'attività di prevenzione organizzata a livello locale nella quale sono coinvolti, oltre alle AUSL e ai Comuni, diversi attori come servizi sociali, medici di medicina generale, farmacie, associazioni di volontariato, sindacati, ecc...

La Regione Emilia-Romagna, a partire dall'estate 2004, ha individuato linee di intervento per mitigare l'impatto delle ondate di calore, anticipando contenuti ed indirizzi attuativi del Fondo regionale per la non autosufficienza (delibere di G.R. n. 509/07 e 1206/07). Così come previsto da tali atti di indirizzo, gli ambiti distrettuali sono chiamati a sviluppare programmi di sostegno e prevenzione dei soggetti fragili, prevedendo, all'interno dei piani stessi, specifici e strutturati programmi per le emergenze, tra cui quelle climatiche. Nell'ambito dei piani distrettuali si prevede il consolidamento e lo sviluppo di esperienze significative in tema di fragilità, nonché

l'affinamento di tecniche e strumenti per l'intercettazione delle situazioni a rischio (mappatura della fragilità).

Obiettivi specifici e azioni

- Mantenere operativo su tutto il territorio regionale e per il periodo estivo (15 maggio-15 settembre), un sistema di previsione del disagio bioclimatico gestito da ARPA. Le previsioni verranno effettuate tutti i giorni della settimana su 32 aree regionali, comprese le 9 aree urbane che presentano peculiari condizioni meteo-climatiche (isola di calore). Tale fenomeno sarà oggetto di analisi specifiche sia per verificare la possibilità di graduare le allerte per le diverse aree della città, sia nell'ottica dell'individuazione di adeguati interventi di mitigazione e adattamento. Le previsioni verranno inviate direttamente ai referenti locali che predisporranno azioni di sostegno alle persone identificate come "a rischio". Le previsioni del sistema, insieme a vario materiale informativo sulla tematica, sono consultabili all'indirizzo internet <http://www.ARPA.emr.it/calore>.
- Organizzare la gestione socio-sanitaria dell'emergenza: le attività in questo ambito saranno focalizzate su:
 - individuazione del target dei soggetti fragili (età, condizione socio-economiche, patologie preesistenti) e di situazioni particolari quali le strutture carcerarie
 - definizione di un insieme di strumenti di coordinamento operativo
 - la relativa gestione delle emergenze, sia a livello locale che regionale
 - emanazione di linee guida regionali per la realizzazione di adeguamenti strutturali e organizzativi nelle strutture socio-assistenziali finalizzati al benessere climatico interno
- Verificare tempestivamente l'effetto delle ondate di calore, attraverso un sistema di monitoraggio sistematico sul Pronto Soccorso degli accessi e ricoveri della popolazione anziana ultrasettantacinquenne. Sono previste inoltre attività di studio per la verifica dell'utilità e della fattibilità di utilizzo di altri dati, tra cui quelli degli interventi del 118.

Risultati attesi

- Elaborazione e attuazione del "Piano regionale per le ondate di calore", riguardante l'organizzazione sociosanitaria per la gestione dell'emergenza e i sistemi di monitoraggio.
- Elaborazione, condivisione e diffusione del documento di linee guida per la realizzazione di interventi strutturali e organizzativi nelle strutture per anziani, finalizzate a migliorare il benessere bioclimatico interno.

I destinatari

Persone fragili, maggiormente suscettibili agli effetti delle ondate di calore.

Attuatori del Piano regionale, delle linee guida e delle indicazioni per la individuazione dei soggetti fragili sono gli operatori del Servizio Sanitario Regionale e dei Comuni.

Criticità

La principale criticità è rappresentata dalle problematiche relative all'integrazione socio-sanitaria.

Sistema di valutazione

- Disponibilità del "Piano regionale per le ondate di calore" entro il 15 maggio di ogni anno (valutazione Sì/No)
- Realizzazione e disseminazione delle Linee-guida per la realizzazione di interventi strutturali e organizzativi nelle strutture per anziani entro il 31 marzo 2012 (valutazione Sì/No)

PROGETTO 4 Lo sviluppo della rete di epidemiologia ambientale e delle capacità di valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte programmatiche: il "Centro di studi dell'Emilia-Romagna per le politiche, l'ambiente, la salute"

La gestione dei rischi ambientali e delle politiche per la salute mette in gioco le prospettive di sviluppo dei territori e la capacità di attrazione che questi riescono a esercitare sulle persone (possibilità di lavoro, reddito, qualità della vita, qualità dell'assistenza...). Le conoscenze sui nessi tra politiche, esposizioni ambientali e salute e le collaborazioni tra settori, culture, istituzioni, organizzazioni sono i presupposti necessari per una efficace traduzione in strategie e azioni di programmazione (Piani locali per il benessere e la salute, Piani urbanistici, Piani dei trasporti, ..) e di controllo.

Questi terreni, tuttavia, sono caratterizzati spesso da elevati livelli di complessità e di incertezza su cui devono cimentarsi gli esperti e i decisori politici, ma anche le organizzazioni sociali e i singoli cittadini.

É perciò evidente l'importanza di creare le condizioni più adatte a promuovere la multidisciplinarietà delle collaborazioni e degli interventi e l'attenzione per l'impatto sociale, politico e comunicativo che questi possono avere.

Per sostenere concretamente questi processi, la Regione intende procedere alla costituzione di un "Centro di studi dell'Emilia-Romagna sulle politiche, l'ambiente e la salute" (CERPAS) con la finalità di sostenere e valorizzare le competenze e le risorse esistenti nella regione, soprattutto nelle istituzioni pubbliche, e favorirne la collaborazione per migliorare le conoscenze e l'efficacia degli interventi per l'ambiente, la salute e la qualità della vita.

Saranno coinvolti in tale iniziativa in primo luogo le Aziende sanitarie, soprattutto con i propri Dipartimenti di Sanità Pubblica, l'ARPA, Enti pubblici di ricerca e le Pubbliche Amministrazioni.

Il CERPAS vuole essere, quindi, una struttura che opera insieme alle altre presenti nel territorio, ne supporta il lavoro, contribuisce alla definizione degli interventi efficaci e, in modo integrato, alla valutazione dei risultati. Esso opera in un sistema a rete in cui l'integrazione delle funzioni non è solo un obiettivo generale, ma pratica quotidiana. Il CERPAS inoltre si dovrà caratterizzare con una forte apertura alla dimensione nazionale e internazionale: questa vocazione, trasversale a tutto l'ambito di questo Piano, è tanto più necessaria per le tematiche che riguardano il rapporto fra ambiente e salute, per favorire la partecipazione alla discussione che si svolge in Europa per l'identificazione delle strategie più efficaci di sanità pubblica e il loro impiego nelle realtà locali.

Tale struttura si dovrà qualificare per la capacità di:

- sviluppare progetti utilizzando e integrando idee, personale, beni e servizi;
- coniugare la qualità delle attività con l'agilità nella gestione delle risorse e l'economicità;
- offrire consulenza alle istituzioni pubbliche sul piano scientifico e tecnico;
- realizzare programmi di ricerca e innovazione;
- facilitare il trasferimento di conoscenze e la comunicazione coinvolgendo i diversi interlocutori;
- formare le competenze;
- promuovere il fundraising e la responsabilità sociale verso l'investimento di risorse per il raggiungimento di obiettivi di interesse comune.

I principali campi di interesse, strettamente intrecciati tra loro, per i quali la Regione potrà tra l'altro affidare al Centro progetti e compiti preliminari e funzionali alle scelte programmatiche, riguarderanno:

- le conoscenze delle relazioni tra politiche, esposizioni ambientali e salute;
- la valutazione dell'impatto sulla salute, inclusi i costi economici, di specifiche innovazioni e scelte politiche inerenti processi di sviluppo o di gestione dei rischi, a base locale, o di cambiamenti globali come quelli climatici;
- il supporto alla elaborazione e alla valutazione di strategie da parte degli enti di governo regionale e locale che tutelino e promuovano la salute e l'ambiente;
- l'empowerment dei cittadini, soprattutto degli amministratori e di coloro che hanno un ruolo attivo nelle proposte e nelle scelte per la salute e l'ambiente, e la sperimentazione di politiche inclusive.

La Regione Emilia-Romagna, con la Delibera di Giunta n. 373/2010, ha deciso di avviare l'attivazione del CERPAS e ha incaricato ARPA ER e le AUSL della Regione di predisporre il progetto operativo.

Gli obiettivi specifici

Il CERPAS dovrà cercare soprattutto di:

- favorire l'incontro tra le discipline che, a vario titolo, studiano i temi delle politiche, dell'ambiente e della salute per uno sviluppo armonico della società (epidemiologia, tossicologia, scienze ambientali, economiche, politiche, sociali, giuridiche, tecnologiche...) attraverso lo sviluppo di approcci metodologici integrati;
- realizzare studi e ricerche integrate e sviluppare sistemi di monitoraggio, coinvolgendo in primo luogo le strutture del Servizio sanitario regionale, dell'Agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente e degli enti di ricerca regionali;
- sostenere i governi locali e regionale con le necessarie informazioni e basi scientifiche, per le attività programmatiche e per gli altri compiti istituzionali connessi alla gestione dei rischi ambientali e alla promozione della salute;
- sviluppare la comunicazione per la gestione dei rischi ambientali e per la salute sia nelle fasi di studio e valutazione che in quelle di gestione, valorizzando il ruolo delle istituzioni locali e degli altri stakeholder;
- promuovere la diffusione delle conoscenze nella comunità anche utilizzando le nuove tecniche di networking e di marketing sociale;
- collaborare ai processi di costruzione delle competenze degli esperti e dei cittadini competenti coinvolti anche in collaborazione con l'Università;
- sostenere lo sviluppo della rete regionale di epidemiologia ambientale;
- stringere rapporti di collaborazione con istituzioni di ricerca nazionali e internazionali, anche con l'obiettivo di qualificarsi come struttura riconosciuta dall'OMS per tutte le tematiche da esso presidiate.

I destinatari

La gamma dei destinatari a cui si rivolge il CERPAS, per definizione è assai ampia e include almeno quattro classi di soggetti nei confronti dei quali sarà necessario sviluppare linguaggi e strumenti di comunicazione appropriati:

- gli esperti delle Aziende sanitarie, dell'ARPA, delle Pubbliche amministrazioni, dell'Università, degli enti di ricerca;
- gli amministratori degli Enti locali e della Regione;
- i giornalisti, gli educatori, i componenti di organizzazioni sociali;
- gli studenti.

Le criticità

La costruzione di un nuovo soggetto istituzionale presenta le criticità proprie dell'avvio. In particolare si dovranno definire le caratteristiche istituzionali, reperire le prime risorse strutturali e finanziarie, selezionare le competenze, mettere a punto il modello organizzativo, costruire il piano triennale di sviluppo e avviare la programmazione operativa delle attività.

Altamente critiche saranno anche la costruzione della rete di collaborazioni istituzionali e scientifiche e la promozione dell'immagine del Centro e delle sue attività.

Sul piano del merito le principali criticità saranno legate soprattutto al grado di incertezza dei problemi da affrontare e del costo sociale che implicano.

Il sistema di valutazione

- Approvazione del progetto operativo entro il 31 maggio 2011 e attivazione formale entro il 31 dicembre 2011 (valutazione Sì/No)
- Approvazione del Rapporto consuntivo 2012 e del Programma di attività 2013 entro il 31 marzo 2013 (valutazione Sì/No)

PROGETTO 5 Valutazione Impatto sulla Salute (VIS)

La valutazione degli impatti sulla salute di insediamenti, progetti e piani sta assumendo un peso sempre più rilevante nell'ambito della sanità pubblica. Se, da un lato, allargare il concetto di salute a più determinanti significa considerare in modo esaustivo i molteplici fattori che possono condizionare lo stato di salute della popolazione, dall'altro aumenta la complessità del livello di analisi scelto. Una valutazione di questo tipo, infatti, non solo richiede la scelta e la combinazione di una moltitudine di evidenze, informazioni di contesto e dati epidemiologici, ma rende indispensabile un approccio multidisciplinare e partecipato, che metta in condivisione diverse expertise tecniche. C'è un problema di competenze, dunque, ma anche e soprattutto di metodologie che consentano di includere questa attività in quella ordinaria dell'espressione dei pareri del personale dei DSP in sede di Conferenza dei Servizi (CdS).

La VIS è riconosciuta dalla Comunità Europea come lo strumento di elezione per integrare la valutazione degli aspetti sanitari nella valutazione strategica ambientale e per la stima degli effetti di politiche non sanitarie sulle popolazioni coinvolte. Il processo di VIS, infatti, aiuta a integrare in modo sistematico le evidenze e le conoscenze relative a effetti sulla salute di politiche, piani, programmi e progetti nella loro valutazione proponendo valori che promuovono la sostenibilità ambientale e il miglioramento del benessere complessivo degli individui e delle comunità.

Tuttavia, mentre esistono esperienze consolidate in materia di valutazione degli impatti sull'ambiente di piani, progetti, insediamenti urbanistici e industriali per effettuare i quali sono utilizzati standard di valutazione sperimentati, ben definiti oltretutto indicati dalle norme vigenti, non si può dire altrettanto di processi analoghi che permettano di stimare e valutare in modo estensivo ed integrato gli impatti sulla salute. Risulta pertanto necessario recuperare il ritardo che si registra nell'utilizzo della VIS sia in termini di sviluppo di competenze sia di applicazioni pratiche per arricchire di contenuti i pareri che gli organismi preposti emettono a conclusione delle CdS per l'approvazione dei diversi piani e/o progetti.

Il presente intervento si colloca nell'ambito del progetto, finanziato dal Ministero della salute e affidato alla Regione Emilia-Romagna per testare in 6 regioni il protocollo VIS messo a punto nell'ambito del progetto MONITER.

Obiettivi specifici e risultati attesi

Mettere a punto e validare un protocollo di VIS che permetta di riqualificare le modalità di predisposizione ed espressione dei pareri dei DSP in Conferenza dei servizi. Al termine del percorso si disporrà di uno strumento utilizzabile nell'attività ordinaria del personale dei DSP, poiché i tempi per la formulazione e l'espressione del parere coincidono con quelli dell'espletamento della CdS.

Sono identificabili essenzialmente 2 azioni:

- formazione degli operatori dei DSP all'utilizzo del protocollo;
- utilizzo del protocollo in diversi contesti territoriali e su diversi oggetti

I destinatari

In termini di esito il destinatario del progetto è la popolazione, in termini di processo sono gli operatori dei DSP che eseguono valutazione e esprimono pareri in CdS.

Criticità

La principale criticità risiede nella difficoltà di una applicazione omogenea del protocollo.

Il sistema di valutazione

- Avvio del percorso formativo entro dicembre 2011 (valutazione SI/NO)
- Avvio dell'utilizzo del protocollo entro dicembre 2012 (valutazione SI/NO)

PROGETTO 6 Regolamento REACH - Prevenzione delle patologie da esposizione a agenti chimici nei prodotti immessi sul mercato, commercializzati ed in uso.

In data 1 giugno 2007 è entrato in vigore il Regolamento REACH (Registration, Evaluation, Authorization of Chemicals), cioè il Regolamento (CE) n.1907/2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 18 dicembre 2006 che distinguerà gradualmente nel tempo le sostanze chimiche in phase-in, cioè le sostanze chimiche già presenti sul mercato, per le quali l'obbligo di registrazione è scaglionato nel tempo in funzione dei quantitativi, e le sostanze chimiche non phase-in, cioè le sostanze nuove (messe in commercio per la prima volta dopo l'entrata in vigore del Regolamento REACH), per le quali la registrazione andrà presentata al momento della prima immissione sul mercato. Quando tutto sarà a regime, cioè quando sarà trascorsa la fase transitoria per le sostanze phase-in, varrà il principio per cui se una sostanza non sarà registrata non potrà essere commercializzata ("no data, no market"). Per le sostanze non phase-in il principio del "no data, no market" vale già dal 1° giugno 2008. La norma europea impone di realizzare, nell'arco di 11 anni, un sistema di registrazione che interesserà circa 130.000 sostanze fabbricate o importate nell'U.E. Scopo principale è quello di unificare tutte le attuali normative inerenti la sicurezza chimica nelle varie fasi di produzione, commercializzazione ed utilizzo delle sostanze chimiche sia in ambito privato che professionale. Le Regioni congiuntamente al Ministero della salute devono attuare le opportune azioni di vigilanza e controllo, sulla base dello specifico piano approvato con il Decreto Interministeriale del 22/11/2007.

Il sistema REACH si basa su quattro elementi fondamentali (registrazione; valutazione; autorizzazione e eventuali restrizioni) e prevede un forte coinvolgimento dell'industria sia nel versante produzione che di utilizzo. Le imprese avranno la responsabilità di raccogliere informazioni adeguate sulle sostanze di loro pertinenza,

e di utilizzare dette informazioni per una corretta valutazione e gestione del rischio delle sostanze considerate prioritarie lungo l'intera catena di approvvigionamento (produzione, commercializzazione e uso).

Con l'obiettivo di permettere il coerente adeguamento delle conoscenze e del sistema di vigilanza e controllo per concorrere all'attuazione del Regolamento REACH, è stato siglato in data 29 ottobre 2009 l'Accordo Stato-Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano (G.U. n. 285 del 7 dicembre 2009). Con D.G.R. n. 356/2010 la Regione Emilia-Romagna ha recepito il suddetto accordo e definito l'autorità competenti per i controlli sull'applicazione del regolamento REACH: i DSP delle AUSL.

Il DSP è l'Autorità Competente per l'attuazione, non solo del Regolamento REACH, ma anche del Regolamento n.1272/2008/CE (Regolamento CLP - Classification, Labelling and Packaging) nel rispetto delle procedure relative alla normativa concernente la classificazione, l'etichettatura, l'imballaggio, scheda di sicurezza ed immissione sul mercato delle sostanze e delle miscele impiegate negli ambienti di vita e di lavoro.

Obiettivi

L'obiettivo generale è dare piena attuazione al regolamento REACH e conseguentemente ridurre l'esposizione, professionale e non, a agenti chimici presenti nei prodotti immessi sul mercato, commercializzati ed in uso. Il raggiungimento di questo obiettivo generale si articola attraverso lo sviluppo di obiettivi più specifici che si declinano in: migliorare le conoscenze sul REACH a tutti i livelli (dai cittadini, agli operatori, ai produttori, ecc) e attuare una solida attività di vigilanza.

Risultati attesi

Ci si prefigge la realizzazione di una rete per la gestione integrata tra imprese ed istituzioni delle politiche su REACH e CLP pervenendo all'attivazione di un sistema di controlli sul territorio regionale.

Un ulteriore risultato a cui si tende è un livello approfondito di conoscenze sulla sicurezza chimica che deve essere garantito con le relative specificità a cittadini, produttori di sostanze chimiche, di miscele e di prodotti di consumo rientranti nel campo d'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP, alle Associazioni di categoria, alle Organizzazioni Sindacali dei lavoratori e alle Associazioni dei Consumatori.

Azioni

Da un lato, operando per una crescita delle competenze, si configurano attività di formazione e divulgazione:

- aggiornamento del personale dei DSP (Corso regionale per Ispettori REACH-CLP, corso per il personale addetto al sistema REACH-IT, Corsi d'aggiornamento da realizzare rivolto agli operatori coinvolti nell'applicazione del REACH e del CLP nell'ambito delle singole competenze istituzionali del DSP);
- apertura in ogni DSP di uno sportello informativo rivolto alle imprese coinvolte nel REACH e CLP e ai cittadini sulla sicurezza chimica a cui si collega anche la predisposizione di schede contenenti indicazioni tecnico-operative dirette all'adeguamento delle imprese interessate alla Normativa sulle sostanze chimiche e la redazione di un opuscolo informativo sul REACH e sul CLP;
- partecipazione alla realizzazione di Master Universitari di II livello, come da indicazione del Ministero della Salute e del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, per formare personale laureato da configurarsi

come Responsabile e Consulente per l'applicazione del REACH e del CLP nelle imprese;

- realizzazione di corsi di formazione per Responsabili aziendali e Consulenti aziendali per l'applicazione del REACH e CLP;
- attraverso il coinvolgimento e la collaborazione delle Camere di Commercio, diffusione di informazioni e di materiali divulgativi ed informativi prodotti dall'Agenzia Europea delle Sostanze Chimiche, dal Ministero della Salute e dalle Regioni: pubblicazione su siti Internet specialistici (a es. sullo stile del sito PREVENZIONET della Camera di Commercio di Modena) e realizzazione di Helpdesk provinciali informativi per le imprese

Parallelamente si procederà a organizzare e garantire un buon livello di attività di vigilanza tramite il Coordinamento regionale interdirezionale REACH-CLP a cui partecipano la Regione Emilia-Romagna e i DSP quali Autorità Competenti per i controlli (DGR 356/2010); l'omogeneità delle attività di vigilanza sarà garantita tramite:

- la definizione e condivisione di strumenti di lavoro, quali le check-list, utilizzate nei controlli che saranno eseguiti secondo modalità definite in ambito europeo e nazionale;
- la realizzazione di piani annuali di campionamento delle sostanze e delle miscele chimiche;
- il potenziamento della rete laboratoristica di ARPA deputata al controllo analitico;
- la realizzazione di audit regionali sull'attività svolta.

Destinatari

datori di lavoro, produttori, importatori, associazioni di categoria, organizzazioni sindacali e dei consumatori, lavoratori, cittadini.

Criticità

L'attuazione di questo progetto si basa sulla collaborazione di Enti aventi obiettivi diversi dalla tutela della salute e della sicurezza dell'uomo e dell'ambiente e quindi potrà essere difficoltoso raggiungere una buona integrazione tra linguaggi, obiettivi e metodologie diverse.

Indicatori

- N. corsi d'aggiornamento per operatori dei DSP: effettuati/programmati;
- Attivazione degli sportelli informativi nei DSP: 100%;
- N. controlli all'anno effettuati/programmati sul rispetto delle restrizioni, delle autorizzazioni all'uso, della compilazione delle schede dati di sicurezza e sull'etichettatura e classificazione delle sostanze e miscele pericolose secondo procedure specifiche per la vigilanza predisposta con l'uso di Check-List: effettuati/programmati
- N.di Audit regionali realizzati/programmati.

2.3.d Alimentazione e salute

Il problema di salute oggi

L'integrazione in un insieme coerente di politiche e programmi relativi alla nutrizione e alla sicurezza igienico sanitaria degli alimenti, permette di raggiungere i risultati migliori in sanità pubblica. Questa è la strategia espressa nel "Piano d'azione europeo OMS per le politiche alimentari e nutrizionali 2007-2012" che identifica in

particolare quattro sfide di salute: le malattie legate ad abitudini alimentari scorrette, l'obesità nei bambini e negli adolescenti, la carenza di micronutrienti e le malattie legate alla sicurezza alimentare. Le misure proposte comprendono il miglioramento della nutrizione e della sicurezza alimentare nei primi anni di vita, l'approvvigionamento di alimenti sicuri e sostenibili, l'informazione e l'educazione dei consumatori, le azioni integrate rivolte anche a altri determinanti di salute come l'attività fisica e la qualità dell'acqua.

Nella realtà dell'Emilia-Romagna, territorio caratterizzato da un importante sistema agro alimentare fortemente orientato anche verso i mercati esteri, l'attenzione rivolta dal sistema sanitario regionale alla tutela della sicurezza alimentare trova evidenza nei dati epidemiologici forniti dal sistema di sorveglianza sulle malattie trasmesse da alimenti e sulle zoonosi e nell'attività del controllo ufficiale svolte dai servizi veterinari e dai servizi igiene degli alimenti e nutrizione.

Il Servizio Sanitario Regionale attua i controlli sulla "filiera" di produzione degli alimenti, dal campo alla tavola, sia per il settore degli alimenti vegetali sia per il settore degli alimenti di origine animale; obiettivo di tali interventi è garantire adeguati livelli di sicurezza degli alimenti prodotti e consumati in ambito regionale, nonché la tutela della salute e benessere degli animali allevati.

In conformità a quanto previsto dalle normative comunitarie e dagli organismi internazionali, i controlli sono attuati dai Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) e Veterinari (SVET) delle AUsl nel rispetto di specifiche regole e modalità tecniche condivise, tali quindi da garantire uniformità, omogeneità e efficacia. A tutela dei consumatori, le regole europee prevedono inoltre che la programmazione degli interventi sia effettuata in base al livello di rischio connesso alle diverse tipologie produttive e definito sulla base delle evidenze scientifiche e dei dati epidemiologici.

È evidente che tale nuova impostazione di lavoro ha richiesto un cambiamento nell'organizzazione e nelle attività espletate dai SIAN e SVET delle AUsl, con particolare riferimento alla necessità di ridefinire gli elementi caratterizzanti il ruolo che questi servizi intendono assumere nello svolgimento del controllo ufficiale per garantire la sicurezza alimentare e nutrizionale. Va inoltre sottolineato che il sistema dei controlli ufficiali prevede che gli stessi servizi deputati al controllo si sottopongano a periodiche verifiche interne, finalizzate al miglioramento organizzativo, dette "audit di sistema"; a tal fine è preliminarmente necessario che a livello regionale si definiscano gli standards organizzativi e i requisiti di funzionamento che, di fatto, rappresentano il modello cui i servizi territoriali si devono uniformare.

La Regione Emilia-Romagna considera un valore irrinunciabile sia assicurare la qualità igienico-sanitaria degli alimenti destinati al consumatore sia garantire che i controlli ufficiali siano costantemente consoni ai bisogni espressi dalle realtà territoriali e al contesto produttivo; di conseguenza, intende mantenere i servizi addetti al controllo ufficiale al più alto livello di efficacia e appropriatezza. Pertanto, con la Delibera di Giunta n. 2035/05, la Regione ha attivato un percorso di sviluppo formativo per giungere a definire modalità di applicazione dei controlli ufficiali in linea con quanto previsto dai regolamenti comunitari. Il percorso di riqualificazione intrapreso, basato su formazione e addestramento, ha comportato il coinvolgimento di tutti gli operatori addetti al controllo ufficiale nell'elaborazione e nella successiva adozione su tutto il territorio regionale di manuali di controllo ufficiale specifici per i diversi settori produttivi.

Contemporaneamente la Regione, consapevole che la tutela dei consumatori trova un punto cardine nella professionalità di tutti gli operatori del settore, ha emanato la

Delibera n. 1869 del 17.11.2008 che fornisce alle piccole imprese delle linee guida tecniche per l'applicazione dell'autocontrollo con procedura semplificata del sistema HACCP, secondo criteri di flessibilità e adeguatezza al contesto produttivo artigianale.

È prevista a breve termine anche la conclusione dei lavori finalizzati alla concretizzazione del protocollo tecnico per la categorizzazione del "rischio" degli Operatori del settore alimentare (OSA) e dei mangimi (OSM), stilato in relazione alla singola e specifica fase della filiera alimentare da essi governata, allo scopo di programmare le attività di controllo ufficiale sulla base di criteri di graduazione del rischio per le diverse tipologie produttive.

La progressiva globalizzazione dei commerci e dei consumi e il continuo inserimento anche nella struttura sociale della nostra regione di popolazioni di etnie diverse che necessitano di completare il percorso dell'integrazione sociale, richiede la pianificazione di un approccio integrato con le altre professionalità a vocazione sanitaria e sociale della Sanità Pubblica Territoriale, al fine di intervenire adeguatamente sulla complessa realtà caratterizzata da nuovi consumi e vecchie tradizioni.

La presenza negli alimenti di sostanze in grado di provocare la comparsa di patologie anche gravi su base allergica in soggetti sensibili, costituisce indubbiamente un problema emergente per la sanità pubblica; ciò trova conferma nell'attenzione sempre maggiore a esso rivolta da parte del legislatore comunitario, che ha di recente emanato una specifica regolamentazione.

Al fine di migliorare la ristorazione scolastica, sono state elaborate le "Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna" che, nate dal confronto di tutti gli enti e servizi coinvolti, rappresentano un utile strumento di lavoro per tutte le figure coinvolte nella ristorazione scolastica in una garanzia di qualità totale del servizio.

Ultime, ma non meno importanti, sono le problematiche connesse al monitoraggio e controllo delle strutture acquedottistiche e dell'acqua potabile (un bene indispensabile che deve rispondere a precisi requisiti di legge e di qualità), ambito nel quale la Regione ha già emanato, nel corso degli anni, specifiche circolari e procedure operative inerenti l'attività di prevenzione e controllo.

Il crescente bisogno di disponibilità di informazioni circa l'accessibilità ai servizi in un contesto produttivo caratterizzato da innovazioni tecnologiche e la necessità di disporre di dati costantemente aggiornati allo scopo di finalizzare al meglio le azioni sanitarie preventive, pone la necessità di disporre di un sistema informativo regionale che metta a disposizione degli operatori le informazioni rilevanti sotto il profilo epidemiologico, normativo e scientifico.

La diffusione delle disposizioni in materia igienico sanitaria degli alimenti è assicurata, oltre che per le vie tradizionali, anche tramite la realizzazione del sito web del Servizio sanitario regionale www.alimenti-salute.it in materia di sicurezza alimentare e nutrizionale e di promozione della salute.

Obiettivo generale di salute

Dare concreta attuazione alle normative e ai provvedimenti della Comunità Europea in materia di politica degli alimenti, secondo criteri di chiarezza e trasparenza metodologica, allo scopo di aumentare la consapevolezza dei cittadini rispetto alle proprie scelte e comportamenti alimentari.

Il programma si basa sulla pianificazione di azioni complesse tese a assicurare lo sviluppo coordinato di tutti gli aspetti fondamentali per la sicurezza alimentare e

nutrizionale in tutte le fasi della filiera produttiva agro-alimentare dalla terra alla tavola.

I progetti costitutivi del programma sono:

- Progetto di sicurezza alimentare
- Progetto di sicurezza nutrizionale

PROGETTO 1 Sicurezza alimentare

Gli obiettivi specifici sono:

- *Definire ed implementare piani regionali integrati di campionamento*

Da tempo la Regione ha identificato piani di campionamento e controllo in alcuni settori particolarmente significativi quali i fitosanitari e le micotossine. Nel corso del biennio 2008-2009 è stato effettuato un monitoraggio dei parametri microbiologici sulle matrici alimentari finalizzato alla valutazione del loro profilo igienico sanitario e di sicurezza alimentare. Tale piano, non esaustivo dell'attività di campionamento, ha richiesto successive integrazioni inserendo ulteriori ricerche (contaminanti chimici, fisici, ogm).

Inoltre, il piano regionale delle acque potabili e delle strutture acquedottistiche da tempo adottato e successivamente adeguato alle singole realtà territoriali si è dimostrato un elemento fondamentale nel supportare le scelte e gli interventi attuati per far fronte ai problemi derivati da situazioni, sempre più frequenti, di carenza idrica.

Risultati attesi

Garantire e/o migliorare la valutazione della qualità igienica-sanitaria degli alimenti e delle acque potabili campionati in relazione al rispetto degli standard normativi e al rischio per la salute umana attraverso una pianificazione efficace ed integrata.

Azioni principali

- Predisposizione in collaborazione con i Laboratori ufficiali del Piano di campionamento integrato regionale per il monitoraggio di parametri microbiologici, chimici, fisici, nonché di allergeni su alimenti di origine animale e vegetale incluso gli additivi, i materiali a contatto con alimenti in fase di produzione e commercializzazione;
- valutazione periodica dell'attuazione sul territorio regionale del Piano di campionamento

Sistema di valutazione

Report annuali relativi ai dati ottenuti e al numero campioni effettuati / campioni programmati

- *Completare e mantenere la formazione integrata e l'addestramento degli operatori che svolgono il controllo ufficiale ed ampliare ed aggiornare gli strumenti per il controllo ufficiale (manuali)*

Risultati attesi

Incremento, attraverso percorsi formativi regionali, del numero di operatori qualificati all'esecuzione di audit (auditor qualificati) ed il numero di operatori con competenze nei confronti delle metodiche di valutazione del rischio microbiologico degli alimenti e in particolare al metodo della microbiologia predittiva. Utilizzo di Manuali regionali aggiornati e condivisi per il controllo ufficiale in tema di sicurezza alimentare su OSA/ OSM.

Azioni principali

- Corsi condotti secondo modello regionale “ Progetto sviluppo in relazione al Regolamento 882/2004/CE , di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare salute e benessere animale secondo i criteri di gestione e di assicurazione della qualità” (Delibera 2035/2005) per il raggiungimento ed il mantenimento delle capacità operative del personale delle strutture organizzative delle AUsl deputate all'esecuzione dei controlli ufficiali in tema di sicurezza alimentare.
- Corsi condotti secondo modello regionale “Progetto Microbiologia predittiva: possibili utilizzi nell'attività di controllo ufficiale degli operatori del settore alimentare” (Delibera 2333/09 .)
- Produzione di manuali aggiornati e condivisi con associazioni di categoria per il controllo ufficiale in numero adeguato alle tipologie produttive regionali.

Criticità

Disponibilità risorse economiche, disponibilità del personale addetto ai controlli a collaborare alla stesura realizzazione dei manuali e alla loro sperimentazione in campo.

Sistema di valutazione

- numero corsi realizzati/ numero corsi programmati;
 - numero operatori qualificati / numero posti assegnati;
 - numero manuali elaborati / numero manuali programmati
- *Migliorare la comunicazione e l'informazione nei confronti degli operatori del settore alimentare e mangimistica per la condivisione di strumenti e risultati della attività di controllo ufficiale degli alimenti*

Risultati attesi

Confronto con OSA e associazioni di categoria per la diffusione delle buone pratiche e sulle criticità emerse a seguito del controllo ufficiale

Azioni principali

- Incontri con OSA/OSM e associazioni di categoria.
- Aggiornamento del sito web regionale sulla sicurezza alimentare ed invio agli operatori addetti al controllo ufficiale e agli OSA/OSM che ne fanno richiesta della newsletter periodica sulla normativa specifica.

Criticità

Mancanza di motivazione.

Sistema di valutazione

Numero incontri annuali con OSA e associazioni di categoria.

- *Consolidare l'applicazione del modello di audit di settore e di sistema sui servizi di controllo ufficiale*

Risultati attesi

Mantenimento del sistema di audit regionali per la verifica delle modalità di controllo espletate dai SIAN e SVET in particolari settori, nonché delle caratteristiche di funzionamento dei servizi stessi.

Azioni principali

- organizzazione audit;
- esecuzione audit;

- valutazione attività di auditing.

Criticità

Individuazione di personale qualificato; disponibilità auditors.

Sistema di valutazione

Numero di audit effettuati / numero audit programmati.

▪ *Migliorare la valutazione dei rischi correlati all'utilizzo di prodotti fitosanitari*

Data l'importanza del comparto agricolo ed ortofrutticolo, in ambito produttivo, la Regione Emilia-Romagna pone da molti anni una attenzione particolare alle problematiche legate alla sicurezza dei prodotti fitosanitari utilizzati, sotto il profilo della tutela della salute sia dei consumatori che dei lavoratori addetti (vedi Capitolo 2.3.e Progetto 1 "Miglioramento della salute e sicurezza nel comparto agricoltura e silvicoltura"). Gli interventi in questo ambito sono condotti secondo piani poliennali che individuano criteri uniformi di controllo sul territorio, prevedono un approccio strutturato e di integrazione professionale. Il piano 2009-2013 predisposto dal gruppo di coordinamento regionale (Sanità e Politiche Sociali, Agricoltura, Ambiente, Formazione professionale con il supporto tecnico scientifico di ARPA) fissa obiettivi generali di tutela della salute dei consumatori e degli addetti in agricoltura nonché di sorveglianza ambientale e prevede la costituzione di un coordinamento provinciale tra i servizi dei dipartimenti di Sanità Pubblica, i servizi provinciali di agricoltura, ambiente, formazione e ARPA

Risultati attesi

Aumentare la conoscenza e la valutazione integrata del rischio correlato all'utilizzo dei prodotti fitosanitari nei diversi settori di intervento

Azioni principali

- Interventi strutturati ed integrati di vigilanza e controllo in sede di produzione, commercio e utilizzo di prodotti fitosanitari
- Interventi di controllo e campionamento sulle matrici alimentari, sulle acque potabili (come dal modello previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n.173/2010 "Piano regionale per il controllo ufficiale sulla produzione, sul commercio e sull'utilizzo dei prodotti fitosanitari per la tutela dei consumatori, per la valutazione degli eventuali effetti dei medesimi prodotti sulla salute dei lavoratori esposti e sui comparti ambientali")

Criticità

Difficoltà di affrontare gli interventi in modo trasversale ed integrato da parte dei servizi competenti dei dipartimenti di sanità pubblica e dei servizi territoriali ambiente e agricoltura.

Sistema di valutazione

Numero di interventi di controllo effettuati/programmati; numero di campionamenti eseguiti/programmati.

▪ *Sviluppare iniziative e campagna di informazione/comunicazione per aumentare la conoscenza dei rischi legati alla produzione alimentare in ambito domestico*

I dati (studio PASSI 2006) indicano come in Emilia-Romagna sia molto diffuso il consumo di cibi crudi e poco cotti potenzialmente a rischio per la salute. Questa osservazione è coerente con i risultati relativi ai fattori di rischio per Malattie

Trasmesse da Alimenti nelle case private, dove l'assunzione di cibi crudi e la cottura inadeguata sono responsabili del 40% degli episodi osservati. Risultano quindi fondamentali le attività di educazione alla salute e alle buone pratiche igieniche nella gestione degli alimenti in ambito domestico. La comunicazione in tema di sicurezza alimentare e nutrizionale si conferma quindi uno strumento indispensabile per orientare il consumatore verso scelte consapevoli ed informate e per fornire ai cittadini informazioni sulla qualità degli alimenti, sulla funzionalità dei prodotti tipici e sul rapporto tra alimentazione e stile di vita, promuovendone il coinvolgimento attivo su queste tematiche.

Risultati attesi

Attivazione campagna di sensibilizzazione ed informazione

Azioni principali

Studio del modello di intervento da proporre; traduzione operativa dell'intervento negli specifici contesti territoriali; esecuzione dell'intervento

Criticità

Risorse personale, difficoltà di affrontare gli interventi in modo trasversale ed integrato da parte dei servizi sanitari, degli enti e realtà produttive coinvolti

Sistema di valutazione

Numero iniziative eseguite/numero iniziative programmate

PROGETTO 2 Sicurezza nutrizionale

Tale progetto si integra con il Progetto "Promozione di corrette abitudini alimentari" nel capitolo 2.3.a.

Gli obiettivi specifici sono:

- *Promozione di campagne di informazione e comunicazione per aumentare la consapevolezza dei cittadini sui rischi sulla salute di un eccessivo consumo di sodio*

Da un'indagine (Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2011) condotta anche a livello regionale è emerso che il consumo medio di sale al giorno è risultato pari a 10 grammi negli uomini ed 8 nelle donne, ben oltre l'apporto di sale raccomandato dall'OMS (inferiore a i 5 g /die). Sono pertanto necessarie iniziative concertate in tal senso sia con i produttori a livello regionale per arrivare ad una maggiore disponibilità di preparazioni/prodotti più salutari sia incoraggiando l'evidenziazione chiara e inequivocabile del contenuto di sodio dei prodotti. È opportuno che la riduzione sistematica del consumo di sale si accompagni ad un parallelo incremento percentuale dell'uso di sale iodato, sia a livello individuale nella preparazione dei cibi sia a livello di produzione industriale, per perseguire contestualmente l'obiettivo di ridurre l'incidenza di patologie tiroidee.

Risultati attesi

Attivazione campagna di sensibilizzazione sui benefici della riduzione del consumo di sale

Azioni principali

Studio del modello di intervento da proporre; traduzione operativa dell'intervento negli specifici contesti territoriali; esecuzione dell'intervento

Sistema di valutazione

Numero di iniziative attivate / numero di iniziative previste

- *Prevenzione delle patologie da carenza di iodio, incentivando il consumo del sale iodato nella ristorazione pubblica e collettiva*

Risultati attesi

Incremento utilizzo esclusivo di sale iodato nella produzione di pasti della ristorazione pubblica e collettiva

Azioni principali

- vigilanza sulla applicazione della Legge n. 55 del 21 marzo 2005
- formazione / informazione dei ristoratori
- verifiche sull'inserimento obbligatorio del sale iodato nei capitolati della ristorazione collettiva

Sistema di valutazione

- Numero di verifiche effettuate sulla applicazione della Legge n. 55 del 21 marzo 2005 nella ristorazione pubblica e collettiva in vigilanza / numero totale verifiche effettuate nella ristorazione pubblica e collettiva in vigilanza.
- Numero di iniziative di promozione realizzati / programmati
- Verifica documentata sull'inserimento sale iodato nei capitolati /verifiche eseguite sui capitolati ristorazione collettiva

- *Favorire la preparazione di pasti privi d'ingredienti contenenti glutine in particolari settori*

Anche in Emilia-Romagna si assiste ad un progressivo incremento di patologie da allergeni, come dimostra il progressivo aumento del numero di persone intolleranti al glutine (aumento del 12 % dal 2008 al 2009).

In questi anni l'azione di prevenzione nei confronti delle persone intolleranti al glutine in regione ha riguardato varie attività, in particolare la formazione ed informazione degli operatori del settore alimentare che producono alimenti per celiaci e la tutela sanitaria attraverso il controllo ufficiale nelle mense pubbliche e nelle strutture di ristorazione (Delibera di Giunta Regionale n.2221/2007). Al fine di garantire il controllo ufficiale sulla vasta gamma di prodotti alimentari senza glutine destinati alla somministrazione e vendita diretta, la Regione intende ora definire anche un protocollo tecnico per la vigilanza e il controllo di tali alimenti.

Risultati attesi

Idoneità sanitaria dei prodotti artigianali e dei pasti destinati a persone intolleranti al glutine

Azioni principali

- elaborare protocollo tecnico per la vigilanza ed il controllo sulla preparazione di alimenti privi di glutine;
- promuovere incontri formativi per gli addetti fornendo le conoscenze teoriche e pratiche per la realizzazione di prodotti adeguati ad utenti celiaci
- verificare in corso di vigilanza l'idoneità del processo produttivo promuovendo le azioni di miglioramento necessarie

Criticità

Risorse di personale formato, disponibilità degli operatori del settore alimentare.

Sistemi di valutazione

- evidenza protocollo tecnico per la vigilanza ed il controllo di alimenti privi di glutine;

- numero corsi realizzati /corsi programmati (100%)
- numero di controlli eseguiti/numero di OSA che notificano la produzione di alimenti per celiaci
- numero di controlli eseguiti su OSA che producono alimenti per celiaci / numero di controlli programmati

2.3.e Lavoro e salute

I risultati del Piano Regionale della Prevenzione 2005 - 2009

La realizzazione del progetto relativo alla linea del PRP “Sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro” è stata un’occasione per un rilancio della specifica attività in una visione di sistema complessivo della prevenzione.

Gli elementi di base di tale rilancio sono stati l’integrazione professionale, l’aggiornamento e la formazione degli operatori, la scelta di obiettivi condivisi, la concretezza e misurabilità dei risultati attesi e l’integrazione gestionale realizzata nell’ambito del Comitato di coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro ex articolo 7 del decreto legislativo 81/08.

Il sistema che emerge dal precedente PRP e da altre azioni realizzate in attuazione di normative nazionali e di provvedimenti regionali, è strutturato su alcuni elementi di forza:

- il personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, dei quali è stata particolarmente curata la formazione e l’aggiornamento;
- il Sistema informativo regionale sugli infortuni sul lavoro, che, grazie all’incremento delle risorse attribuite, in attuazione del precedente PRP, è in grado di produrre flussi costanti di dati e loro elaborazioni incrementabili, su richiesta, per specifici comparti e rischi, di gestire anche flussi informativi relativi alle malattie professionali e di interagire con il costituendo Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro;
- il Comitato regionale di coordinamento, che ha assunto un ruolo rilevante di interfaccia tra la programmazione nazionale, prevista nell’ambito del Sistema istituzionale dettato dal citato decreto legislativo 81/08 e la realizzazione di iniziative locali. L’Ufficio operativo del Comitato ha coordinato l’attività di vigilanza congiunta con gli altri Enti competenti, realizzata concretamente a livello locale dagli Organismi provinciali - Sezioni permanenti, istituiti presso ogni AUsl.

Il Comitato si è dotato di un proprio sistema informativo al fine di corrispondere ai debiti informativi previsti dal DPCM 21/12/2007, che opera in stretta connessione con il sopraricordato Sistema informativo regionale sugli infortuni sul lavoro.

Nel solco della programmazione dell’attività pianificata nel precedente PRP, anche in attuazione di normative nazionali di settore e di provvedimenti regionali, gli interventi di sanità pubblica hanno interessato i comparti lavorativi caratterizzati dal rapporto più elevato tra le conseguenze degli eventi lesivi (in termini di gravità degli esiti) ed il numero degli esposti. Su queste basi sono stati realizzati gli interventi di prevenzione in edilizia, in metalmeccanica, in agricoltura, in sanità. Allo stesso tempo sono state realizzate azioni di promozione e supporto al sistema della prevenzione quali quelle dirette ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e alla scuola.

Nel 2009, in questa regione, sono state controllate 20.568 aziende con un incremento complessivo di 4.590 unità rispetto al 2007. Il rapporto tra aziende controllate e PAT è risultato pari al 8,8%, quindi in linea con l’obiettivo di programmazione regionale, che è stato fissato al 9% delle PAT e nettamente superiore allo standard fissato a livello nazionale, pari al 5%.

Il numero di verbali elevati nel periodo 2007-2008 ha subito una variazione in aumento del 35,6% (3.900 verbali nel 2007 e 5.287 nel 2008) ed una riduzione del 5,2% nel 2009 quando i verbali sono stati 5.012. Il corrispondente indice di violazione in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (verbali emessi/aziende ispezionate) ha di conseguenza subito una variazione in incremento nel periodo 2007-2008 (nel 2007 l'indice era pari al 28,7%, nel 2008 al 34,4%) ed una variazione in decremento nel 2009 (quando l'indice è stato pari al 27,3%).

Il problema di salute oggi

Gli infortuni sul lavoro

Gli infortuni sul lavoro denunciati all'Inail in Emilia-Romagna, nel quinquennio 2005-2009, sono in costante riduzione, sono infatti passati da 135.503 a 107.564. Tale decremento è stato particolarmente significativo nel 2009 quando la riduzione degli infortuni rispetto al 2008 è stata del 13,1%, nettamente superiore al decremento medio nazionale (-9,7%) e al dato registrato nell'area nord-est (-12%), zona che costituisce, in termini di contesto produttivo, il punto di confronto più vicino all'Emilia-Romagna. Gli infortuni denunciati in Emilia-Romagna nel 2009 costituiscono il 13,6% del totale degli infortuni registrati sul territorio nazionale.

Nel periodo considerato anche i casi mortali sono significativamente diminuiti, 140 sono stati gli eventi denunciati nel 2005, 93 nel 2009. Il decremento rispetto al 2008 è stato del 20,5%; quello nazionale, nello stesso periodo, del 6,7% (da 1.120 infortuni mortali del 2008 a 1.050 del 2009). Nel 2009 40 infortuni mortali sono accaduti in ambiente di lavoro ordinario, ben 30 su strada in occasione di lavoro, 23 in itinere (tragitto casa lavoro e lavoro casa). In termini assoluti, nel 2009, il maggior numero di infortuni è accaduto nel comparto delle costruzioni (9.510 casi denunciati), seguito dai trasporti (7.567), dall'industria dei metalli (5.071) e dall'industria meccanica (4.483). In Emilia-Romagna, nel quinquennio 2005-2009, nel settore Industria-Servizi, si è verificata una significativa diminuzione del numero di eventi relativamente all'inabilità temporanea (-19,9%), all'inabilità permanente (-20,3%) e - più marcatamente - per i casi mortali (-40,5). Nel comparto Agricoltura le inabilità temporanee nel periodo 2005-2009 sono diminuite del 31,1%, quelle permanenti del 10,2% e i casi mortali del 7,7%.

Le malattie professionali

Le malattie professionali, in questi ultimi anni, sono state progressivamente poste al centro dell'azione preventiva in ragione delle importanti variazioni che sono intervenute nei fattori di rischio e dei mutamenti relativi alle modalità di esposizione. Certamente le modificazioni degli ambienti di lavoro e l'evoluzione delle tecnologie produttive hanno determinato l'emergenza di fattori di rischio nuovi e la diminuzione, ma non la scomparsa, di quelli più tradizionali. Si è andata, pertanto, delineando la manifestazione di nuove patologie correlate al lavoro e la modifica dell'occorrenza delle patologie professionali classiche.

Le informazioni sulle malattie occupazionali presentano ancora oggi numerose lacune. Non sembrano esserci dubbi sul fatto che il numero di decessi legato all'insorgenza di queste patologie è in aumento.

Le tecnopatie denunciate in Emilia-Romagna sono progressivamente aumentate negli ultimi anni, passando dalle 2.445 denunciate nel 2000 alle 4.502 del 2008. L'aumento medio percentuale nei vari anni, rispetto al 2000, è stato del 43,4% (range 11,1%-84,1%). Questo andamento in incremento si è manifestato anche nel 2009 quando le malattie professionali denunciate sono state 4.919 (+ 11% rispetto al 2008), cifra che

è pari a circa la metà di quelle denunciate nell'intero nord-est (8.759) e che corrisponde al 14% delle malattie denunciate in Italia (34.646).

Questo dato assume particolare rilevanza qualora sia calato nel contesto nazionale: l'Emilia-Romagna è la regione ove si ha il maggior numero di denunce di malattie professionali. Questo primato si registra per ogni anno del periodo in esame. Poiché non esistono ragioni per ipotizzare la presenza di un più alto livello di nocività nelle aziende del territorio regionale, è molto verosimile che una ragione plausibile di questo fenomeno debba essere ricondotta ad una particolare efficacia del Sistema regionale nella ricerca di queste malattie che oggi sono largamente sottostimate nel Paese

Gli obiettivi generali di salute

La strategia per il miglioramento della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori deve rispondere all'esigenza di operare in una logica di sistema, all'interno del quale siano individuate le priorità di intervento, focalizzando l'attenzione sulle aree di attività lavorativa a maggior rischio a partire dall'edilizia e dall'agricoltura.

Il Piano Nazionale della Prevenzione individua, quali snodi fondamentali per realizzare le indicazioni previste, due strutture già a regime in questa regione:

- il Comitato di coordinamento ex articolo 7 decreto legislativo 81/08, deputato esplicitamente dal PNP alla promozione di programmi di prevenzione e controllo condivisi con le Parti sociali e le Istituzioni preposte, anche attraverso la sottoscrizione di specifici protocolli di intesa con componenti esterni al Comitato stesso;
- il Sistema informativo regionale fin da ora idoneo a dialogare con il Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro e a trattare informazioni relative sia agli infortuni sul lavoro che alle malattie professionali

È necessario garantire il funzionamento di queste due strutture e il loro potenziamento per metterle in grado di corrispondere alle nuove esigenze.

Obiettivi generali del programma sono:

- il mantenimento del trend in riduzione degli infortuni totali ed il contenimento degli infortuni mortali e di quelli con esiti invalidanti, nell'ottica di una loro riduzione pari al 15% nel prossimo triennio;
- il monitoraggio e contenimento dei fattori di rischio responsabili dell'insorgenza di patologie correlate al lavoro con particolare riguardo alle patologie neoplastiche.

Le strategie da realizzare per il raggiungimento di questi obiettivi prevedono due linee di attività, da un lato le azioni di vigilanza e controllo per verificare il rispetto delle norme di prevenzione nei luoghi di lavoro e dall'altro la realizzazione di iniziative di promozione (informazione, formazione e assistenza) nei confronti delle aziende e di tutte le figure competenti in materia.

Per quanto riguarda i controlli sull'applicazione della normativa di prevenzione posta a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, la Regione ha stabilito un obiettivo di copertura pari al controllo del 9% anno delle Posizioni Assicurate Territoriali (PAT) dichiarate da INAIL.

Oltre all'attività di controllo inserita nei progetti specifici declinati in seguito, che dovranno avere caratteristiche di omogeneità e diffusione su tutto il territorio regionale, altre azioni di vigilanza andranno programmate privilegiando interventi anche in altri comparti a rischio di infortuni e patologie lavoro-correlate (quali metalmeccanica, legno, agroalimentare, sanità ed altri individuati in base alle specificità locali).

In considerazione del costante e progressivo aumento dei processi di esternalizzazione e destrutturazione delle lavorazioni, sempre più diffusi sia nel settore manifatturiero che nei servizi, una particolare attenzione nel corso degli interventi di vigilanza andrà dedicata alla gestione degli appalti, finalizzata in special modo a verificare e migliorare le modalità di prevenzione e gestione dei rischi da interferenze.

Allo stesso modo, tenuto conto della significativa quota di infortuni mortali su strada in occasione di lavoro, nuova e particolare attenzione dovrà essere riservata agli aspetti connessi all'organizzazione della mobilità da parte delle aziende e alla gestione e manutenzione dei mezzi.

Relativamente ai controlli delle attrezzature di lavoro e degli impianti soggetti a verifica periodica, la Regione ha stabilito un obiettivo di mantenimento dei livelli complessivi di attività, compatibilmente con le novità normative e i nuovi compiti istituzionali introdotti dal decreto legislativo 81/08. L'attività di verifica dovrà essere indirizzata alle attrezzature di lavoro e agli impianti più pericolosi o installati/utilizzati in edilizia, in agricoltura ed in altri comparti a maggior rischio di infortuni, quali quelli sopra descritti. Dovranno, inoltre, essere gradualmente implementate le verifiche delle attrezzature di lavoro di cui all'allegato VII del decreto legislativo 81/08, in precedenza non soggette a controllo periodico.

Relativamente alle attività di promozione della salute e sicurezza sul lavoro, esse dovranno sostanziarsi in azioni di supporto e assistenza alle aziende che hanno più difficoltà a realizzare un efficace processo di prevenzione (in particolare le piccole e le microimprese) ed in iniziative di informazione e formazione rivolte a tutte le figure della prevenzione per implementare le loro conoscenze e competenze. Una particolare attenzione andrà garantita nei confronti dei soggetti più deboli (lavoratori autonomi, lavoratori stranieri, lavoratori con contratti "atipici").

Particolare enfasi dovrà essere attribuita alle azioni dirette alla scuola, da intendersi quale luogo e ambito privilegiato per trasmettere e veicolare contenuti e tematiche che permettano a chi si affaccia al mondo del lavoro di essere adeguatamente informato in merito alla tutela della propria salute nei luoghi di lavoro.

I progetti costitutivi del programma sono:

- Miglioramento della salute e sicurezza nel comparto agricoltura e silvicoltura;
- Tutela della salute e prevenzione degli infortuni nel comparto delle costruzioni;
- Prevenzione degli infortuni derivanti dalle attrezzature di lavoro e dagli impianti soggetti a verifica periodica;
- Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno di origine professionale;
- Prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche correlate al lavoro;
- Formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

PROGETTO 1 Miglioramento della salute e sicurezza nel comparto agricoltura e silvicoltura

Il Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro, reso esecutivo dal DPCM 17 dicembre 2007, ha previsto la progettazione e l'esecuzione di interventi di controllo e prevenzione nel settore agricoltura e silvicoltura attraverso l'adozione di un piano nazionale, cui devono corrispondere specifici piani regionali. La Regione Emilia-Romagna in esecuzione del citato decreto, ha predisposto un proprio piano diretto alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori del settore agricoltura-silvicoltura.

Questo settore si caratterizza per un'elevata incidenza relativa degli infortuni gravi e mortali che non tendono a ridursi nonostante la diminuzione progressiva degli addetti e quindi degli esposti e per una significativa prevalenza di tecnopatie, ancora non del tutto evidenziate nella loro reale occorrenza.

Gli interventi di prevenzione sono resi particolarmente complessi da alcune caratteristiche intrinseche del lavoro agricolo e del tessuto produttivo di questo comparto, caratterizzato da aziende di piccolissime dimensioni spesso a conduzione familiare e dal ricorso frequente al lavoro stagionale e alla fornitura esterna all'organizzazione aziendale di servizi agromeccanici e tecnologici.

Scopo del progetto è contribuire al miglioramento della salute e sicurezza dei lavoratori di questo settore attraverso azioni di vigilanza, informazione, formazione e assistenza.

Per contribuire in modo efficace alla riduzione degli infortuni sul lavoro e delle tecnopatie è necessario agire su più linee. È opportuno svolgere, nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento (ex articolo 7 decreto legislativo 81/08), le necessarie azioni di coordinamento tra le Pubbliche amministrazioni competenti e le Parti sociali al fine di sviluppare programmi di prevenzione condivisi. Occorre pianificare un programma di controlli, realizzati da operatori competenti, diretti alle aziende agricole, ai rivenditori e noleggiatori di macchine agricole, ai rivenditori di prodotti fitosanitari, al fine di verificare il rispetto delle normative di settore. È infine opportuno realizzare interventi informativi sui rischi lavorativi e sulle modalità di prevenirli diretti ai lavoratori e a tutti gli altri soggetti professionalmente interessati coinvolgendo nel progetto le Parti sociali, le loro strutture bilaterali e le scuole professionali agrarie (anche attraverso la partecipazione delle Amministrazioni provinciali).

Obiettivo specifico

Concorrere alla riduzione degli infortuni sul lavoro e dell'esposizione a prodotti fitosanitari attraverso azioni di vigilanza, informazione, formazione e assistenza.

Risultati attesi

- Realizzazione di programmi di vigilanza diretti alla eliminazione o riduzione dei rischi più rilevanti per la salute e la sicurezza dei lavoratori attraverso accessi ispettivi:
 - o nelle aziende agricole del territorio regionale al fine di verificare la corretta applicazione delle norme in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori;
 - o nelle aziende di rivendita e noleggio di macchine agricole, nuove e usate, di noleggio e concessione in uso di attrezzature agricole per verificarne i requisiti di sicurezza;
 - o nelle aziende di vendita dei prodotti fitosanitari per verificarne i requisiti di igiene e sicurezza, anche in attuazione alla DGR 173/2010.
- Miglioramento dei livelli di tutela della salute e della sicurezza in oltre il 90% delle aziende in cui, ai controlli, sono state evidenziate carenze delle misure di prevenzione.
- Realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento degli operatori addetti alla esecuzione del progetto.
- Realizzazione di una campagna d'informazione diretta ai venditori di macchine agricole e agli agricoltori al fine di agire sul mercato delle macchine usate e della loro messa a norma.

- Realizzazione di programmi di informazione rivolti ai diversi soggetti del sistema della prevenzione, con particolare attenzione alle scuole tecniche agrarie e ai corsi di formazione professionale.
- Predisposizione di indicazioni in materia di prevenzione dei rischi valutate nell'ambito del Comitato ex art. 7 D.Lgs 81/08.
- Elaborazione a cura del sistema informativo regionale di rapporti periodici sullo stato di salute dei lavoratori del settore e sulle attività di prevenzione realizzate; partecipazione al progetto nazionale di analisi degli infortuni gravi e mortali da macchine agricole.

Azioni principali

- Sopralluoghi ispettivi da eseguire secondo modalità definite e utilizzando strumenti di lavoro condivisi.
- Verifica degli adempimenti con criteri di valutazione condivisi.
- Predisposizione di programmi di formazione e aggiornamento degli operatori e realizzazione dei relativi corsi.
- Predisposizione raccolta e diffusione di indicazioni tecnico-operative dirette all'adeguamento delle macchine agricole alle norme di prevenzione. Predisposizione di altro specifico materiale informativo mirato a contrastare la messa in commercio di macchine usate non a norma.
- Elaborazione di materiali informativi rivolti ai soggetti della prevenzione con particolare attenzione agli studenti delle scuole tecniche agrarie e ai partecipanti ai corsi di formazione professionale.
- Raccolta e diffusione di materiali inerenti i rischi per la salute in agricoltura valutati nell'ambito del Comitato ex art. 7 D.Lgs 81/08.
- Report periodici relativi allo stato di salute dei lavoratori e sulle attività svolte; registrazione e analisi degli eventi infortunistici secondo il modello del progetto *Informo*.

Destinatari

Datori di lavoro e lavoratori di aziende agricole, soggetti della prevenzione, rivenditori di macchine agricole e prodotti fitosanitari, studenti delle scuole professionali di agraria e partecipanti ai corsi di formazione professionale.

Criticità

Collaborazione con Enti, Associazioni ed Istituti scolastici, adesione del target ai programmi di informazione.

Sistema di valutazione

- Numero aziende controllate/numero aziende da controllare (500 aziende nel 2011; 600 aziende nel 2012).
- Percentuale di aziende che hanno eliminato le carenze riscontrate in sede di ispezione rispetto alle aziende nelle quali sono state riscontrate carenze (atteso > 90%).
- Evidenza di programma di formazione e aggiornamento degli operatori addetti alla esecuzione del progetto, numero corsi realizzati/ numero corsi programmati.
- Evidenza di indicazioni tecnico-operative dirette all'adeguamento delle macchine agricole alle norme di prevenzione, evidenza di materiale informativo diretto a contrastare la messa in commercio di macchine usate non a norma.
- Evidenza di materiali informativi elaborati e diffusi.

- Evidenza di documenti tecnici valutati nell'ambito del Comitato ex art. 7 D.Lgs 81/08.
- Evidenza di report periodici; numero infortuni gravi e mortali causati da macchine agricole analizzati /numero infortuni gravi e mortali da macchine agricole avvenuti.

PROGETTO 2 Tutela della salute e prevenzione degli infortuni nel comparto delle costruzioni

Il Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro, reso esecutivo dal DPCM 17 dicembre 2007, ha previsto la progettazione e l'esecuzione di interventi di controllo e prevenzione nel settore delle costruzioni attraverso l'adozione di un piano nazionale, cui devono corrispondere specifici piani regionali. La Regione Emilia-Romagna in esecuzione del citato decreto ha predisposto un proprio piano diretto alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori edili.

Questo settore si caratterizza per un'elevata incidenza degli infortuni gravi e mortali.

Gli interventi di prevenzione sono resi particolarmente complessi da alcune caratteristiche intrinseche del settore e dello specifico tessuto produttivo, caratterizzato da un'elevata frammentazione delle imprese (in media due, tre addetti per impresa) che, in molti casi, si traduce in un'inadeguata capacità organizzativa, gestionale e di controllo, particolarmente preoccupante in un settore in cui la presenza contemporanea di più imprese nello stesso cantiere rappresenta la norma e dove la catena dei subappalti costituisce l'aspetto organizzativo più frequente.

Scopo del progetto è contribuire al miglioramento della salute e sicurezza dei lavoratori di questo settore attraverso due specifiche linee di attività:

- l'incremento e la qualificazione della attività di vigilanza;
- la realizzazione di iniziative di promozione della salute e della sicurezza.

Per contribuire in modo efficace alla riduzione degli infortuni sul lavoro è necessario agire su più linee. È opportuno svolgere, nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento (ex articolo 7 decreto legislativo 81/08), le necessarie azioni di coordinamento tra le Pubbliche amministrazioni competenti e le Parti sociali al fine di sviluppare programmi di prevenzione condivisi. Occorre pianificare un programma di controlli, anche attraverso azioni di vigilanza coordinata o congiunta con gli altri Enti titolari delle funzioni di controllo (Direzione regionale del lavoro, Inail-Ispesl, Inps, Vigili del Fuoco), realizzati da operatori competenti. È infine opportuno realizzare interventi informativi sui rischi lavorativi e sulle modalità di prevenirli diretti ai lavoratori e a tutti gli altri soggetti professionalmente interessati coinvolgendo nel progetto le Parti sociali, le loro strutture bilaterali e gli Istituti Tecnici e Professionali.

Obiettivo specifico

Concorrere alla riduzione degli infortuni sul lavoro in edilizia attraverso azioni di vigilanza nei cantieri e attività di informazione, formazione e assistenza nei confronti dei soggetti della prevenzione.

Risultati attesi

- Verifica della corretta applicazione delle norme in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nel settore delle costruzioni, secondo gli standard di copertura stabiliti dal piano regionale edilizia (pari a 4.662 cantieri/anno);
- Attività di vigilanza coordinata o congiunta con gli altri Enti titolari di funzioni di controllo (Direzione regionale del lavoro, Inail-Ispesl, Inps, Vigili del Fuoco), programmata nell'ambito dell'Ufficio operativo del Comitato di coordinamento ex articolo 7 del decreto legislativo 81/08.

- Miglioramento dei livelli di tutela della salute e della sicurezza in oltre il 90% delle aziende in cui, ai controlli, sono state evidenziate carenze delle misure di prevenzione.
- Realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento degli operatori addetti alla esecuzione del progetto.
- Realizzazione di programmi di informazione, anche in collaborazione con gli Enti bilaterali, le Scuole edili e gli Istituti Tecnici e Professionali, rivolti ai soggetti del sistema della prevenzione, per migliorare le conoscenze sui principali rischi per la sicurezza e la salute e la loro prevenzione.
- Elaborazione a cura del sistema informativo regionale di rapporti periodici sullo stato di salute dei lavoratori del settore e sulle attività di prevenzione realizzate.

Azioni principali

- Sopralluoghi ispettivi da eseguire secondo gli indirizzi del piano nazionale edilizia.
- Sopralluoghi ispettivi coordinati o congiunti con gli altri Enti titolari di funzioni di controllo .
- Verifica degli adempimenti con criteri di valutazione condivisi
- Predisposizione di programmi di formazione e aggiornamento degli operatori e realizzazione dei relativi corsi.
- Elaborazione di materiali informativi, anche in collaborazione con gli Enti bilaterali, le Scuole edili e gli Istituti Tecnici e Professionali, relativi alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori edili, rivolte ai soggetti della prevenzione.
- Report periodici relativi allo stato di salute dei lavoratori e sulle attività di prevenzione svolte.

Destinatari

Datori di lavoro del comparto edile, soggetti della prevenzione, lavoratori di imprese edili, studenti degli istituti tecnici e professionali

Criticità

Collaborazione tra Enti, associazioni e scuole, adesione del target ai programmi di informazione, formazione e assistenza

Sistema di valutazione

- Numero cantieri controllati / numero programmati.
- Numero cantieri controllati in vigilanza coordinata o congiunta / numero programmati
- Percentuale di aziende che hanno eliminato le carenze riscontrate in sede di ispezione rispetto alle aziende nelle quali sono state riscontrate carenze (atteso > 90%).
- Evidenza di programma di formazione e aggiornamento degli operatori addetti alla esecuzione del progetto; n. corsi realizzati/n. corsi programmati.
- Evidenza dei materiali informativi prodotti.
- Evidenza di report periodici.

PROGETTO 3 Prevenzione degli infortuni derivanti dalle attrezzature di lavoro e dagli impianti soggetti a verifica periodica

L'art. 71 del D.Lgs. 81/08 ha modificato il regime delle verifiche periodiche cui devono essere sottoposte le attrezzature di lavoro di cui all'all. VII del decreto medesimo, ferma restandone la titolarità in capo all'Azienda USL.

In particolare, il legislatore ha introdotto l'obbligo di verifica periodica anche per alcune attrezzature di lavoro che in precedenza non erano soggette, ha modificato e differenziato le periodicità di controllo e ha previsto la possibilità di esecuzione delle verifiche, prima di esclusiva competenza delle AUsl, anche da parte di altri soggetti pubblici o privati abilitati, come già accaduto per altri impianti (elettrici e ascensori).

Le nuove attrezzature inserite in all. VII sono: ascensori e montacarichi da cantiere, piattaforme autosollevanti su colonna, carrelli semoventi a braccio telescopico, idroestrattori a forza centrifuga, che per parametri dimensionali e di funzionamento rientrano in regime di verifica obbligatoria. A queste vanno aggiunte le attrezzature di cui al decreto 4 marzo 1982, in specifico: ponti sospesi e carri raccoglifrutta, già sottoposti a verifiche periodiche da parte delle Direzioni Provinciali del Lavoro, ma che ora rientrano nella competenza di INAIL per la prima verifica periodica e nella competenza delle AUsl per le verifiche periodiche successive.

Il quadro normativo è, però, incompleto, in quanto deve ancora essere emanato il decreto di cui all'art. 71 c. 13, relativo alle modalità di effettuazione delle verifiche e ai criteri di abilitazione degli altri soggetti.

Il Piano Nazionale della Prevenzione, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nelle sue linee di intervento prevede la definizione e attuazione di programmi di informazione, formazione e assistenza e controllo focalizzandoli sulle aree di attività lavorativa a maggior rischio a partire da edilizia e agricoltura, in conformità con il Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro, reso esecutivo dal DPCM 17 dicembre 2007.

La Regione Emilia-Romagna, in esecuzione di quanto disciplinato a livello nazionale, ha predisposto specifici piani regionali per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori dei comparti agricoltura-silvicoltura e edilizia; in particolare ha previsto che le Unità Operative Impiantistiche Antinfortunistiche (UOIA) contribuiscano, anche con azioni di vigilanza, alla realizzazione degli interventi relativi al Piano regionale edilizia e al raggiungimento dell'obiettivo di copertura percentuale delle aziende controllate.

Ha, inoltre, indicato tra i settori di intervento prioritari quello della sanità, ai fini della sicurezza sia dei lavoratori che dei pazienti.

Scopo del progetto è contribuire alla riduzione degli infortuni attraverso azioni mirate di verifica nei comparti sopradescritti, relative anche alle nuove attrezzature di lavoro di cui all'all. VII del decreto legislativo 81/08, e azioni di promozione della cultura della sicurezza.

Obiettivi specifici

- Migliorare la sicurezza delle attrezzature di lavoro e degli impianti sottoposti a verifica periodica, con particolare riferimento a quelle tipologie di maggiore complessità che presentano un più elevato livello di rischio per i lavoratori e per la popolazione con particolare riferimento all'edilizia e all'agricoltura.
- Implementare le verifiche delle nuove attrezzature di lavoro in precedenza non soggette a controllo periodico.
- Promuovere la cultura della sicurezza nella scelta e nell'uso delle attrezzature di lavoro e degli impianti attraverso azioni di informazione, formazione e assistenza, con il coinvolgimento delle Parti sociali.

Risultati attesi

- Incremento delle attività di verifica di alcune tipologie di impianti e attrezzature di lavoro, con particolare riferimento all'edilizia (aumento delle verifiche relative alle gru a torre, alle attrezzature a pressione nei cantieri edili) all'agricoltura (aumento

delle verifiche delle attrezzature di sollevamento) alla sanità (verifica degli impianti elettrici di messa a terra in almeno il 90% delle strutture sanitarie, con sale operatorie, che ne fanno richiesta) e al rischio atmosfere esplosive (omologazione di tutti gli impianti elettrici installati in luoghi con pericolo di esplosione).

- Promozione della qualità e della omogeneità dei controlli attraverso l'elaborazione e l'adozione, previa formazione specifica ed aggiornamento degli operatori, di protocolli di verifica delle attrezzature di lavoro in precedenza non soggette a controllo periodico (in particolare quelle utilizzate in edilizia ed agricoltura)
- Graduale implementazione delle verifiche delle nuove attrezzature di lavoro in precedenza non soggette a controllo periodico, in particolare per quelle utilizzate in edilizia ed agricoltura (ascensori da cantiere, carrelli semoventi a braccio telescopico, carri raccogli frutta)
- Realizzazione di interventi di vigilanza sugli impianti elettrici nei cantieri edili, utilizzando modalità e strumenti condivisi
- Miglioramento del livello di formazione dei manovratori di gru a torre e di gru su autocarro attraverso un'indagine, in collaborazione con le Scuole Edili.
- Produzione e diffusione alle associazioni datoriali e sindacali di materiale informativo attinente alla sicurezza delle attrezzature di lavoro e degli impianti.

Azioni

- Effettuazione delle verifiche di impianti e attrezzature di lavoro già soggette a verifica periodica, mediante esame documentazione, esame visivo e prove strumentali.
- Effettuazione delle omologazioni degli impianti elettrici installati in luoghi con pericolo di esplosione mediante esame documentazione, esame visivo e prove strumentali.
- Elaborazione dei protocolli di verifica di ascensori da cantiere, carrelli semoventi a braccio telescopico, carri raccogli frutta; formazione, aggiornamento e addestramento degli operatori dell'UOIA addetti alle verifiche; effettuazione delle verifiche
- Predisposizione di un verbale standard per l'effettuazione della vigilanza sugli impianti elettrici nei cantieri edili; formazione ed aggiornamento degli operatori, effettuazione degli interventi di vigilanza sugli impianti elettrici nei cantieri edili.
- Elaborazione della lista di controllo per la verifica della formazione dei manovratori di gru a torre e gru su autocarro; formazione e aggiornamento degli operatori all'uso della lista di controllo; compilazione della lista di controllo sulla formazione dei manovratori in occasione delle verifiche periodiche; elaborazione dei dati raccolti; individuazione delle azioni di miglioramento .
- Elaborazione del materiale informativo relativo a: applicazione del DPR 462/2001 in materia di verifiche di impianti elettrici di messa a terra, dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche ed impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione, protocolli di verifica nei cantieri degli impianti elettrici, degli ascensori da cantiere e dei carrelli semoventi a braccio telescopico, indicazioni per la scelta, l'uso e la manutenzione degli accessori di sollevamento; raccolta, analisi e pubblicazione dei casi di anomalia di attrezzature a pressione rilevati durante l'attività di verifica periodica nel periodo 2003-2010; divulgazione del materiale informativo alle associazioni datoriali e sindacali.

Destinatari

Datori di lavoro e lavoratori, figure della prevenzione, costruttori, rivenditori e installatori di attrezzature di lavoro, progettisti e installatori di impianti.

Criticità

Mutamento del quadro normativo, peraltro incompleto, verifiche eseguite anche da soggetti pubblici o privati abilitati, maggiore frammentazione dell'attività a causa delle diverse periodicità di verifica delle attrezzature di lavoro presenti nella stessa azienda, collaborazione di Enti.

Sistema di valutazione

- Numero di verifiche di impianti e attrezzature eseguite/numero richieste
- Numero di omologazioni degli impianti elettrici installati in luoghi con pericolo di esplosione eseguite/ numero richieste
- Evidenza dei protocolli di verifica di: ascensori da cantiere, carrelli semoventi a braccio telescopico, carri raccogli frutta; numero corsi di formazione e addestramento degli operatori effettuati/numero programmati; numero di verifiche eseguite/numero richieste.
- Evidenza del verbale standard per la vigilanza sugli impianti elettrici di cantiere; numero impianti elettrici di cantiere controllati/numero programmati.
- Evidenza del protocollo per la verifica della formazione dei manovratori di gru a torre e gru su autocarro, evidenza delle liste di controllo compilate, report annuali.
- Evidenza del materiale informativo prodotto e delle iniziative di divulgazione

PROGETTO 4 Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno di origine professionale

Il Decreto legislativo 81/08 ed il PNP 2010-2012 pongono particolare enfasi sulla necessità di realizzare azioni di prevenzione, monitoraggio e ricerca attiva delle neoplasie di origine professionale, oggi largamente sottostimate proprio in ragione della insufficienza di programmi dedicati.

Il progetto regionale diretto al monitoraggio e al contenimento del rischio cancerogeno di origine professionale prevede quanto di seguito indicato:

- l'acquisizione di informazioni tratte dai registri degli esposti ex art. 260 del decreto legislativo 81/08 e dalle notizie fornite dai medici competenti ai sensi dell'art. 40 del citato decreto;
- la ricerca attiva dei casi a alta frazione eziologica, istituendo il registro regionale dei tumori dei seni nasali e paranasali (TuNS) afferente al ReNaTuNS, residente presso ex ISPESL (art. 244 del D.Lgs. 81/08) e degli altri tipi di tumori già monitorati attraverso il sistema OCCAM;
- la pianificazione di azioni di vigilanza nelle aziende ove è presente il rischio cancerogeno, con particolare attenzione alla valutazione dei rischi e all'applicazione delle misure di prevenzione.

Il progetto prevede, inoltre, la realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento degli operatori in materia di cancerogenesi professionale, l'elaborazione di orientamenti condivisi sulle modalità di registrazione delle esposizioni nei casi non tipici e la predisposizione di strumenti di valutazione omogenei a livello regionale.

Obiettivo specifico

Contribuire all'individuazione dei tumori di origine professionale e al contenimento del rischio cancerogeno negli ambienti di lavoro attraverso il monitoraggio degli esposti, la ricerca attiva dei casi a alta frazione eziologica, la vigilanza sulla valutazione del rischio e sull'adozione delle opportune misure di prevenzione da parte delle imprese.

Risultati attesi

- Costruzione e aggiornamento di un archivio regionale degli esposti a cancerogeni professionali.
- Potenziamento della rete regionale di rilevazione dei tumori a alta frazione eziologica attraverso l'attivazione del Registro Regionale dei Tumori Naso-Sinusali, afferente al Registro Nazionale (ReNaTuNS) residente presso INAIL-ISPEL e la partecipazione al sistema OCCAM (Occupational Cancer Monitoring).
- Mantenimento ed implementazione del follow-up sull'intera coorte degli ex esposti a Cloruro di Vinile Monomero (CVM).
- Attivazione di un piano mirato di vigilanza finalizzato al miglioramento dell'adeguatezza della valutazione dei rischi e delle conseguenti misure di prevenzione adottate, da realizzarsi in almeno 200 unità locali in cui è presente il rischio cancerogeno nel 2011 e in almeno 300 unità locali nel 2012.
- Realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento degli operatori impegnati nella realizzazione del progetto.
- Sensibilizzazione relativamente al tema dei tumori di origine professionale delle categorie professionali soggette all'obbligo di denuncia.

Azioni principali

- Attivazione di uno specifico settore del Sistema informativo regionale dedicato alla raccolta dei dati relativi all'esposizione a cancerogeni professionali, utilizzando i flussi informativi provenienti dai registri degli esposti ex art. 260 del D.Lgs. 81/08, dai dati sanitari forniti dai medici competenti ai sensi dell'art. 40 del D.Lgs. 81/08 e dall'attività di vigilanza.
- Istituzione del Centro Operativo Regionale (COR) per la rilevazione ed il monitoraggio dei tumori Naso-Sinusali, sul modello già in essere per la registrazione dei mesoteliomi, e attivazione dei necessari rapporti e flussi informativi verso INAIL-ISPEL, presso cui ha sede il ReNaTuNS e partecipazione al sistema OCCAM (Occupational Cancer Monitoring).
- Mantenimento del follow-up clinico e epidemiologico degli ex-esposti a CVM presso le AUSL di Ravenna e Ferrara attraverso l'effettuazione di visite mediche specialistiche, di azioni di promozione dell'adesione al protocollo e di aggiornamento della coorte degli ex esposti.
- Sopralluoghi ispettivi nelle unità locali oggetto del piano mirato di vigilanza da eseguire secondo modalità definite ed utilizzando strumenti di lavoro condivisi.
- Predisposizione di programmi di formazione e aggiornamento degli operatori e realizzazione dei relativi corsi.
- Realizzazione di iniziative di sensibilizzazione a favore dei medici competenti sull'obbligo di denuncia dei tumori a sospetta origine professionale.

Destinatari

Lavoratori esposti e ex-esposti a rischio cancerogeno, soggetti della prevenzione, medici competenti.

Criticità

Collaborazione con reparti di diagnosi e cura ospedalieri (ORL, radioterapia, chirurgia maxillo-facciale, Oncologia, Anatomia Patologica) per garantire la piena operatività dei COR; gestione ReNaTuNS da parte di INAIL-ISPEL; adesione dei target individuati alle iniziative di sensibilizzazione.

Sistema di valutazione

- Evidenza di un settore del Sistema informativo regionale dedicato al tema.

- Attivazione del Centro Operativo Regionale per la rilevazione dei tumori nasosinuziali, partecipazione al sistema OCCAM (Occupational Cancer Monitoring).
- Evidenza del mantenimento del follow-up clinico e epidemiologico degli ex-esposti a CVM presso le AUsl di Ravenna e Ferrara.
- Numero aziende controllate/numero aziende programmate; % aziende che hanno eliminato le carenze riscontrate in sede di ispezione (atteso > 90 %).
- Evidenza di programma di formazione e aggiornamento degli operatori addetti alla esecuzione del progetto; n. corsi realizzati/n. corsi programmati
- Numero iniziative di sensibilizzazione realizzate/programmate.

PROGETTO 5 *Prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche correlate al lavoro*

In Emilia-Romagna, secondo il rapporto regionale 2009 dell'Inail, è in atto una significativa emersione delle malattie professionali, con un incremento delle segnalazioni dal 2008 al 2009 di circa l'11%. Nel 2009 sono state denunciate 4.919 malattie professionali che corrispondono al 14% delle malattie denunciate a livello nazionale. Per quanto riguarda il tipo di patologie professionali che vengono denunciate la tipologia più rappresentata è costituita dalle le malattie muscolo-scheletriche. Il progetto si pone l'obiettivo di contribuire alla prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche lavoro-correlate agendo su più fronti, da un lato potenziando le azioni di vigilanza mirate alla verifica del rispetto degli obblighi di prevenzione da parte delle imprese e dall'altro sviluppando iniziative dirette a aumentare la conoscenza sui rischi e la loro prevenzione da parte di tutti i soggetti coinvolti, con il coinvolgimento delle Parti sociali.

Obiettivo specifico

Migliorare l'ergonomia delle postazioni e dell'organizzazione del lavoro, con particolare attenzione alla movimentazione dei carichi, ai movimenti ripetitivi e alle posture incongrue, attraverso il perfezionamento da parte delle imprese della valutazione dei rischi e delle conseguenti misure di prevenzione.

Risultati attesi

- Attivazione di un Piano mirato di vigilanza finalizzato al miglioramento delle valutazioni del rischio e delle conseguenti misure di prevenzione, compresi la formazione specifica e l'addestramento, in almeno 200 aziende del territorio regionale nel 2011 e in almeno 300 aziende nel 2012, da selezionare nei comparti a maggior rischio quanto alla movimentazione dei carichi, ai movimenti ripetitivi e alle posture incongrue.
- Miglioramento dei livelli di tutela della salute e della sicurezza in oltre il 90% delle aziende in cui, ai controlli, sono state evidenziate carenze delle misure di prevenzione.
- Realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento degli operatori addetti alla esecuzione del progetto.
- Miglioramento delle conoscenze sulla prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche attraverso la realizzazione di programmi di informazione rivolti ai diversi soggetti del sistema della prevenzione, con particolare riferimento a medici competenti, RSPP, RLS, di almeno 600 aziende del territorio regionale all'anno, da individuare nei comparti a maggior rischio.

Azioni

- Sopralluoghi ispettivi da eseguire secondo modalità definite e utilizzando strumenti di lavoro condivisi.
- Verifica degli adempimenti con criteri condivisi.
- Predisposizione di programmi di formazione e aggiornamento degli operatori addetti alla esecuzione del progetto e realizzazione dei relativi corsi
- Realizzazione di iniziative di informazione rivolte ai soggetti del sistema della prevenzione.

Destinatari

Lavoratori, datori di lavoro, soggetti della prevenzione.

Criticità

Adesione del target ai programmi di informazione.

Sistema di valutazione

- Numero aziende controllate / numero aziende programmate (200 aziende nel 2011 e 300 nel 2012).
- Percentuale di aziende che hanno eliminato le carenze riscontrate in sede di ispezione rispetto alle aziende nelle quali sono state riscontrate carenze (atteso > 90%).
- Evidenza di programma di formazione e aggiornamento degli operatori addetti alla esecuzione del progetto, n. corsi realizzati/n. corsi programmati
- Numero aziende interessate da iniziative di informazione/numero aziende programmate

PROGETTO 6 Formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro

La formazione, l'informazione e l'addestramento sono obblighi previsti dal decreto legislativo 81/08. Sono processi indispensabili per l'acquisizione di conoscenze e competenze per tutti i soggetti chiamati a svolgere un ruolo nel sistema di prevenzione aziendale. Troppo spesso si trova ancora una totale carenza di formazione o, quand'anche questa sia stata effettuata, la sua qualità risulta spesso insufficiente.

Nella casistica e nella genesi degli infortuni appare quasi sempre evidente come una insufficiente formazione o una formazione superficiale, fatta al solo scopo di adempiere in modo burocratico alla norma, sia in nesso causale con l'infortunio.

Da queste pratiche considerazioni scaturisce la necessità di realizzare un progetto a valenza regionale diretto a verificare, con l'uso di strumenti omogenei, la durata, i contenuti e la qualità della formazione in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori realizzata dalle aziende. Nello stesso tempo occorre stimolare, attraverso specifiche iniziative, la realizzazione di una formazione di qualità, orientata ad un apprendimento attuato con metodologie didattiche attive. Il confronto e la concertazione con gli Enti e le Parti sociali costituisce una condizione indispensabile per ottenere una comune consapevolezza che la formazione possa davvero essere considerata più che un obbligo una opportunità strategica.

Il progetto si articola in tre linee di attività: assistenza, informazione-formazione e vigilanza, che prevedono lo sviluppo di progetti condivisi sia nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex articolo 7 del decreto legislativo 91/08, sia a livello locale con le Amministrazioni provinciali e gli Enti formatori.

Obiettivo specifico

Miglioramento dell'estensione e della qualità della formazione per tutti i soggetti operanti nei luoghi di lavoro attraverso azioni di assistenza, informazione, formazione e vigilanza.

Risultati attesi

- Attivazione di uno specifico piano mirato di vigilanza finalizzato al miglioramento dell'adeguatezza della formazione di tutti i soggetti della prevenzione in almeno il 5% delle unità locali controllate.
- Promozione di percorsi formativi di qualità.

Azioni principali

- Redazione di una Check-List per la vigilanza in materia di formazione in tutti i settori lavorativi e di una Check-List specifica per il comparto edile, predisposte e condivise da uno specifico Gruppo di lavoro regionale; vigilanza, con utilizzo di specifica Check-List, sull'adempimento dell'obbligo formativo e sulla qualità della formazione realizzata nelle aziende oggetto del piano mirato.
- Promozione nell'ambito del Comitato ex art. 7 del decreto legislativo 81/08 di programmi diretti a garantire la qualità della formazione; a livello locale coinvolgimento, sullo stesso tema, delle Amministrazioni provinciali e delle Parti sociali; realizzazione, a livello di Azienda USL, di incontri informativi diretti ai soggetti del sistema della prevenzione in materia di formazione, informazione e addestramento; emanazione di indicazioni regionali sulla qualità di percorsi formativi "tradizionali" e in FAD e loro pubblicazione su sito regionale.

Destinatari

Lavoratori, datori di lavoro, enti di formazione, soggetti della prevenzione

Criticità

Disponibilità del target alla partecipazione attiva ai processi di miglioramento della qualità della formazione; ritardi nella definizione normativa dei contenuti minimi e delle modalità della formazione.

Sistema di valutazione

- Evidenza delle Check-List per la vigilanza sulla formazione; numero di unità locali controllate con applicazione delle check-list / numero di unità locali previste dal piano mirato; numero aziende con verbali su art.37 ottemperati / numero aziende con verbali rilasciati su art.37 in materia di obblighi formativi.
- Numero iniziative di comunicazione realizzate / numero iniziative programmate; numero incontri informativi effettuati / numero incontri programmati; evidenza di indicazioni regionali sulla qualità di percorsi formativi "tradizionali" e in FAD e loro pubblicazione su sito regionale.

2.3.f La relazione tra ambiente costruito e salute

I risultati del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2009

Le malattie prevalenti nella Regione nei prossimi decenni saranno malattie croniche, quelle che sottraggono vitalità e produttività e consumano tempo e denaro. Queste malattie possono essere contenute e frenate da alcune caratteristiche delle città e dei quartieri. Parimenti, l'intollerabile spreco di anni di vita in salute persi dai cittadini per

le conseguenze di incidenti, stradali e domestici, può essere frenato da un disegno più consapevole delle strade, dei quartieri e degli edifici, oltre che da appositi interventi per l'informazione-formazione delle persone.

È noto che i comportamenti, volontari o indotti, delle persone giocano un ruolo critico nel determinare lo stato di salute dei singoli e delle comunità. In un ambiente favorevole, gli interventi che mirano a fare adottare ai cittadini comportamenti più orientati alla salute, come un minor utilizzo dell'automobile e un maggiore utilizzo della bicicletta, oppure la guida a velocità moderata, oppure il regolare esercizio fisico hanno molte più probabilità di avere successo.

Così, spesso, i cittadini hanno la consapevolezza individuale di quali comportamenti adottare per la salute, ma non altrettanto vi è consapevolezza, da parte dei decisori, di quale orientamento dare al proprio settore per creare ambienti realmente salutarî in senso ampio e di quali interventi di promozione della salute proporvi.

Su questo terreno si è sviluppato il PRP 2005/09 che ha previsto uno specifico progetto *“Prevenzione della Patologia indotta dall'ambiente costruito”* nel quale sono stati indicati i principali aspetti di salute che sono influenzati dalla forma e dall'organizzazione delle città e dei quartieri e nel quale sono stati pubblicati i principali dati epidemiologici, relativi alle patologie interessate dall'ambiente costruito, della popolazione regionale.

Un obiettivo del Piano mirava alla definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale, altri miravano alla stesura e sperimentazione di linee guida capaci di approfondire il tema dell'ambiente costruito e degli edifici come induttori dei comportamenti dei cittadini: il lavoro su questi temi, svolto in gruppi interprofessionali con i diversi soggetti istituzionali competenti, ha costituito una straordinaria occasione di approfondimento scientifico e culturale. Questo lavoro può essere la base su cui costruire, nei prossimi anni, la capacità dei Dipartimenti di sanità pubblica dell'Emilia-Romagna di contribuire autorevolmente alla prospettiva di un ambiente antropizzato più favorevole alla salute, dopo anni di sostanziale inattività su questo tema, dovuta alla consapevolezza che gli strumenti usati tradizionalmente si stavano rivelando sempre più inadeguati al modificarsi dei determinanti di salute della società moderna. Infatti, come già anticipato nel PRP 2005/09: *“I Dipartimenti di Sanità Pubblica dunque, sui temi dell'abitare, oggi abbandonano le vecchie procedure burocratiche basate sui pareri ottocenteschi e siedono invece nelle Conferenze dei Servizi e ai Tavoli multidisciplinari ove devono difendere le ragioni della Salute, spiegando e convincendo, non più disponendo.*

Il compito richiede una conoscenza sempre più approfondita delle condizioni sociali e igienico-sanitarie presenti sul territorio, in rapida evoluzione, e delle conoscenze tecnico-scientifiche su Casa e Città come “determinante chiave di salute”, anch'esse in rapida evoluzione.”

Anche le linee di lavoro riguardanti *“La prevenzione degli incidenti stradali”* e la *“Prevenzione dell'incidentalità domestica”* hanno sostanzialmente conseguito gli obiettivi prefissati. Tuttavia la valutazione di alcuni interventi riguardanti quest'ultimo progetto, ha evidenziato una minore capacità di raggiungere la popolazione straniera e la difficoltà di accettazione da parte della popolazione anziana dell'accesso domiciliare previsto dal protocollo. Per questa ragione parte delle azioni future si dovranno focalizzare su questi target specifici che, per ragioni culturali e di diffidenza, sono anche i più difficili da coinvolgere.

In generale si deve tuttavia rimarcare che le tematiche sopra descritte richiedono interventi di lunga prospettiva per modificare l'atteggiamento culturale di molti soggetti

istituzionali e professionali con diverse competenze; pertanto gli interventi attuati non hanno ancora prodotto un sufficiente cambiamento di approccio al problema nel Ssr e negli altri settori coinvolti e non hanno ancora avuto una soddisfacente traduzione in attività istituzionali.

Il problema di salute oggi

Come è già stato evidenziato più volte, la prevalenza delle malattie croniche non accenna a diminuire.

Ciò è il segno evidente di come gli interventi di prevenzione primaria non siano ancora sufficienti in quantità e qualità per contrastare il fenomeno. Ad un impegno più importante per orientare le abitudini delle persone verso scelte di salute, previsto nel Programma sugli stili di vita, deve aggiungersi un impegno altrettanto importante per rendere l'ambiente di vita un fattore determinante nel facilitare le scelte comportamentali favorevoli alla salute. C'è un'evidenza dell'*impatto dell'ambiente costruito* sulla salute fisica e mentale delle persone sufficiente per agire. Non è però possibile dire ai cittadini di camminare, fare footing, andare in bicicletta, utilizzare i mezzi pubblici per andare al lavoro, ecc. là dove non vi sono luoghi sicuri e accoglienti per svolgere queste attività che salvano la vita.

I cittadini sembrano adottare sempre meno comportamenti salutari. Secondo l'indagine PASSI 2007-2009, solo una persona su 3 della fascia 18-69 anni aderisce nella pratica alle raccomandazioni sull'attività fisica. Secondo l'indagine OKkio 2008 relativa agli scolari di 8-9 aa., i bambini che eseguono le quantità di attività fisica minima raccomandata sono il 10% mentre sono affetti da sovrappeso il 20% e da obesità il 9%. I bambini che vanno a scuola a piedi o in bici sono solo il 20%. e il 75% utilizza la TV e/o i videogiochi per almeno 2 o 3 ore al giorno.

Il Piano Regionale Integrato dei Trasporti 2010-2020 - Documento Preliminare rende conto delle modalità di spostamento delle persone in Regione: l'utilizzo dell'auto come mezzo di trasporto è passato dal 58,4% nel 2001 al 67,2 nel 2008, mentre gli spostamenti a piedi ed in bici sono passati dal 28,7 al 21,3. Il 34 % degli spostamenti di lunghezza compresa tra 1 e 2 Km sono effettuati con l'automobile privata, percentuale che sale al 68 % per distanze comprese tra i 3 e i 5 KM; tali distanze potrebbero essere coperte benissimo a piedi o in bicicletta.

Gli *incidenti stradali* sono ancora la prima causa di morte nella fascia di età 19/24 anni e producono ancora danni intollerabili sulla salute della comunità. L'Unione Europea ha fissato come obiettivo quello di ridurre entro il 2010 il numero di morti del 50% rispetto al 2000. Il raggiungimento dell'obiettivo europeo per il 2010 richiede un'ulteriore diminuzione di 9% circa per ciascuno dei due anni rimanenti. Oltre al numero assoluto di morti per Incidente stradale, un secondo aspetto importante della Sicurezza stradale è costituito dal numero medio di morti per ciascun Incidente (Rapporto o Indice di Mortalità degli Incidenti). Nel periodo 2000-2007 il Rapporto di Mortalità mostra una costante riduzione in Regione (dal 3.0% al 2.3%). La diminuzione del Rapporto di Mortalità è fortemente correlata con l'adozione di misure tecniche di miglioramento della sicurezza attiva e passiva dei veicoli, l'intensificazione dei controlli sulla strada, l'adozione di infrastrutture che rendono il traffico più sicuro (rotonde agli incroci) e il miglioramento dell'efficienza di intervento delle strutture sanitarie.

In Emilia-Romagna nel 2007 sono morti 44 pedoni (pari al 8% dei morti per incidente stradale) e ne sono stati feriti 1.549 (Rapporto di Gravità 2,8). Tale dato, in incremento, è particolarmente importante se considerato insieme alla necessità di promuovere una mobilità sostenibile che favorisce l'attività fisica delle persone.

L'*ambiente domestico* è percepito come luogo sicuro per eccellenza e sotto il nostro pieno controllo. Questa percezione è però smentita dal numero degli incidenti domestici che si registrano ogni anno in Italia e in Europa.

In Emilia-Romagna si stima che gli incidenti domestici siano 43 mila all'anno, subiti da circa 38 mila persone: nel 3-3,5% dei casi l'incidente domestico dà luogo a accesso al pronto soccorso (Dati Multiscopo ISTAT 2002, SINIACA Forlì 2003 e 2004, PASSI 2005). Nell'81% dei casi si tratta di traumi lievi (i codici bianco o verde dei Pronto Soccorso), ma in età pediatrica e negli anziani i pazienti con codice giallo o rosso raggiungono circa il 15%.

Diversi studi dimostrano l'esistenza di un gradiente socioeconomico nei ricoveri per incidente domestico tra i bambini con meno di 15 anni, particolarmente significativo tra i più piccoli (<5anni) e la persistenza delle disuguaglianze anche per differenti stadi di gravità.

Un'attenzione particolare per frequenza e gravità merita il fenomeno delle cadute nelle persone con più di 65 anni; la classe di età maggiormente interessata è quella 80-84 anni con un 24.5% del totale delle cadute. Inoltre, si verifica almeno una caduta l'anno in:

- circa un terzo delle persone al di sopra dei 65 anni
- circa la metà di quelle sopra gli 80 anni

e il 20% di questi deve ricorrere a cure mediche (Laquintana 2002).

Una caduta su dieci provoca lesioni importanti la più grave delle quali è senz'altro la frattura di femore che nel 75% dei casi porta a morte l'anziano entro il primo anno dall'evento (Bruyer e Reginster 2001).

Gli obiettivi generali di salute

Obiettivo generale del programma è la promozione di ambienti di vita e di comportamenti orientati alla salute.

I progetti costitutivi del programma sono:

- La componente salute negli strumenti di pianificazione urbanistica
- Interventi per la sicurezza stradale nei bambini e negli utenti deboli
- Interventi per la sicurezza domestica dei bambini e degli anziani

PROGETTO 1 La componente salute negli strumenti di pianificazione urbanistica

Ambienti di vita e comportamenti orientati alla salute richiedono appropriate densità abitative, quartieri sicuri con marciapiedi e piste ciclabili per grandi e piccoli, spazi verdi ed impianti per sport e tempo libero vicini, bassi livelli di traffico nelle aree abitative caratterizzate da un adeguato mix di funzioni, attraversamenti sicuri, spazi pubblici ben illuminati e sorvegliati, centri di affari ed industriali a scala umana, luoghi di lavoro e scuole ben connesse, un servizio di trasporto pubblico affidabile e frequente, facile accessibilità ai servizi pubblici essenziali e, infine, richiedono il controllo sociale del territorio.

Per tentare in ogni luogo di raggiungere le condizioni più vicine a quelle ideali sopra descritte occorre che ogni settore coinvolto nella programmazione e nella gestione del territorio e della società pensi in che cosa consistano abitazioni sicure e salubri e di prezzo accessibile, strade più sicure, quartieri più salubri che offrono spazi verdi perché le persone possano goderne nel posto dove vivono e nel posto dove lavorano, e ripensi al modo con cui le persone si spostano da un luogo ad un altro.

Occorre che il SSR acquisisca le competenze e assuma le iniziative necessarie per svolgere il suo ruolo di Advocacy sul tema.

Si propongono quindi i seguenti Obiettivi specifici

- *Diffondere tra il personale competente dei settori della pianificazione territoriale, dei trasporti e della sanità, a livello centrale e locale, le Linee Guida regionali “Definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale in tema di: esercizio fisico, incidentalità stradale, accessibilità, verde pubblico e spazi di socializzazione” (popolazione target: tecnici dei settori interessati, decisori)*

Risultati attesi

Conoscenza dei contenuti delle Linee Guida (il documento sta attualmente percorrendo il necessario iter per essere approvato dalla Regione con Delibera di Giunta) da parte dei tecnici e decisori dei settori interessati; applicazione dei contenuti delle Linee Guida negli strumenti di governo del territorio

Azioni principali

Organizzazione di un programma di disseminazione delle Linee Guida; esecuzione di iniziative formative a livello centrale ed a livello locale; costituzione di un sistema di rilevamento dell'utilizzo delle Linee Guida nei processi di pianificazione; utilizzo delle Linee Guida nei processi di pianificazione territoriale

Criticità

Volontà di collaborazione; capacità di motivare

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011:
partecipazione del personale delle AUsl, delle Province e dei comuni > 50.000 abitanti ai corsi di formazione organizzati (Standard 80 % delle AUsl, Province, Comuni > 50.000 abitanti)
 - al 31.12.2012:
utilizzo delle Linee Guida nel 70% processi di pianificazione territoriale secondo il sistema di rilevazione appositamente allestito
- *Studiare, stendere e sperimentare Linee Guida riguardanti i contenuti igienico-sanitari degli strumenti di governo dei principali settori che impattano la salute (popolazione target: tecnici dei settori interessati)*

Risultati attesi

Stesura di Linee Guida riguardanti i contenuti igienico-sanitari degli strumenti di governo dei principali settori che impattano la salute come il Piano Urbano del Traffico, il Piano dei Servizi, ecc. L'intento è di armonizzare i contenuti relativi alla “forma della città” orientata alla salute, trattata nell'obiettivo specifico precedente, con le “modalità di funzionamento della città” orientate alla salute, che sono l'oggetto del presente obiettivo specifico

Azioni principali

Formazione di un gruppo di lavoro intersettoriale ed interistituzionale; stesura del documento

Criticità

Volontà di collaborazione; capacità di motivare al cambiamento

Sistema di valutazione
Stesura del documento.

Indicatori e tempi

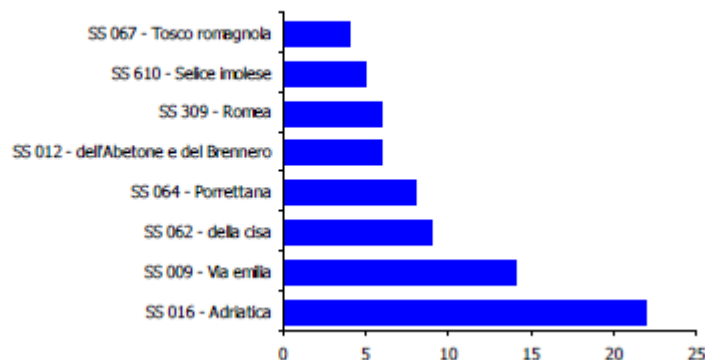
- al 31.12.2011:
formazione di un gruppo di lavoro intersettoriale ed interistituzionale (Standard: formalizzazione del gruppo)
- al 31.12.2012:
stesura delle Linee Guida (Standard: predisposizione del documento)

PROGETTO 2 Interventi per la sicurezza stradale nei bambini e negli utenti deboli

Nei centri urbani (in particolare nei comuni capoluogo di provincia) si verifica il maggior numero di incidenti, caratterizzati peraltro da una mortalità inferiore, tranne che per i pedoni. Questo andamento è verosimilmente correlato alla presenza di un sistema stradale urbano non adeguato né ai crescenti flussi veicolari né alle più frequenti interazioni veicolo-pedone.

Nel 2007 in Emilia-Romagna sono morte 193 persone per Incidenti stradali occorsi sulla rete viaria principale, di cui il 37% sulla sola rete autostradale. Complessivamente in Regione oltre la metà delle morti per Incidente stradale registrate sulle strade principali (escluse le autostrade) si è verificata su 8 strade.

Strade Statali con il maggior numero di morti in Emilia-Romagna (2007) Fonte: Rapporto Istat Aci



Il mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) è assai diffuso relativamente alle cinture di sicurezza posteriori e ai sistemi di ritenuta dei bambini.

La letteratura è concorde nel vedere nella riduzione dei chilometri percorsi con l'automobile privata, nella riduzione delle velocità di percorrenza, nel miglioramento delle infrastrutture e nell'utilizzo dei DPI gli interventi efficaci per il contenimento dell'impatto sulla salute del sistema di mobilità.

Occorre che il SSR acquisisca le competenze e assuma le iniziative necessarie per svolgere il suo ruolo di Advocacy sul tema.

Si propongono quindi i seguenti Obiettivi specifici

- *Diffondere tra il personale competente dei settori della pianificazione territoriale, dei trasporti e della sanità, a livello centrale e locale, le Linee Guida regionali "Definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale in tema di: esercizio fisico, incidentalità stradale, accessibilità, verde pubblico e spazi di socializzazione" relativamente agli aspetti dell'incidentalità stradale (popolazione target: tecnici dei settori interessati, decisori)*

Risultati attesi

Conoscenza dei contenuti delle Linee Guida (il documento sta attualmente percorrendo il necessario iter per essere approvato dalla Regione con Delibera di Giunta) da parte dei tecnici e decisori dei settori interessati; applicazione dei contenuti delle Linee Guida negli strumenti di governo del territorio

Azioni principali

Organizzazione di un programma di disseminazione delle Linee Guida; esecuzione di iniziative formative a livello centrale ed a livello locale; costituzione di un sistema di rilevamento dell'utilizzo delle Linee Guida nei processi di pianificazione; utilizzo delle Linee Guida nei processi di pianificazione territoriale

Sistema di valutazione

n. persone formate; n. di enti raggiunti; n. di strumenti di governo locali del territorio che hanno applicato le Linee Guida.

Indicatori e tempi

- al 31.12.2011:
partecipazione del personale delle AUsl, delle Province e dei comuni > 50.000 abitanti ai corsi di formazione organizzati (Standard 80 % delle AUsl, Province, Comuni > 50.000 abitanti)
- al 31.12.2012:
utilizzo delle Linee Guida nel 70% processi di pianificazione territoriale secondo il sistema di rilevazione appositamente allestito
- *Studiare, stendere e sperimentare Linee Guida riguardanti i contenuti igienico-sanitari del Piano Urbano del traffico ed i contenuti igienico-sanitari relativi ai compiti e alle funzioni del Mobility Manager (popolazione target: tecnici dei settori interessati)*

Risultati attesi

Stesura di Linee Guida riguardanti i contenuti igienico-sanitari del Piano Urbano del Traffico. L'intento è di armonizzare i contenuti relativi alla "forma della città" orientata alla salute, trattata nell'obiettivo specifico precedente, con le "modalità di funzionamento della città" orientate alla salute, che sono l'oggetto del presente obiettivo specifico

Azioni principali

Formazione di un gruppo di lavoro intersettoriale ed interistituzionale; stesura del documento.

Sistema di valutazione

Stesura del documento.

Indicatori e tempi

- al 31.12.2011:
formazione di un gruppo di lavoro intersettoriale ed interistituzionale (Standard: formalizzazione del gruppo)
- al 31.12.2012:
stesura delle Linee Guida (Standard: predisposizione del documento)
- *Diffondere l'intervento per incoraggiare l'utilizzo dei Dispositivi di protezione individuale da parte dei bambini già messi a punto con il precedente PRP denominato "Allacciali alla vita" (popolazione target: giovani della scuole materna e primaria)*

Risultati attesi

Incremento del numero di bambini che utilizza i dispositivi di protezione individuale in automobile;

Azioni principali

- attivazione di un sistema di monitoraggio locale dell'uso dei DPI nei bambini (% bambini delle scuole materne e primarie che utilizzano i DPI);
- disseminazione in ogni realtà provinciale dell'intervento "Allacciali alla vita", che prevede la motivazione dei genitori e dei bambini all'utilizzo del DPI ed accordi con le forze dell'ordine per intensificare i controlli.

Sistema di valutazione

n. interventi realizzati; n. scuole coinvolte; n. bambini raggiunti (% bambini delle scuole materne e primarie che utilizzano i DPI)

Indicatori e tempi

- al 31.12.2011:
costituzione e attivazione di un sistema di monitoraggio delle iniziative avviate e della percentuale dei bambini che utilizzano i DPI (Standard: avvio del sistema di monitoraggio)
 - al 31.12.2012:
diffusione degli interventi (Standard: avvio di un intervento ogni 100.000 abitanti)
- *Attivare e diffondere gli interventi di utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori (popolazione target: tutta la popolazione)*

Risultati attesi

Incremento dell'utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori;

Azioni principali

Valutazione dei motivi che favoriscono il mancato utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori; predisposizione di una campagna di comunicazione; esecuzione dell'intervento

Sistema di valutazione

% persone che utilizzano le cinture di sicurezza posteriori.

Indicatori e tempi per la scheda ministeriale:

- al 31.12.2011:
studio e predisposizione della campagna (Standard: evidenza)
- al 31.12.2012:
esecuzione della campagna (Standard: incremento del 10 % delle persone che utilizzano le cinture di sicurezza posteriori secondo PASSI).

Tutti gli interventi citati sono caratterizzati dalle seguenti criticità:

Volontà di collaborazione; capacità di motivare al cambiamento; capacità di sviluppare un numero di interventi significativo e capillare sul territorio

PROGETTO 3 *Interventi per la sicurezza domestica dei bambini e degli anziani*

Obiettivi specifici

Miglioramento della percezione del rischio e delle relative capacità di gestione da parte della popolazione target con la realizzazione in ogni AUsl di almeno una azione

per la prevenzione dedicata ai bambini e almeno una azione per gli ultrasessantacinquenni.

Risultati attesi

Riduzione dell'incidenza e della gravità degli incidenti domestici nella popolazione target

Nell'ambito del progetto sono previste le seguenti 5 azioni:

▪ *Percorso informativo strutturato per genitori associato a visite domiciliari*

L'intervento è rivolto alle gestanti che affrontano i percorsi di preparazione al parto, alle mamme che frequentano i "punti nascita", ai genitori di nuovi nati che accedono al Servizio di Pediatria di comunità per la somministrazione della prima dose vaccinale. Dopo un primo contatto con i genitori, gli operatori propongono un percorso formativo con incontri che puntano a verificare il grado di consapevolezza dei genitori sui fattori di rischio in casa, avvalendosi di diversi strumenti: durante il primo incontro viene somministrato un questionario di percezione del rischio; successivamente viene presentato il programma e consegnato un opuscolo informativo sui rischi per i bambini in ambiente domestico e loro soluzioni, infine proposta una visita a domicilio per valutare insieme ai genitori i fattori di rischio presenti nelle proprie abitazioni e gli accorgimenti utili per ridurre il rischio. Il percorso si chiude con una nuova somministrazione del questionario sulla valutazione del rischio sia in caso di accesso domiciliare che in caso contrario. Oltre al questionario il personale coinvolto ha a disposizione una checklist per la rilevazione dei fattori di rischio e opuscoli informativi multilingua. È allo studio l'inserimento del percorso informativo nel bilancio di salute a cura del PLS.

Destinatari

Gestanti e genitori nuovi nati

Criticità

Adesione dei genitori all'accesso domiciliare, coinvolgimento PLS

Sistema di valutazione

Numero di accessi effettuati / Numero di genitori contattati > 30%

▪ *Percorso informativo strutturato per le donne migranti*

Attraverso la rete di associazioni di donne straniere già attiva sul territorio (Intrecci), viene organizzata la formazione delle mediatrici, delle referenti di associazioni di donne migranti e di donne native e straniere e degli spazi per le donne ed i loro bambini sul problema, viene poi realizzato un Open Space Technology (OST) in 4 giornate per il successivo intervento di "Home visits", 36 incontri organizzati nelle case di donne migranti in cui vengono invitate da un minimo di quattro ad un massimo di sei persone. Si prevedono inoltre interventi informativi mediati da attività artistico-comunicative (mimo, video documenti e installazioni) da svolgere nei principali punti d'aggregazione delle donne migranti.

Destinatari

Famiglie straniere

Criticità

Adesione delle famiglie al percorso proposto,

Sistema di valutazione

realizzazione di almeno il 75% delle home visits programmate

▪ *Percorso informativo strutturato per genitori attraverso le istituzioni educative*

Si tratta di un intervento di comunicazione sul rischio, effettuato in collaborazione con il personale dei servizi educativi, che consiste nell'organizzazione di incontri informativi tra gli operatori e insegnanti di nido, materne, centri gioco, centri famiglia e genitori e nonni dei bambini. Durante gli incontri vengono fornite indicazioni sui fattori di rischio e le misure di prevenzione degli incidenti domestici, ottenibili tramite semplici accorgimenti. Gli incontri sono supportati da opuscoli informativi multilingue e materiale audiovisivo (cortometraggi e "spot" con personaggi in plastilina). È inoltre prevista la realizzazione di un "bus" itinerante attrezzato con percorsi ludico-formativi rivolti ai bambini al fine di rendere più fruibili i momenti di sensibilizzazione e informazione anche per gli educatori e i genitori. I soggetti partner del progetto sono operatori di nidi, materne, centri gioco, centri famiglia e genitori dei bambini, enti locali (Comune), coordinamenti pedagogici.

Destinatari

Famiglie bambini 0-4 aa

Criticità

Collaborazione con i servizi educativi e partecipazione delle famiglie alle iniziative proposte

Sistema di valutazione

Numero di incontri effettuati/numero incontri programmati > 70%

▪ *Interventi informativi/formativi strutturati per ultrasessantacinquenni nei centri sociali*

L'azione consiste nell'organizzazione di incontri informativi nei centri sociali e di aggregazione (centri anziani, circoli sindacali, parrocchie, associazioni sportive e ricreative, università della terza età, etc.), alla presenza di operatori dell'Azienda USL, finalizzati a focalizzare l'attenzione sul problema degli incidenti domestici. Per l'organizzazione degli incontri ci si avvale di materiale sia in distribuzione cartacea (depliant informativi e locandine) che audiovisivi (cortometraggi e spot).

Destinatari

Ultrasessantacinquenni

Criticità

Collaborazione con i centri sociali

Sistema di valutazione

Numero di incontri effettuati/numero incontri programmati > 70%

▪ *Interventi informativi/formativi a domicilio con rilevazione degli aspetti strutturali dell'ambiente domestico*

L'azione si basa su un'evidenza di maggior efficacia nella comunicazione del rischio che avviene nell'ambito di una relazione di fiducia e all'interno della abitazione dell'interessato. In occasione degli incontri informativi organizzati nei centri sociali e di aggregazione (vedi azione d), vengono "reclutati" dei volontari disponibili a effettuare gli accessi (volontari "esperti"), poi opportunamente formati. Viene quindi offerto un accesso domiciliare a altri anziani interessati a ricevere la visita dei volontari esperti. Il consenso a ricevere l'accesso domiciliare da parte degli anziani può avvenire con diverse modalità, sia spontanee (raccolte contestualmente all'incontro pubblico, passa-parola tra pari, invio di lettere, presentazione in occasione di altri incontri

pubblici e così via) che su segnalazione da parte dei MMG o dei servizi sociali. La visita domiciliare per la valutazione dei rischi (basata su una semplice check-list) ha l'obiettivo di fornire suggerimenti su comportamenti sicuri e accorgimenti da adottare per migliorare la sicurezza dell'ambiente domestico. In caso di ambienti domestici particolarmente problematici potrà essere effettuato un sopralluogo più approfondito da personale DSP oppure potrà essere contattato il personale dei Comuni e/o dei CAAD (Centri Provinciali per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico) per i casi che necessitano di consulenze più articolate o specifiche azioni di adattamento.

Destinatari

Ultrasessantacinquenni con adesione spontanea e su segnalazione dei MMG e/o dei servizi

Criticità

Accettazione degli accessi domiciliari da parte degli anziani e gestione dei rapporti con i partner di progetto (CAAD, MMG,....)

Sistema di valutazione

Numero di accessi effettuati /Numero accessi programmati > 50%

2.3.g La vigilanza e il controllo sui rischi presenti in ambienti di vita e di lavoro

Il problema di salute oggi

La valutazione preventiva, parte integrante del percorso per l'avvio/modifica di attività sottoposte a regime autorizzatorio da parte della Pubblica Amministrazione (P.A.) e la vigilanza/controllo sono attività "storiche" degli Uffici/Servizi di prevenzione del SSN. Anche oggi sono tra le attività principali svolte dai Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP).

Dall'analisi dei dati di attività e di utilizzo del personale riguardanti i Dipartimenti di Sanità Pubblica dell'Emilia-Romagna, si può stimare che l'attività di vigilanza possa assorbire almeno il 50% delle risorse dei DSP.

La valutazione preventiva veniva assicurata sostanzialmente su qualsiasi iniziativa soggetta a autorizzazione da parte della P.A. e veniva esercitata attraverso la verifica della presenza, nella fase progettuale, di determinati requisiti, prevalentemente strutturali o infrastrutturali, codificati da norme di vario ordine. La vigilanza/controllo veniva invece esercitata ex-post, basata prevalentemente sul mantenimento dei requisiti previsti da norme, sovente di carattere formale, e in buona parte attivata su segnalazione.

Due eventi hanno messo in crisi negli ultimi 20 anni il modello.

Si è progressivamente constatata la scarsa efficienza di un sistema regolatorio basato in modo diffuso e onnipresente sull'autorizzazione ex-ante, e la scarsa efficacia di attività di vigilanza/controllo basate sulla verifica di requisiti formali e attivate prevalentemente su richiesta. Parallelamente, si è fatta strada in modo progressivo la tendenza alla semplificazione amministrativa, attraverso la deburocratizzazione dei percorsi nei rapporti tra privato e P.A., tendenza sancita da numerosi provvedimenti legislativi comunitari, nazionali e regionali, che hanno progressivamente portato a una forte responsabilizzazione dei soggetti titolari di attività (produttori, progettisti, esercenti, ecc.).

Va ribadito che i fenomeni citati hanno incrinato il "modello" storico di vigilanza, ovvero la metodologia e l'organizzazione attraverso cui veniva esercitata. Il tema

centrale oggi non è quindi la rinuncia all'esercizio della "funzione" ma bensì: come renderne efficace lo svolgimento, affinché possa ritornare valido strumento di tutela della salute collettiva.

In tal senso, il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 invita a "spostare l'attenzione dalla fase precedente l'avvio dell'attività...a quella di esercizio e prestando attenzione a due livelli: - la verifica del rispetto dei requisiti quali precondizioni per la tutela della salute e dell'ambiente (verifica di conformità)... - il monitoraggio degli effettivi risultati in termini di protezione di salute..."

Già da alcuni anni a livello regionale e nelle Aziende sanitarie sono stati compiuti significativi progressi nel ripensare le attività di valutazione preventiva e di vigilanza/controllo negli ambienti di vita e di lavoro nel nuovo contesto e alla luce delle nuove consapevolezze. In particolare, si è progressivamente sviluppata la capacità nei DSP, pur in modo disomogeneo, di programmare l'attività di vigilanza/controllo secondo criteri di priorità e di sviluppare interventi secondo la logica dei "Piani mirati", ove dette attività vengono esercitate in modo coerente con le altre attività di prevenzione (l'informazione, l'assistenza, la formazione, ecc.).

È necessario oggi portare a compimento tale processo e far diventare "sistema" il nuovo "modello".

Gli obiettivi generali

- la valutazione preventiva va riservata ad "oggetti" di particolare rilevanza sanitaria e complessità e esercitata non solo facendo riferimento a quanto prescritto da norme, ma prioritariamente attraverso processi di valutazione dei rischi. In tal senso, richiede l'acquisizione di competenze tecniche anche di alta specialità, in grado di effettuare valutazioni e esprimere pareri, in modo documentato e articolato, proporzionati alla complessità della casistica.
- L'attività di vigilanza/controllo va potenziata e ripensata. Il PNP 2010-2012 indica che: "L'attività di controllo non deve scaturire dalla risposta all'evento occasionale...o ad una attività di routine avulsa dalle effettive esigenze del territorio, ma deve rispondere alle indicazioni di priorità che derivano dalla valutazione del rischio e, privilegiando il lavoro per obiettivi, consentire un corretto utilizzo delle risorse...Il processo programmatico si inverte:...non più..."prima ciò che è previsto dalla legge"...ma "prima ciò che è necessario e efficace".
- Va quindi ulteriormente ampliata la quota programmata direttamente dai Servizi (anche utilizzando le segnalazioni in ingresso) secondo scelte di priorità basate sulla valutazione dei rischi; ne va migliorata l'efficacia attraverso la selezione di Buone Pratiche e la revisione dei processi interni; va infine sostenuta da competenze tecniche adeguate alla complessità dell'"oggetto" del controllo.
- Valutazione preventiva e vigilanza/controllo devono configurarsi come strumenti dei DSP utili alla tutela della salute della popolazione. In tal senso, vanno esercitati in modo armonico e sinergico agli altri strumenti dei Servizi di Sanità Pubblica, quali l'assistenza, l'informazione, l'educazione alla salute, la documentazione, ecc.
- L'attività di vigilanza/controllo va esercitata secondo metodologie/criteri tendenzialmente omogenei all'interno dei Servizi di Sanità Pubblica e deve rispondere a standard qualitativi riconosciuti. In tal senso, è parte costitutiva dei processi di accreditamento dei DSP e dei suoi Servizi.

Sono 4 i Progetti costitutivi del Programma:

- Costruzione nei DSP di un nuovo Sistema Informativo sui luoghi di vita e di lavoro;
- Riorientamento delle attività di valutazione preventiva e di vigilanza/controllo alla luce delle modifiche del quadro normativo;
- Ridefinizione delle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo;
- Sostegno all'attuazione del Programma attraverso la formazione/aggiornamento degli operatori.

PROGETTO 1 Costruzione nei DSP di un Sistema Informativo sui luoghi di vita e di lavoro

Il potenziamento e la riformulazione dell'attività di vigilanza/controllo in senso più programmato e selettivo ha come prerequisito la presenza di anagrafi degli "oggetti" della vigilanza, complete, aggiornate e aggiornabili e facilmente consultabili. Esse dovrebbero altresì essere interfacciabili con altri sistemi informativi e coerenti con le necessità di elaborazione sovraordinata. Ne consegue che i sistemi informativi dei DSP dovrebbero essere sostanzialmente omogenei o comunque capaci di interlocuire tra le AUsl e con la Regione.

Oggi i sistemi informativi dei DSP sono parziali nella "copertura" delle attività, disomogenei e differenziati nelle diverse Aziende e con livelli di aggiornamento assolutamente differenti.

Va invece impostato un Sistema Informativo su base regionale, basato su interfaccia WEB, che consenta la gestione informatizzata delle procedure/attività/servizi che fanno capo ai Dipartimenti di sanità pubblica, con particolare riferimento alle attività di vigilanza/controllo, in un'ottica di miglioramento, trasparenza, semplificazione e monitoraggio in tempo reale delle stesse, che possa anche rispondere a quanto disposto dal Ministero della funzione pubblica in materia di informatizzazione e dematerializzazione dei documenti.

Il Sistema Informativo deve essere in grado di:

- uniformare e omogeneizzare, sulla base di standard definiti dalla Regione, le modalità/procedure di raccolta dati di attività/servizi a livello locale;
- consentire alla Regione di colloquiare in maniera bidirezionale con i DSP;
- basarsi su una Anagrafe delle "Unità locali" di tipo dipartimentale, unica ed univoca, trasversale ai diversi Servizi dei DSP;
- creare un sistema dinamico, con struttura a "datawarehouse" che possa accogliere dati informativi aggregati sulle aree d'interesse;
- avere in tempo reale una reportistica aggiornata e autoalimentata per gli usi regionali;
- dare visibilità al cittadino sugli iter procedurali e sullo stato delle pratiche con possibilità di interlocuire direttamente con le strutture del Servizio sanitario regionale coinvolte nel procedimento, attraverso uno strumento semplice e trasparente che permetta di minimizzare i tempi di attesa e dialogare in maniera costante con la P.A.

Gli obiettivi specifici

Costruzione nei DSP di un Sistema Informativo sui luoghi di vita e di lavoro che abbia le caratteristiche prima enunciate, attraverso le seguenti fasi:

- Analisi preliminare: entro 30 giugno 2011
- Progettazione del Sistema e costruzione del software sperimentale: entro 31 dicembre 2011
- Avvio del sistema nel 50% delle Aziende: entro 31 dicembre 2012

Criticità

Allineamento dei differenti sistemi informativi esistenti nelle diverse Aziende con il nuovo Sistema

Il sistema di valutazione

Verifica documentale del raggiungimento degli obiettivi prefissati

PROGETTO 2 Riorientamento delle attività di valutazione preventiva e di vigilanza/controllo alla luce delle modifiche del quadro normativo

Come ricordato nell'introduzione all'argomento, nell'ultimo ventennio si è fatta strada in modo progressivo la tendenza alla semplificazione amministrativa, attraverso la deburocratizzazione dei percorsi nei rapporti tra privato e P.A., tendenza sancita da numerosi provvedimenti legislativi comunitari, nazionali e regionali.

Il processo di adeguamento delle attività dei DSP al quadro normativo è già in atto da tempo. Tale percorso va ora portato a termine e, nel contempo, aggiornato alle ulteriori norme promulgate in materia di semplificazione amministrativa negli ultimi mesi (le Leggi regionali 4 e 7 del 2010 e la Legge nazionale 122/2010), rimuovendo tutte le attività non congrue e pertanto "obsolete" e prestando altresì attenzione alla coerenza/unificazione delle istruttorie interne ai DSP sottese a eventuali diversi regimi autorizzativi. Nel contempo i DSP dovranno "spostare" l'attività di controllo/vigilanza in fase successiva a quella "autorizzatoria" utilizzando i relativi flussi informativi per programmare l'attività in base a criteri di rischio, verificando anche il rispetto delle eventuali indicazioni rilasciate in fase di valutazione preventiva laddove ancora previste.

Gli obiettivi specifici

- Azzeramento delle attività "obsolete" svolte dai DSP:
 - azzeramento delle attività già riconosciute come "obsolete" (ex DGR 1446/2007) e ancora svolte in parte residuale: entro 30 giugno 2011
 - individuazione regionale e formulazione di proposta alla Giunta, per l'adozione, di ulteriori attività da ritenersi "obsolete" e di aggiornamenti procedurali sulla base della più recente normativa: entro 30 giugno 2011
 - azzeramento delle ulteriori attività "obsolete" nella pratica dei DSP: entro 31 dicembre 2012

I destinatari

Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende sanitarie, Enti locali, Associazioni di categoria, ARPA

Criticità

- Il permanere nei DSP di usi/consuetudini di lavoro consolidate e rituali
- Le disomogeneità applicative degli indirizzi e delle norme tra Enti diversi, sia sotto il profilo contenutistico che nella tempistica.

Il sistema di valutazione

Riduzione di almeno il 50% delle attività "obsolete" (ex DGR 1446/2007) in tutti i DSP della Regione al 31 dicembre 2011, come da Relazioni Annuali 2011;

- Presenza di proposta formale alla Giunta regionale su ulteriori attività "obsolete" e aggiornamenti procedurali, al 30 giugno 2011;

- Azzeramento delle attività “obsolete” (ex DGR 1446/2007) in tutti i DSP della Regione al 31 dicembre 2012, come da Relazioni Annuali 2012;
- Riduzione di almeno il 20% delle ulteriori attività “obsolete” in tutti i DSP della Regione al 31 dicembre 2012, come da Relazioni Annuali 2012.

PROGETTO 3 Ridefinizione delle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo

L'attività di vigilanza/controllo va potenziata e ripensata. In particolare, va ulteriormente accelerato e diffuso in tutto il DSP il processo di superamento di una vigilanza concepita come basata prevalentemente sulle segnalazioni, al di là di qualsiasi valutazione del rischio, e privilegiata l'attività programmata direttamente dai Servizi (anche utilizzando le segnalazioni in ingresso), secondo scelte di priorità basate sulla valutazione dei rischi. Vigilanza e controllo vanno sostenuti con competenze tecniche adeguate alla complessità dell'“oggetto” del controllo

L'attività di vigilanza/controllo va esercitata secondo metodologie/criteri tendenzialmente omogenei all'interno dei Servizi di prevenzione e deve rispondere a standard qualitativi riconosciuti e essere sempre più orientata alla verifica dei processi e di sistema..

Tale percorso di riorientamento è peraltro già in atto, promosso anche dal documento regionale “Indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di cure primarie, di salute

mentale e di sanità pubblica”, approvato con DGR 2011/2007. In particolare, in questi anni è accresciuta la capacità di programmazione dell'attività di vigilanza, anche se in modo disomogeneo tra i diversi Servizi dei Dipartimenti. Dalle Relazioni annuali 2009, si evince, a es., che il 74% degli “accessi” (sopralluoghi + verifiche) dei SPSAL e il 75% di quelli effettuati dai SIAN è avvenuta su programma, mentre l'attività ispettiva dei SIP si è basata sulla programmazione in circa il 50% della casistica.

Proprio per favorire l'omogeneità interna, il percorso di ridefinizione delle metodologie della vigilanza terrà conto dell'esperienza fatta in questi anni nella Regione Emilia-Romagna nel campo della sicurezza alimentare, ricercando coerenza tra i modelli, nel rispetto delle normative specifiche di riferimento per l'attività di vigilanza e controllo di competenza dei diversi Servizi del DSP.

I suoi contenuti, infine, saranno parte costitutiva dei processi di accreditamento dei DSP: dovranno fare riferimento e costituire dettaglio, anche con suoi successivi aggiornamenti, al Documento “Requisiti specifici per l'accreditamento dei Dipartimenti di Sanità Pubblica”, in via di adozione da parte della Giunta regionale, con particolare riferimento a quanto previsto ai Capi: “Processi di pianificazione e progettazione”, “Programmi integrati e ambiti di integrazione” e “Vigilanza e controllo”:

Gli obiettivi specifici

- Definizione di linee guida regionali per le AUsl sulle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo negli ambienti di vita e di lavoro da parte dei DSP, con particolare riferimento a:
 - criteri di selezione delle priorità,
 - individuazione delle possibili diverse tipologie di vigilanza/controllo (autocontrollo, audit, ispezioni, verifiche, ecc.)

- indicazioni per l'esercizio integrato/trasversale delle attività di vigilanza su temi a bassa complessità tra Servizi/Enti diversi
- definizione di indicatori omogenei per la rendicontazione dell'attività, ivi compresi gli indicatori di "copertura"
- definizione di strumenti per la comunicazione degli obiettivi/risultati delle attività
- metodi di integrazione della vigilanza/controllo con altri strumenti di sanità pubblica (informazione, assistenza, formazione),
in modo coerente con i modelli in adozione nel campo della sicurezza alimentare: entro il 31 dicembre 2011
- Diffusione ed implementazione delle linee guida in tutte le AUsl: entro il 31 dicembre 2012
- Aggiornamento del Documento "Requisiti specifici per l'accreditamento dei DSP": entro 31 dicembre 2012

I destinatari

Dipartimenti di Sanità Pubblica

Criticità

- Il permanere nei DSP di usi/consuetudini di lavoro consolidate e rituali
- Le disomogeneità di approccio tra l'ambito della sicurezza alimentare e quello dell'igiene e sicurezza degli ambienti di vita

Il sistema di valutazione

- presenza formale delle Linee guida regionali, contenenti indicazioni su tutti i punti esplicitati negli "Obiettivi specifici", al 31 dicembre 2011
- Diffusione formale delle Linee guida alle Aziende sanitarie al 30 giugno 2012
- Evidenza dell'aggiornamento del Documento "Requisiti specifici per l'accreditamento dei DSP" secondo le LG regionali entro 31 dicembre 2012
- Presenza delle indicazioni contenute nelle Linee guida regionali nei documenti ufficiali di programmazione 2013 di tutte le Aziende sanitarie

PROGETTO 4 Sostegno all'attuazione del Programma attraverso la formazione/aggiornamento degli operatori

Il riorientamento del ruolo dei DSP, con particolare riferimento alla funzione di vigilanza/controllo negli ambienti di vita e di lavoro, non può avere successo solo con l'individuazione dei punti critici su cui agire e sull'adozione di atti/documenti regionali di ridefinizione di modelli e metodi di lavoro.

È indispensabile un forte investimento sulla formazione/aggiornamento degli operatori, che coinvolga sia quelli già in attività per favorire il superamento di metodologie da tempo in atto, sia il personale di recente ingresso, sia coloro ancora in fase di formazione universitaria.

I contenuti della formazione/aggiornamento saranno di tipo metodologico, per quanto concerne la programmazione e l'esercizio della vigilanza, ma dovranno anche accrescere le competenze tecniche degli operatori, per metterli in grado, in modo integrato, di affrontare con piena autorevolezza le complessità odierne dei temi connessi con l'igiene e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, nonché svolgere in modo qualificato le attività di informazione e formazione sulle problematiche specifiche.

Il Progetto di formazione/aggiornamento terrà conto dell'esperienza fatta in questi anni nella Regione Emilia-Romagna nel campo della sicurezza alimentare.

Gli obiettivi specifici

- Costruzione di sinergie con le Università della Regione che gestiscono Corsi di laurea per Tecnici della prevenzione (Bologna e Parma), per una ulteriore connessione della parte teorica del Corso ai problemi prioritari di salute della popolazione regionale e, nel contempo, per un ampliamento ed una miglior strutturazione della parte pratica attraverso tirocinii presso i DSP delle AUsl:
 - Sviluppo dell'integrazione tra Regione e Università di Bologna, finalizzata a introdurre nel piano di studi del corso di laurea per Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (TPALL) seminari o altre occasioni di formazione ancorata alla realtà dell'Emilia-Romagna, con particolare riferimento ai temi della sicurezza sul lavoro e della relazione ambiente-salute: entro 30 giugno 2011
 - Attuazione dei primi eventi formativi: entro 31 dicembre 2011
- Attivazione, in collaborazione con il Corso di laurea TPALL dell'Università di Bologna, di un Piano formativo a scala regionale, rivolto al personale in servizio, in materia di riorientamento delle attività dei DSP, con particolare riferimento alla vigilanza/controllo e alla implementazione delle Linee Guida di cui al Progetto 3, rivolto a:
 - personale strutturato, anche per la formazione di operatori in grado di svolgere funzioni di tutoraggio: entro il 31 dicembre 2012
 - personale di recente ingresso, da avviare a percorsi strutturati di inserimento nelle attività di vigilanza/controllo: entro il 31 dicembre 2012
 - Costruzione di sinergie con il Corso di laurea TPALL dell'Università di Bologna per la qualificazione post-laurea del personale attraverso l'organizzazione di Corsi di alta formazione o Master su temi specifici (es.: edilizia, igiene del lavoro, tutoraggio, ecc.): entro il 31 dicembre 2012
- Costruzione di sinergie con il Corso di laurea TPALL dell'Università di Bologna per l'attivazione della Laurea Magistrale: entro il 31 dicembre 2011

I destinatari

Tecnici della prevenzione in formazione universitaria e operatori in servizio presso i DSP delle AUsl della Regione Emilia-Romagna

Criticità

- Integrazione fra Servizio sanitario regionale e Università
- Risorse economiche e professionali da dedicare al progetto

Il sistema di valutazione

- Evidenza documentale
- numero e tipologia eventi formativi eseguiti versus programmati
- numero operatori formati

2.3.h Le emergenze di sanità pubblica

Il problema di salute oggi

I cambiamenti climatici, la globalizzazione con conseguente movimento di persone e di merci e l'accentuazione delle disuguaglianze in salute (per l'aumento della povertà e del rischio crescente di esclusione di fasce di popolazione dal godimento dei diritti di

cittadinanza) hanno determinato, nel mondo, una maggiore diffusione di emergenze cui far fronte. Anche nel nostro Paese e in Emilia-Romagna gli effetti di tali fenomeni cominciano a essere evidenti comportando un notevole impegno da parte della Sanità pubblica.

Negli ultimi anni, in Emilia-Romagna, è stata particolarmente impegnativa l'attività legata alle emergenze di tipo infettivo, in particolare alle malattie emergenti legate ai fenomeni citati e alla trasmissione da vettori: nel 2007 l'epidemia di Chikungunya che ha coinvolto alcune zone della Romagna e poi la malattia di West Nile, che nel corso del 2008 ha interessato un'area geografica al confine tra Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia. Nel 2009 si è infine presentato il problema della pandemia influenzale.

A fianco delle emergenze di tipo infettivo, va ricordata l'attività dei Servizi sanitari, ivi compresi i DSP, in corso di emergenze di tipo chimico o connesse a eventi naturali catastrofici o anomali, sotto il coordinamento delle Prefetture locali e della Protezione Civile, e in raccordo con le locali Sezioni di ARPA.

La gestione delle emergenze di Sanità pubblica, come di quelle che riguardano altri settori può essere schematicamente distinta in tre fasi: preparazione, sorveglianza, intervento.

Fase 1: Preparazione

In questa fase, sulla base dei dati di letteratura o di precedenti esperienze, si ipotizzano le caratteristiche e l'entità del fenomeno che si potrebbe presentare (analisi del rischio e definizione degli scenari), si individuano le metodologie migliori per seguirne nel tempo l'andamento, e si definiscono dettagliatamente gli interventi da effettuare, la loro organizzazione nella fase di emergenza, le modalità di allarme, la formazione degli operatori coinvolti, la comunicazione fra operatori e con la popolazione (pianificazione).

La Regione Emilia-Romagna si è dotata nel tempo di diversi Piani con le caratteristiche descritte: dai primi, elaborati in occasione dei fenomeni legati al Bioterrorismo e alla SARS, a quelli attuali, come il "Piano regionale per la pandemia Influenzale", il "Piano per mitigare gli effetti sulla salute delle ondate di calore", il "Piano regionale per l'Influenza aviaria", il "Piano per la lotta alla zanzara tigre e il controllo della Chikungunya e della Dengue", il "Piano per il controllo delle infezioni da West Nile Virus". Alla elaborazione regionale ha sempre fatto seguito l'articolazione locale a livello di singole Aziende sanitarie, con la predisposizione di specifici Piani d'intervento.

Localmente, peraltro, i DSP hanno sempre partecipato alla stesura dei Piani di Protezione civile e/o comunque a Piani locali per la gestione di possibili, specifiche emergenze.

Fase 2: Sorveglianza

La sorveglianza su potenziali situazioni di pericolo per la salute pubblica è uno strumento indispensabile per individuare tempestivamente la presenza di motivi di allarme.

In Emilia-Romagna i sistemi di sorveglianza sulle malattie infettive, da sempre un caposaldo della sanità pubblica, sono stati fortemente rafforzati e resi più rapidi e efficienti con l'attivazione nel 2005 del "Sistema di segnalazione rapida, Alert". Esso si basa su un solido sistema organizzativo, operante H 24 in tutti i giorni dell'anno, articolato a livello locale sui Dipartimenti di sanità pubblica e sulle Unità operative cliniche delle Aziende sanitarie e, a livello regionale, sui Servizi della Direzione generale sanità e politiche sociali e dell'Agenzia sociale e sanitaria: il sistema inoltre

si avvale di una rete laboratoristica efficiente e qualificata che fa capo al Centro di riferimento regionale per le emergenze microbiologiche (CRREM), attivo dal 2004, collocato presso l'Unità Operativa di microbiologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, il quale opera in collegamento con laboratori di riferimento nazionali (Istituto Superiore di Sanità) e Centri internazionali per la diagnosi di laboratorio di molte malattie (Chikungunya, Dengue, West Nile, altri Arbovirus, Influenza, Infezioni invasive batteriche).

Altrettanto consolidato e rilevante è il sistema di allerta rapido comunitario RASFF, istituito per notificare e gestire in tempi rapidi i gravi rischi, diretti o indiretti per la salute pubblica, connessi al consumo di alimenti e di mangimi non conformi ai requisiti igienico-sanitari.

A livello regionale la rete di sorveglianza, valutazione e relativa gestione delle allerta alimenti e mangimi vede il coinvolgimento ed il coordinamento puntuale e sistematico del nodo regionale e dei punti di contatto dei competenti Servizi dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUsl. La Regione Emilia-Romagna ha definito modalità operative uniformi per tutto il territorio con Determinazione dirigenziale n. 5240 del 15.06.2009, successivamente modificata ed integrata dalla Determinazione n. 4034 del 20.04.2010.

Sono poi attivi altri sistemi di sorveglianza su altri fattori di rischio: il Sistema di sorveglianza e allarme per le ondate di calore, gestito da ARPA Emilia-Romagna, in funzione tutti gli anni dal mese di maggio a tutto settembre, il sistema di sorveglianza sull'inquinamento atmosferico, il Sistema di sorveglianza entomologica sugli insetti vettori (in particolare *Aedes albopictus* e altre specie di zanzare), sistemi di sorveglianza veterinaria sulle antropozoonosi.

Fase 3: Intervento

Le azioni attuate durante la fase di emergenza sono tanto più tempestive e efficaci, quanto più accurato è stato il lavoro di preparazione e sorveglianza, quanto più dettagliata è stata la pianificazione l'organizzazione degli interventi e, soprattutto, quanto più solido è il sistema organizzativo di base della sanità pubblica e delle Istituzioni locali.

Quest'ultimo aspetto rappresenta indubbiamente un punto di forza della Regione Emilia-Romagna, che storicamente gode di un ottimo livello di funzionamento dei propri Servizi pubblici: l'attività da svolgere nelle fasi di emergenza vede sempre, infatti, il contributo coordinato del Servizio sanitario regionale (operatori di sanità pubblica e operatori dei servizi clinici) e di altri Enti e Istituzioni (ARPA, Protezione civile, Comuni, Conferenze territoriali sociali e sanitarie, Istituti di ricerca, Associazioni).

Anche la comunicazione con i cittadini e con i mass media riveste un ruolo decisivo nelle situazioni di emergenza. Un'informazione tempestiva e affidabile è infatti uno strumento essenziale per la trasparenza e la correttezza delle relazioni con i cittadini, al fine di ottenerne la collaborazione e di prevenire atteggiamenti non appropriati o negativi.

Se risultano oggi ben presidiate su tutto l'ambito regionale le gestioni delle emergenze di tipo infettivo, a prevalente caratterizzazione sanitaria, più critica risulta la partecipazione dei DSP nella preparazione e nella gestione di emergenze "complesse", dove cioè operano più Enti con il coordinamento delle Prefetture.

In sintesi, tali criticità sono connesse all'appropriatezza e all'efficacia delle possibili azioni dei DSP:

- la non chiarezza sul ruolo dei DSP o la disomogeneità nell'interpretazione dello stesso nelle diverse Aziende,
- la disomogeneità nei processi di valutazione del rischio e nella conseguente scelta degli interventi di sanità pubblica da adottare, con particolare riferimento alle emergenze di tipo chimico.

La consapevolezza di tali criticità ha peraltro portato a prevedere una specifica progettualità di miglioramento nell'ultimo Piano Sociale Sanitario Regionale (v. Cap. "Le emergenze in sanità pubblica").

Gli obiettivi generali di salute

Gli obiettivi generali del PRP 2010-12 nell'ambito delle emergenze in sanità pubblica consistono nel miglioramento di alcuni aspetti di tipo organizzativo-strutturale del sistema regionale e nello sviluppo delle competenze tecnico-specifiche dei Dipartimenti su alcune tipologie di emergenza.

Obiettivi specifici

Di tipo organizzativo-strutturale:

- Stabilizzazione definitiva del Centro di riferimento regionale per le emergenze microbiologiche (CRREM), con passaggio dall'attuale sistema di finanziamento annuale "a progetto" ad una forma di finanziamento a regime come "funzione di interesse regionale": entro il 31 dicembre 2011
- Miglioramento qualitativo di alcune procedure del Sistema di segnalazione rapida "Alert": entro il 31 dicembre 2011
- Sperimentazione di sistemi di sorveglianza sindromica in ambiti territoriali definiti su fattori di rischio ambientali o microbiologici:
Valutazione di fattibilità e scelta dei fattori di rischio: entro il 31 dicembre 2011
Implementazione del sistema: entro il 31 dicembre 2012
- Verifica, anche periodica, e eventuale revisione/aggiornamento dei percorsi e modalità di attivazione del sistema regionale (Sanità e aRPA) di allerta/comunicazione per le emergenze: entro il 31 dicembre 2012

Di tipo tecnico-professionale:

- Costruzione di competenze tecnicospecialistiche all'interno dei DSP per la gestione delle emergenze, con particolare riferimento alla valutazione dei rischi per esposizioni di tipo fisico-chimico: entro il 31 dicembre 2012
- Attivazione di occasioni di formazione rivolte ai MMG/PLS/Medici di PS o altri reparti sulle sorveglianze attivate, finalizzate a migliorare la loro adesione alla segnalazione dei casi o cluster riferibili a emergenze microbiologiche o ambientali: entro il 31 dicembre 2012

Destinatari

Operatori del SSR, di ARPA e di altri Enti/Istituzioni regionali

Criticità

La principale criticità riguarda le difficoltà di coinvolgimento dei clinici sulla segnalazione di casi nell'ambito dei sistemi di sorveglianza

Sistema di valutazione

Per gli obiettivi di tipo organizzativo-strutturale: evidenze documentali;
per gli obiettivi di tipo tecnico-professionale: numero eventi formativi attivati, numero operatori formati.

2.4 La prevenzione su gruppi selezionati di popolazione

2.4.a I programmi di screening oncologici

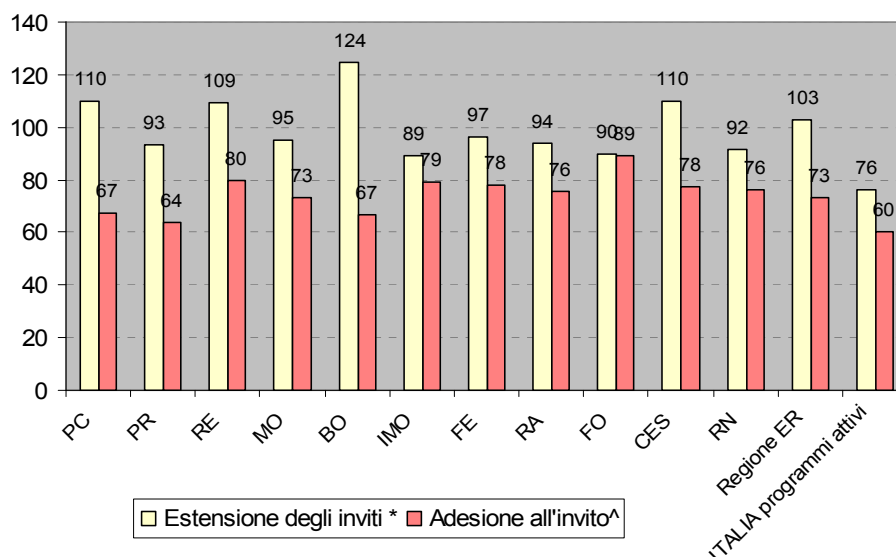
I risultati del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2009

Come già detto nel primo capitolo del Piano (vedi cap 1.4), i programmi di screening oncologici sono ormai molto consolidati in Emilia-Romagna e sono entrati nella programmazione ordinaria delle Aziende sanitarie: anche i sistemi di sorveglianza e monitoraggio dei programmi, e di controllo di qualità possono considerarsi a regime.

Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella: attivo dal 1997 per le donne in età compresa fra 50 e 69 anni, esso è stato esteso, a partire dal 2010, alla fascia di età di 45-49 anni (cadenza annuale) e 70-74 anni (cadenza biennale), interessando complessivamente oltre 840.000 donne.

Nel 2009 l'estensione dell'invito è stata pari o superiore al 90% in tutte le AUSL (eccetto Imola, 89%): a livello regionale il 100% della popolazione bersaglio annuale è stata invitata e il 72,9% ha aderito. I dati nazionali sono rispettivamente del 76% e del 60,3%.

Estensione e adesione all'invito per lo screening mammografico (%) - Emilia-Romagna (2009)



Dall'analisi dei dati del sistema di sorveglianza PASSI si stima che in regione l'84% delle donne di 50-69 anni abbia eseguito la mammografia nei tempi raccomandati (72% all'interno dello screening e 12% al di fuori dei programmi); a livello nazionale la copertura complessiva stimata è pari al 71% (53% all'interno dello screening e 18% al di fuori dei programmi).

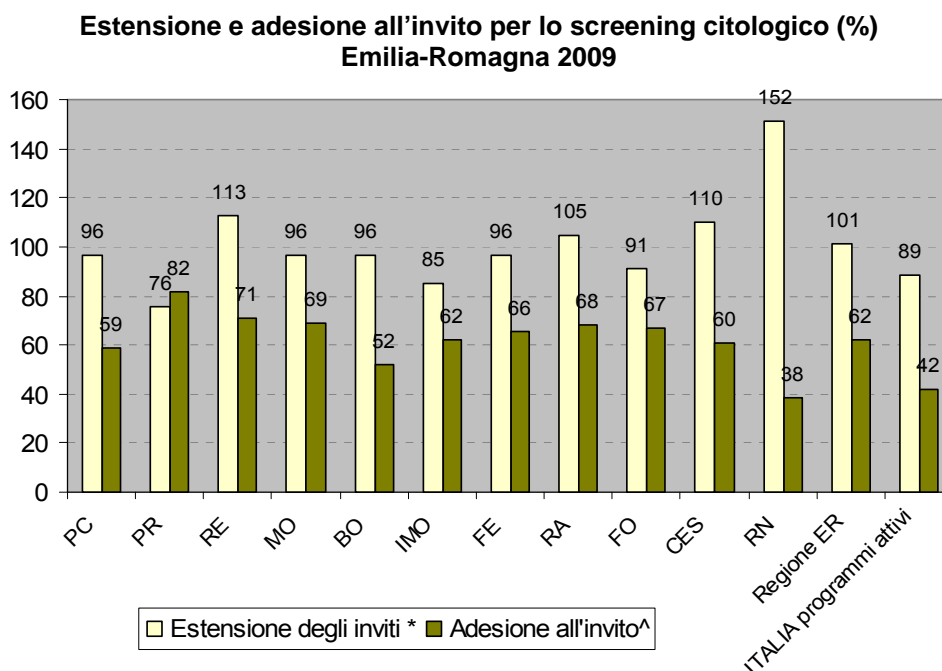
Dall'inizio del programma a tutto il 2008 sono stati identificati circa 12.500 tumori mammari, di cui 9.000 circa (72%) in fase precoce.

Uno studio nazionale (*British Journal of Cancer*, 2008) ha dimostrato una riduzione di mortalità del 50% nelle donne che partecipano allo screening (dato regionale, 56%).

Screening per la diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del collo dell'utero: è attivo in Emilia-Romagna dal 1997, ed è rivolto a donne di 25-64 anni (complessivamente oltre 1.200.000 donne), con pap-test triennale.

Nel 2009 in Emilia-Romagna il 100% della popolazione bersaglio annuale è stata invitata e il 62% ha aderito all'invito; i dati nazionali sono rispettivamente del 76% e

del 42%. I valori dell'estensione dell'invito sono superiori al 90% in tutte le AUSl emiliano-romagnole, eccetto Parma (76%) e Imola (89%).



Dall'analisi dei dati del sistema di sorveglianza PASSI nel 2008 si stima che in regione l'86% delle donne 25-64enni abbia eseguito un pap test nei tempi raccomandati (60% all'interno dello screening e 26% al di fuori dei programmi); a livello nazionale la copertura complessiva stimata è pari al 75% (38% all'interno dello screening e 35% al di fuori dei programmi).

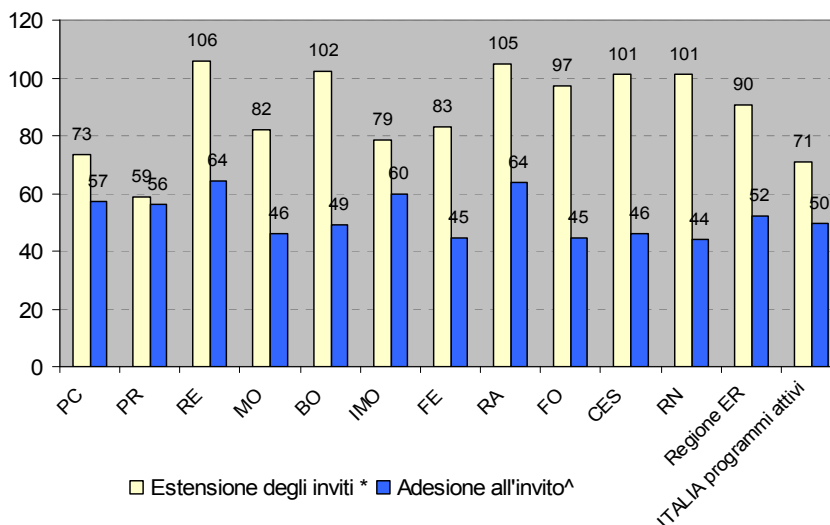
Una adesione significativamente inferiore si osserva nella classe di età più giovane 25-34 anni (80%), nelle donne con molte difficoltà economiche percepite (78%) e nelle donne con cittadinanza straniera (70% rispetto all'87% delle italiane).

Dall'inizio del programma a tutto il 2009 sono stati identificati 631 tumori invasivi e 10.629 lesioni precancerose.

Screening per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del colon-retto: è stato avviato in tutte le AUSl della Regione dal 2005 e coinvolge uomini e donne di 50-69 anni (complessivamente oltre 1.057.000 persone) con ricerca biennale del sangue occulto fecale; inoltre esso prevede l'offerta attiva di colonscopia nei familiari di primo grado dei casi riscontrati e la promozione della colonscopia per le persone di età 70-74 anni che non l'abbiano eseguita nei dieci anni precedenti.

Nel 2009, secondo i dati inviati all'Osservatorio Nazionale Screening, in Emilia-Romagna il 90% della popolazione bersaglio annuale è stata invitata e il 52% ha aderito; i dati nazionali sono rispettivamente del 71% e del 41,5%.

Estensione e adesione all'invito per lo screening dei tumori colorettali (%) Emilia-Romagna 2009



Dall'analisi dei dati del sistema di sorveglianza PASSI si rileva che nel 2008 in Emilia-Romagna circa il 67% delle persone 50-69enni ha effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, (a livello nazionale 41%). In Emilia-Romagna il 56% ha eseguito la ricerca del sangue occulto e l'11% una colonscopia preventiva. L'adesione è risultata minore negli uomini e nella classe 50-59 anni.

Dall'inizio del programma a tutto il 2009 sono stati diagnosticati 2.891 tumori, di cui la metà in fase precoce (prima dello screening solo il 20%) e 15.436 lesioni precancerose a alto rischio.

I problemi di salute oggi

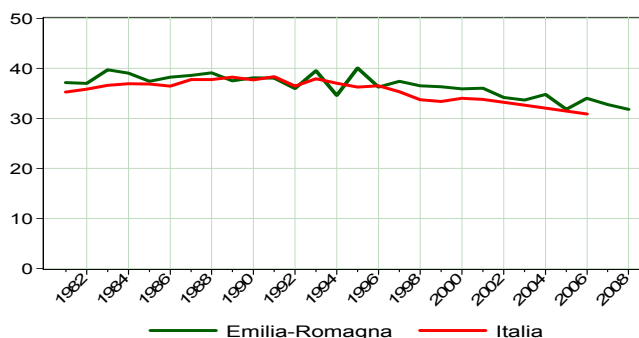
1) Tumore maligno della mammella nella donna

L'incidenza del tumore della mammella conferma una moderata tendenza alla diminuzione, già osservata dalla fine degli anni '90 e coerente con l'andamento dello screening mammografico.

La mortalità è in lieve diminuzione, più pronunciata nell'ultimo periodo di tempo e nelle donne di età inferiore a 70 anni.

Il continuo aumento della sopravvivenza (vicina al 90% dopo 5 anni dalla diagnosi) aumenta in Regione il numero delle donne portatrici di questa patologia: all'inizio del 2005 erano più di 26.000.

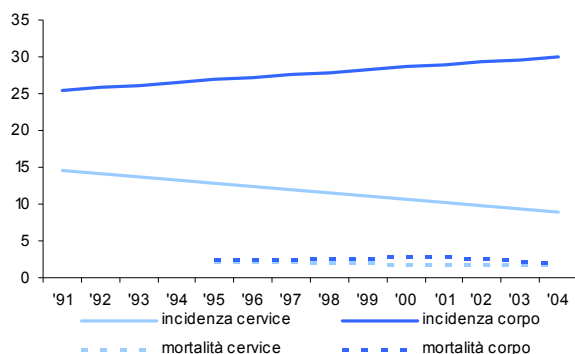
Mortalità da tumore maligno della mammella
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)



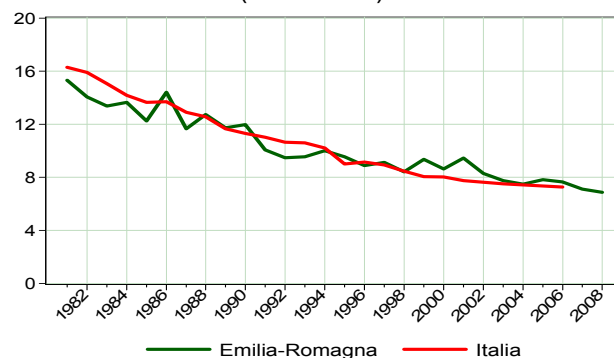
2) Tumore maligno dell'utero

L'incidenza e la mortalità per tumori dell'utero si sono ridotte negli ultimi anni, grazie al calo dei tumori della cervice, oggetto da molti anni di campagne di screening, efficaci su incidenza e mortalità. Resta stabile, invece, il trend di incidenza e mortalità dei tumori del corpo dell'utero.

Incidenza e mortalità tumore maligno dell'utero
(1991-2004)



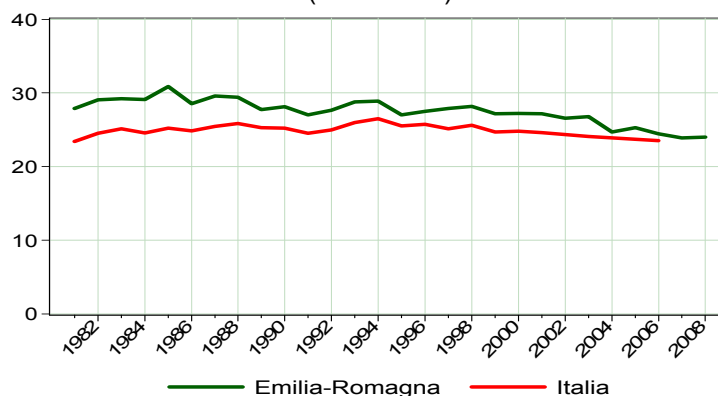
Mortalità da tumore maligno dell'utero
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)



3) Tumore maligno del colon-retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano

In Emilia-Romagna si ammalano di questo tumore circa 4.200 persone tutti gli anni, e più di 18.000 sono le persone che ne sono affette. Gli andamenti temporali (1991-2004) mostrano un aumento dell'incidenza e una lieve diminuzione della mortalità.

Mortalità da tumore maligno del colon-retto
Tassi standardizzati per 100.000 ab.
(1981-2008)



Gli obiettivi generali di salute

I risultati di salute da perseguire riguardano la riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, e anche dell'incidenza per i tumori della cervice uterina e del colon-retto, attraverso il mantenimento dei risultati raggiunti dai tre programmi di screening attivi e con gli obiettivi specifici sotto descritti per ciascun programma.

Inoltre, nel corso del presente piano, si perseguirà l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze evidenziate, in particolare per quanto riguarda i programmi relativi ai tumori del collo dell'utero e del colon-retto.

PROGETTO 1 Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella

L'intervento si rivolge alle donne, domiciliate e residenti, sul territorio della Regione Emilia-Romagna, comprese fra i 45 ed i 49 anni con proposta attiva di mammografia annuale, e fra i 50-74 anni con proposta attiva di mammografia biennale: la proposta attiva prevede l'invito con appuntamento prefissato e sollecito in caso di non adesione al primo invito.

Risultati attesi

- Consolidamento dei risultati raggiunti con l'allargamento delle fasce di età del programma di screening avviato nel 2010, riguardanti le donne in fascia di età 45-49 (mammografia annuale), e 70-74 (mammografia biennale)
- Mantenimento dei programmi di sorveglianza e controllo di qualità dei percorsi diagnostico-assistenziali
- Reingegnerizzazione dello screening opportunistico favorendo il rientro nel programma di screening per le donne dai 45 ai 74 anni;
- Promozione ulteriore del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono al programma di screening mammografico
- Monitoraggio e valutazione delle evidenze scientifiche emergenti per quanto riguarda innovazioni tecnologiche relative al programma di screening (RM, CA e ecografia di complemento all'esame mammografico)

Sistema di valutazione

Indicatore	Descrizione	Formola	Standard accettabile	Standard desiderabile
Estensione teorica	% donne residenti in area con screening attivo	$\frac{\text{pop. bers. donne 45-74anni}}{\text{donne residenti 45-74 anni}}$		100%
Estensione effettiva degli inviti	% donne invitate	$\frac{\text{Invitate} - \text{inviti inesitati}}{\text{pop. bersaglio} - \text{escluse prima dell'invito}}$	>80%	>95%
Adesione all'invito corretta	% donne aderenti	$\frac{\text{donne aderenti (Mx)}}{\text{donne invitate} - \text{inesitate} - \text{escluse dopo invito per Mx recente}}$	>60%	>75%
Tasso di richiamo per approfondimenti (Mx +)	% donne con Mx positiva	$\frac{\text{donne con Mx} +}{\text{donne esaminate (Mx)}}$	Primi es. <7% Es. successivi <5%	Primi es. <5% Es. successivi <3%
Tasso di consiglio di exeresi	% di donne inviate a exeresi	$\frac{\text{donne inviate a exeresi}}{\text{donne esaminate (Mx)}}$		Primi es. <1.5% Es. successivi <1%

continua

Indicatore	Descrizione	Formula	Standard accettabile	Standard desiderabile
Valore Predittivo Positivo (VPP)	% di inviate a intervento con carcinoma	$\frac{\text{donne con diagnosi di carcinoma}}{\text{donne con Mx +}}$	>10%	
Tasso di identificazione (DR) per carcinoma	donne con diagnosi di carcinoma	$\frac{\text{donne con diagnosi di carcinoma}}{\text{donne esaminate (Mx)}}$	Primi es. >5‰ Es. successivi >6‰	>3.5‰
Rapporto biopsie benigne/maligne	idem	$\frac{\text{donne con diagnosi di benignità}}{\text{donne con diagnosi di carcinoma}}$	Primi es. <1 Es. successivi <0.5	Primi es.<0.5 Esami successivi <0.25
Tempo fra test positivo e esecuzione dell'approfondimento	% donne con approfondimento entro 28 gg dalla Mx +	$\frac{\text{donne con approfondimento entro 28 gg da Mx +}}{\text{donne con Mx +}}$		>90%
Tempo fra consiglio di exeresi e exeresi	% donne con exeresi entro 30 gg dal consiglio	$\frac{\text{donne con exeresi entro 30 gg dal consiglio}}{\text{donne che hanno eseguito exeresi}}$		

Gli standard sono riferiti alle donne appartenenti alla fascia d'età 50-69; dal 2010 verranno identificati gli standard per le nuove fasce 45-49 e 70-74

PROGETTO 2 Screening per diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del collo dell'utero

L'intervento si rivolge alle donne, domiciliate e residenti sul territorio della Regione Emilia-Romagna, comprese fra i 25 ed i 64 anni con proposta attiva su invito di pap-test triennale e DNA-HPV test di triage nei casi di positività previsti dal protocollo.

Risultati attesi

- Consolidamento dei livelli di estensione e di adesione raggiunti, e miglioramento dell'adesione nella classe di età 25-34 anni
- Mantenimento dei programmi di sorveglianza e controllo di qualità dei percorsi diagnostico-assistenziali
- Reingegnerizzazione dello screening opportunistico favorendo la partecipazione al programma di screening
- Promozione coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici anche attraverso la verifica dell'eventuale introduzione di tecnologie alternative (p.es. automa).
- Acquisizione di elementi di valutazione per supportare una rimodulazione del programma di screening, in particolare con:
 - partecipazione di realtà aziendali regionali a studi pilota multicentrici sull'utilizzo del DNA-HPV test come test primario di screening e Pap-test come triage delle donne con DNA-HPV test positivo
 - centralizzazione dell'esecuzione dei test HPV come test di screening primario e/o come test di triage
 - interventi di formazione e retraining per i citologi in previsione della riconversione del programma di screening.

- Integrazione tra archivi informatici vaccinali e archivi screening per avere a disposizione strumenti operativi per supportare la rimodulazione del programma di screening e la verifica di efficacia della vaccinazione HPV.

Sistema di valutazione

Indicatore	Descrizione	Formola	Standard accettabile	Standard desiderabile
Estensione teorica	% donne residenti in area con screening attivo	$\frac{\text{pop. bersaglio donne 25-64 anni}}{\text{donne residenti 25-64 anni}}$		100%
Estensione effettiva inviti	% donne invitate	$\frac{\text{Invitate} - \text{inviti inesitati}}{\text{pop. bersaglio} - \text{escluse prima dell'invito}}$	>80%	>90%
Adesione invito corretta	% donne aderenti	$\frac{\text{donne aderenti (Pap-test)}}{\text{donne invitate} - \text{inv inesitati} - \text{escluse dopo invito per Pap-test recente}}$	>50%	>60%
Tasso Pap-test inadeguati	% donne con Pap-test inadeguato	$\frac{\text{donne con Pap-test inadeguato}}{\text{donne esaminate (Pap-test)}}$	<7%	<5%
Tasso invio in colposcopia per Pap-test +	% donne con Pap-test +	$\frac{\text{donne con Pap-test} +}{\text{donne esaminate (Pap-test)}}$	<4%	<3%
Valore Predittivo Positivo (VPP)	% donne inviate in colposcopia con CIN2+	$\frac{\text{donne con diagnosi di CIN2+}}{\text{donne con colposcopia}}$	>10%	>15%
Tasso identificazione (DR) per CIN2+	donne con CIN2+ / mille	$\frac{\text{donne con CIN2+}}{\text{donne esaminate (Pap-test)}}$		
Tempo fra test + e approfondimento	% donne con colposcopia entro 60 gg da Pap-test +	$\frac{\text{donne con colposcopia entro 60 gg da Pap-test} +}{\text{Donne con Pap test} +}$	>90%	

PROGETTO 3 Screening per diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del colon-retto

L'intervento si rivolge a donne e uomini, domiciliati e residenti sul territorio della Regione Emilia-Romagna, compresi fra i 50 ed i 69 anni, con proposta attiva biennale di test immunologico su unico campione (con cut-off a 100 ng/ml) per la ricerca del sangue occulto nelle feci; proposta attiva di colonscopia in caso di positività del test.

Risultati attesi

- Consolidamento dei livelli di estensione e di adesione raggiunti
- Mantenimento dei programmi di sorveglianza e controllo di qualità dei percorsi diagnostico-assistenziali
- Promozione del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono al programma di screening dei tumori del colon-retto
- Eventuale promozione o partecipazione a studi sperimentali per la verifica di efficacia di nuove tecniche (video capsula, TAC colonscopia virtuale e colonscopia endoscopica) e per la valutazione di altri test biomolecolari (DNA fecali);

partecipazione a esperienze pilota per la valutazione di altre strategie di screening con test immunologico su più campioni e con cut-off differenti.

Sistema di valutazione

Indicatore	Descrizione	Formula	Standard accettabile	Standard desiderabile
Estensione teorica	% persone residenti in area con screening attivo	$\frac{\text{pop. bersaglio persone 50-69 anni}}{\text{persone residenti 50-69 anni}}$		100%
Estensione effettiva inviti	% persone invitate	$\frac{\text{persone invitati} - \text{inviti inesitati}}{\text{pop. bersaglio} - \text{esclusi prima dell'invito}}$	>80%	>90%
Adesione invito corretta	% persone aderenti	$\frac{\text{persone aderenti (FIT)}}{\text{persone invitate}}$	>45%	>65%
Tasso di Fecal Immunochemical Test (FIT) +	% FIT +	$\frac{\text{persone con FIT} +}{\text{persone esaminate (FIT)}}$	Primi es. <6% Es. successivi <4.5%	Primi es. <5% Es. successivi <3.5%
Tasso di adesione a colonscopia	% adesione a colonscopia	$\frac{\text{persone con colonscopia}}{\text{persone con FIT} +}$	>85%	>90%
Valore Predittivo Positivo (VPP) per adenoma avanzato e carcinoma	% di persone con colonscopia con adenoma avanzato o carcinoma	$\frac{\text{persone con adenoma avanzato e carcinoma}}{\text{persone con colonscopia}}$	Primi es. >25% es. successivi >15%	Primi es. >30% Es. successivi >20%
Tasso di identificazione (DR) per adenomi avanzati	persone con di adenoma avanzato	$\frac{\text{persone con adenoma avanzato}}{\text{persone esaminati (FIT)}}$	Primi es. >7.5‰ Esami successivi >5‰	Primi es. >10‰ Esami successivi >7.5‰
Tasso di identificazione (DR) per carcinoma	persone con carcinoma	$\frac{\text{persone con carcinoma}}{\text{persone esaminati (FIT)}}$	Primi es. >2‰ Es. successivi >1‰	Primi es. >2.5‰ Es. successivi >1.5‰
Tempo fra test + e approfondimento	% persone con approfondimento entro 30 gg da FIT +	$\frac{\text{Persone con approfondimento entro 30 gg da data referto FIT}}{\text{Persone con FIT} +}$	>90%	>95%

2.4.b I programmi per la prevenzione delle malattie croniche

Il problema di salute oggi

Come già ampiamente ricordato, i determinanti delle malattie croniche sono rappresentati prevalentemente da fattori connessi all'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono, e, pertanto, è necessario attivare programmi di prevenzione rivolti all'intera popolazione, come descritto in altra parte di questo Piano.

Tuttavia occorre intervenire anche con programmi di prevenzione "secondaria", rivolti a persone che presentano consolidati fattori di rischio o manifestano una patologia conclamata.

È proprio a questi gruppi di popolazione che sono rivolti i programmi descritti nel presente capitolo: essi devono comunque essere considerati in modo strettamente integrato con i programmi di promozione della salute, in quanto entrambi agiscono sul contrasto agli stessi fattori di rischio e utilizzano strumenti in parte comuni.

Il programma si articola su 4 progetti:

- la prescrizione dell'attività fisica
- la prevenzione dell'obesità
- la prevenzione delle malattie cardiovascolari
- la prevenzione delle complicanze del diabete

PROGETTO 1 *La prescrizione dell'attività fisica*

Esistono molte evidenze sull'efficacia dell'esercizio fisico nelle diverse condizioni patologiche, ed esistono esperienze riguardanti l'uso corretto di questo nuovo strumento nella pratica clinica.

La sua introduzione nella pratica clinica richiede tuttavia di approntare concrete modalità organizzative all'interno delle quali possano avvenire sia la prescrizione di attività fisica, personalizzata sulle caratteristiche del singolo, sia la sua somministrazione, attraverso percorsi che garantiscano il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei livelli di attività prescritta.

La Regione Emilia-Romagna è da tempo impegnata sul tema della lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica: già nel Piano sanitario regionale 1999-2001 si affermava l'importanza dell'attività fisica ai fini del miglioramento della salute dei cittadini. Nel 2004, la Delibera n. 775 indicava, tra i compiti dei Servizi di Medicina dello sport presenti in ogni Azienda Usl, la promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e il recupero funzionale di soggetti affetti da patologie che possono beneficiare dell'esercizio fisico attraverso l'utilizzo della sport-terapia.

Inoltre, in Emilia-Romagna si sono sviluppate alcune importanti esperienze che riguardano la prescrizione dell'attività fisica a persone con fattori di rischio o affette da patologie cardiovascolari e dismetaboliche, e a soggetti anziani fragili: fra queste la più importante e strutturata è certamente quella di Ferrara, che coinvolge sia i Medici di Medicina Generale sia il Centro di Medicina dello sport di secondo livello e di fatto anticipa il modello più avanti descritto.

Infine, è in fase di avvio il progetto "Trapianto ... e adesso sport", attivato in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti e la Regione Veneto, che riguarda la prescrizione personalizzata di attività fisica a persone trapiantate di cuore, rene e fegato.

La Regione Emilia-Romagna intende ora intervenire con programmi di prescrizione dell'attività fisica, rivolti a persone che presentano problemi di salute per i quali questo trattamento è di dimostrata efficacia (patologie sensibili), costruendo a tal fine percorsi assistenziali integrati, secondo il modello sotto descritto, al cui interno i Nuclei delle Cure Primarie e i Centri di Medicina dello sport delle Aziende Usl svolgono un ruolo centrale.

Il progetto è finalizzato a sperimentare modalità innovative di presa in carico di problemi di salute largamente diffusi nella popolazione. Esso mette insieme e rende compatibili due esigenze apparentemente contrapposte: da un lato l'obiettivo di portare dentro il Ssr l'esercizio fisico, prescritto e somministrato come un farmaco, per persone con malattie sensibili a questo trattamento (prevalentemente malattie cardiovascolari e dismetaboliche), d'altro lato l'esigenza di evitare una inutile medicalizzazione di problemi non suscettibili di trattamenti sanitari appropriati (principalmente disabilità stabilizzata da eventi patologici). In questo modo si intende offrire risposte a bisogni delle persone che oggi non trovano adeguata copertura, con interventi appropriati e sostenibili.

La sinergia tra le due esigenze sopra richiamate si ottiene con un modello delineato come segue:

- la presa in carico della persona e la “prescrizione” o l’avvio all’attività fisica è sempre considerato un intervento sanitario a carico del Ssr, e avviene nell’ambito di una integrazione professionale e organizzativa fra MMG/PLS e medico specialista (Medico dello sport, Cardiologo, Diabetologo, Fisiatra,..).
- La somministrazione, cioè il concreto svolgimento, dell’attività fisica avviene in ambito Ssr solo per le persone che presentano un quadro più complesso, e per il tempo necessario all’autonomia e alla sicurezza del paziente; al di fuori di queste situazioni, quindi nella maggior parte dei casi, la fase della “somministrazione” dell’esercizio fisico avverrà al di fuori dell’ambito di intervento del Ssr, ma con modalità e in strutture riconosciute e legate da partnership con il Servizio stesso.

Obiettivi specifici

- Costruzione di un modello organizzativo per la prescrizione dell’attività fisica, coinvolgendo i MMG/PLS, i medici dello sport operanti presso i servizi di Medicina dello sport delle AUsl e gli specialisti di riferimento per le diverse patologie sensibili all’esercizio fisico (Cardiologi, Diabetologi, Fisiatri, Geriatri, ..);
- Sviluppo sul territorio di occasioni e strutture per la “somministrazione” dell’attività fisica. La somministrazione dell’attività fisica deve avvenire in situazioni organizzate o in strutture specificamente attrezzate, contraddistinte da una buona gestione complessiva, facilmente accessibili e con modalità tali da assicurare una elevata compliance al percorso proposto;
- Aumento delle competenze dei medici prescrittori e dei laureati in scienze motorie che operano in fase di somministrazione, attraverso specifiche attività di formazione e aggiornamento.

▪ *Il modello organizzativo per la prescrizione personalizzata dell’attività fisica.*

Il *Medico di medicina generale* (MMG) e il *Pediatra di libera scelta* (PLS) rappresentano il primo filtro di valutazione delle persone interessate, e possono farsi carico direttamente della prescrizione dell’attività fisica a persone con basso livello di rischio. Le persone con livelli di rischio più consistenti, devono essere indirizzate alla rete di strutture specialistiche ambulatoriali di riferimento (Medicina dello sport, Cardiologia, Diabetologia). Nell’ambito delle strutture specialistiche per la prescrizione dell’attività fisica, un ruolo centrale sarà svolto dal *Medico specialista in medicina dello sport*, che dovrà possedere specifiche conoscenze per delineare protocolli di esercizio fisico personalizzati, per monitorare in modo efficace l’evoluzione del processo di “riadattamento funzionale” e procedere alla verifica dei risultati progressivamente acquisiti

I Servizi di Medicina dello sport e promozione dell’attività fisica presenti in tutte le AUsl della Regione vengono organizzate in *Centri territoriali di Medicina dello sport di primo e secondo livello*. Nei centri territoriali di primo livello, attualmente destinati prevalentemente al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica, si procede alla valutazione funzionale semplice di soggetti portatori di patologie sport sensibili a bassa criticità. Si delineano programma di esercizio fisico e si predispongono tabelle di allenamento individuali, in relazione all’età e al rischio clinico potenziale; inoltre, in collegamento funzionale con il Centro di secondo livello, possono essere predisposte analisi nutrizionali e diete personalizzate (in particolare

per i soggetti diabetici e/o in sovrappeso) con attenzione anche agli aspetti psicologici (*counselling* appropriato) onde evitare abbandoni prematuri.

I centri territoriali di secondo livello (uno per ogni Azienda Usl) seguono i pazienti a criticità medio-alta in ambito cardiovascolare e dismetabolico. Qui viene effettuata la valutazione funzionale approfondita, con l'utilizzo di test specifici, e, in collegamento con altri specialisti, vengono fornite indicazioni individualizzate sulla tipologia di attività fisica da svolgere, adattando e personalizzando gli schemi di allenamento in funzione della condizione fisica del soggetto/paziente, dei fattori di rischio presenti, e della eventuale patologia in atto. In questa sede, inoltre, viene svolta una fase di somministrazione controllata e tutorata dell'attività fisica in ambito di Servizio sanitario regionale, fino al momento in cui il paziente può essere inviato ad una struttura esterna al Ssr dove la somministrazione di attività fisica è supervisionata da laureati in Scienze motorie, e sottoposta a periodiche valutazioni mediche (vedi schema sotto riportato).

Lo stesso ruolo descritto per i Servizi di Medicina dello sport potrà essere svolto da altre strutture specialistiche delle diverse discipline mediche interessate, secondo le disponibilità presenti sul territorio. In ogni caso occorre rinforzare le sinergie fra strutture di Medicina dello sport e le U.O. specialistiche di Cardiologia e Diabetologia.

Le costituenti Case della salute, strumento di integrazione professionale o organizzativa tra discipline e professioni diverse, possono favorire la costruzione e l'implementazione dei percorsi descritti.

Infine si sottolinea che il percorso così delineato potrà riguardare, oltre alle persone adulte obese, anche bambini o adolescenti affetti da obesità; il sovrappeso e l'obesità nei bambini rappresentano infatti un problema di salute di grande rilievo, e in continua crescita, che deve essere affrontato, in alcuni casi, anche con una presa in carico da parte del PLS o del medico specialista con le modalità sopra descritte.

Un modello analogo si applicherà ai programmi di Attività fisica non sanitaria – *Attività Fisica Adattata (AFA)*, che sono rivolti a un target diverso, cioè a persone con esiti stabilizzati di patologie neurologiche, del sistema muscolo scheletrico e osteoarticolare che hanno terminato la fase di riabilitazione sanitaria (che ha come obiettivo la modificabilità attiva della disabilità). Nel caso dell'AFA le strutture specialistiche di riferimento sono le U.O. di Medicina riabilitativa, così come già ora organizzate, gli esercizi sono svolti in gruppo in strutture esterne al Ssr e sono guidati da laureati in scienze motorie.

La presa in carico avverrà da parte del MMG o dello specialista fisiatra, in relazione alla intensità del problema e sulla base di protocolli che verranno stilati, con eventuale supervisione del fisioterapista per verificare i risultati ottenuti con l'applicazione degli esercizi individuati.

Il percorso di Attività fisica adattata è dunque finalizzato alla promozione di un'attività fisica regolare - come strategia di intervento per la salute e non di cura della malattia – rivolta al mantenimento dell'abilità motoria in caso di disabilità stabilizzata da eventi patologici. Essa riguarda una serie di condizioni in cui l'approccio sanitario risulta inappropriato, ma al contempo appaiono necessari altri tipi di intervento.

Questo percorso si applica anche a tutte quelle patologie neurologiche o neuromuscolari di tipo cronico o cronico-progressivo, che condizionano pesantemente autonomia, partecipazione e qualità di vita, in cui la cascata del danno secondario e terziario legato all'ipomobilità massimizza il danno primario e contribuisce in larga misura al progressivo abbassamento del profilo funzionale della persona.

In questo ambito potrà avvenire anche la presa in carico di persone di età > 65 aa con frattura di femore che, superata la fase di riabilitazione, vengono inseriti in un programma di esercizi finalizzati al recupero e incremento della forza, dell'equilibrio e delle abilità motorie complessive, con l'obiettivo di ridurre l'incidenza della rifrattura.

▪ *Le modalità e le sedi per la somministrazione dell'attività fisica*

Nel caso di soggetti a basso rischio presi in carico direttamente dal MMG o dal PLS, l'esercizio può essere svolto direttamente in ambiente libero o utilizzando le risorse disponibili sul territorio (aree verdi, gruppi di cammino, palestre, strutture sportive, ecc.): in questo caso la persona interessata assume direttamente la responsabilità di seguire le indicazioni di esercizio ricevute, mantenendo comunque un rapporto con il MMG o il PLS, che periodicamente verifica l'adesione al programma di esercizio proposto e gli effetti sulla salute.

Perché questa modalità di somministrazione possa essere praticata con continuità e in modo diffuso, è necessario sviluppare l'organizzazione territoriale delle diverse tipologia di attività fisica. A questo proposito occorre sottolineare che i progetti per la promozione dell'attività fisica nella popolazione generale, svolti in altra parte del Piano regionale della Prevenzione (vedi cap. 2.3.a progetto 1), non sono esclusivi per la popolazione "sana" ma rappresentano una opportunità anche per le persone cui è destinato il presente progetto. Infatti, i programmi rivolti a sviluppare le caratteristiche delle città che facilitano o addirittura "costringono" tutta la popolazione a eseguire attività fisica per svolgere le normali attività della vita quotidiana (es. percorsi casa-scuola, lavoro-spesa) non costituiranno un ostacolo per gli individui, con fattori di rischio o malattie, che possono fare attività fisica fuori dai percorsi sanitari, anzi li aiuteranno a mantenere una vita attiva. Gli interventi sulle dotazioni di servizi della città sono orientati a rendere più accessibili (in tutti i sensi) e funzionali i luoghi ove potere svolgere attività fisica, quindi rappresentano una risorsa indispensabile anche per il presente progetto. Gli interventi volti a mutare lo stile di vita sedentario di gran parte della popolazione con offerta di attività organizzate (es. gruppi di cammino, orti per anziani, ecc) saranno diversificati anche per performance fisica richiesta, e il MMG potrà consigliare quella più adatta.

Le persone con problemi di salute più complessi, o che sono state prese in carico da una struttura specialistica che ha prescritto un programma individualizzato, devono invece essere indirizzati presso specifiche strutture, quali palestre o centri sportivi, "riconosciute" dal Servizio sanitario regionale con un processo di selezione tale da garantire la qualità degli interventi ed una ragionevole sicurezza per le persone: in queste strutture operano laureati magistrali in scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate.

La selezione sul territorio di strutture riconosciute e certificate dal Servizio sanitario regionale avverrà sulla base del progetto già in corso "*Palestra sicura*".

Si tratta di un percorso attraverso il quale si punta a costituire una rete di Palestre attraverso azioni formative, la condivisione di valori etici e un sistema di valutazione della qualità degli interventi. Tali palestre, fidelizzate ai valori del Ssr e con esso cooperanti, saranno strutturalmente idonee a accogliere e trattare, con personale specializzato ed opportunamente formato, soggetti che possono ridurre i fattori di rischio o trarre beneficio per la propria condizione patologica attraverso un'attività fisica e sportiva opportunamente prescritta e somministrata.

Infine, come già accennato, per alcuni pazienti sarà necessario un periodo definito di attività fisica controllata e monitorata presso centri del Servizio sanitario regionale, collegati al Centro territoriale di Medicina dello sport di secondo livello. Una volta che

il paziente abbia raggiunto l'autonomia nell'esecuzione degli esercizi e un livello di efficienza tale da garantire la sicurezza nell'esecuzione degli stessi, sarà indirizzato alle strutture sopra descritte, per essere preso in carico dal laureato in scienze motorie ivi operante e periodicamente controllato dal medico.

Il modello descritto costituisce una forma innovativa di presa in carico, da parte del Ssr, di problemi di salute importanti e diffusi nella popolazione; l'obiettivo della Regione Emilia-Romagna è di attivare tale intervento in forma sperimentale, nei prossimi due anni, in alcuni ambiti territoriali della Regione, per poter effettuare le necessarie valutazioni di sostenibilità organizzativa, economica e di efficacia, per poi estendere l'attività a regime su tutto l'ambito regionale in caso di valutazione positiva, con gli eventuali adeguamenti che si rendessero necessari.

Per questo sarà necessario disegnare nel 2011 e eseguire nel 2012 uno studio per la valutazione rigorosa dei risultati della fase sperimentale.

Risultati attesi

- Attivazione del percorso di prescrizione e somministrazione dell'attività fisica in almeno 4 AUsl, e disegno dello studio per la valutazione della fase sperimentale entro il 31 dicembre 2011.
- Gestione dell'attività nelle sedi individuate per la fase sperimentale per tutto l'anno 2012 e raccolta dei dati per la valutazione dei risultati.
- Assunzione della decisione circa l'estensione o meno del programma a tutto l'ambito regionale entro il 30 giugno 2013, sulla base della valutazione di sostenibilità e efficacia dell'intervento.

Destinatari

Persone con patologie cardiovascolari, dismetaboliche, neurologiche o dell'apparato locomotore, e persone con fattori di rischio per l'insorgenza di tali malattie.

Criticità

Si tratta di un intervento innovativo, che comporta i seguenti problemi:

- mancanza di competenze professionali specifiche e praticate sul campo, nonché di esperienze consolidate a cui fare riferimento, con conseguente gradualità nella messa a regime del programma e prevedibile necessità di fare aggiustamenti in fase di esecuzione del progetto;
- nonostante le esperienze pilota già realizzate in Regione, il livello di adesione al programma terapeutico nel tempo non è stimabile con un buon livello di precisione, e questo fattore può avere un effetto rilevante sull'efficacia del programma.

Sistema di valutazione

Per quanto riguarda l'attivazione del percorso in almeno 4 AUsl, la valutazione sarà fatta attraverso la verifica del numero di AUsl in cui è stato avviato un programma avente caratteristiche minime definite (attivazione del Centro di secondo livello dotato di attrezzature e professionalità sufficienti, presa in carico di un numero minimo di persone con condizioni di rischio o patologie afferenti all'ambito cardiovascolare o dismetabolico o muscolo-scheletrico, ..).

Per quanto attiene all'assunzione della decisione circa la messa a regime del programma a tutto l'ambito regionale, la valutazione avverrà con la verifica dell'effettiva adozione della decisione, sulla base di un progetto predefinito di valutazione dei risultati.

Schema dei diversi livelli per la prescrizione/somministrazione dell'attività fisica

tipologia	prescrizione	somministrazione
I) Indicazione all'attività fisica	MMG/PLS, nell'ambito dei NCP + eventuale consulenza specialistica al bisogno. Rivalutazione periodica minimale (peso, pressione)	Libera o eseguita in strutture non sanitarie, ma idonee e selezionate con personale esperto a disposizione
II) Indicazione personalizzata sulla base di una valutazione funzionale	MMG, in raccordo con specialisti (Medicina dello sport, cardiologi, fisiatristi, ecc.). Periodiche valutazioni	Eseguita fuori dall'ambiente sanitario, ma tutorata da personale esperto e svolta presso strutture idonee e selezionate
III) Piano di trattamento individuale sulla base della valutazione delle condizioni cliniche del paziente, e monitoraggio della risposta al trattamento	In ambiente specialistico (Centri di Medicina dello sport di secondo livello, ..)	Controllata e tutorata in ambiente sanitario



In ambito di Servizio sanitario regionale

Fuori Servizio sanitario regionale. Tuttavia sarà necessario sostenere la partecipazione attraverso accordi/progetti che permettano costi contenuti e qualità del servizio

▪ *La formazione del personale*

Formazione dei medici

L'impiego della sport-terapia non è ancora patrimonio culturale condiviso degli operatori del Ssr. Per questo motivo si prevede la realizzazione di percorsi formativi a favore del personale sanitario nel suo complesso, con particolare riferimento ai MMG/PLS, ai Medici dello Sport e Cardiologi. In particolare, i Centri di Medicina dello Sport di 2° livello, in ciascuna Provincia, avranno un ruolo centrale nel verificare le necessità e realizzare, secondo linee regionali e in accordo con le Aziende Sanitarie, momenti di formazione e condivisione dei percorsi di salute sia sanitari che extrasanitari incentrati sull'esercizio fisico e la pratica sportiva.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei MMG e PLS, gli eventi formativi seguiranno i consueti percorsi di pianificazione e attuazione della formazione obbligatoria, già ampiamente collaudati.

Per il miglioramento delle conoscenze e competenze del personale afferente ai servizi di medicina dello sport, impegnati in una profonda revisione operativa delle proprie attività, è prevista la realizzazione di un corso di formazione, in parte residenziale, presso il Centro di ricerche applicate allo sport dell'Università di Ferrara.

Formazione dei laureati in scienze motorie

Attivazione, in collaborazione con la Facoltà di Scienze Motorie dell'Università degli studi di Bologna, di un Corso di formazione speciale per laureati in Scienze motorie e per laureati magistrali in Scienze e tecniche dell'attività motoria preventiva e adattata.

Risultati attesi

- Attivazione, entro il 2011, dei programmi di formazione per gli MMG, gli operatori dei servizi di Medicina dello sport e degli altri servizi interessati alla prescrizione, appartenenti alle AUSL in cui saranno attivati i percorsi di prescrizione e somministrazione dell'attività fisica.

- Realizzazione, entro il 31 dicembre 2011, il primo corso di formazione specifico per laureati in Scienze motorie. Eventuale replica nel 2012, previo valutazione dei risultati conseguiti e delle necessità espresse dal territorio.

Destinatari

MMG, operatori dei servizi di Medicina dello sport e degli altri servizi interessati alla prescrizione dell'esercizio fisico.

Criticità

Si tratta di interventi formativi che devono essere progettati ex novo, in quanto non esistono esperienze già attivate in Regione.

Sistema di valutazione

La valutazione sarà fatta verificando il numero di eventi formativi attivati e il numero di operatori formati.

PROGETTO 2 La prevenzione dell'obesità

Il problema di salute oggi

In Italia, l'analisi complessiva dei dati disponibili, evidenzia un sostanziale incremento della prevalenza di obesità negli ultimi 20 anni. Dal 1990 ad oggi le persone adulte obese in Italia sono aumentate più del 25%.

Gli studi di sorveglianza nutrizionale condotti in Regione Emilia Romagna sui bambini di 6-8-14-17 hanno rilevato una condizione di sovrappeso che varia dal 14%(17 anni) al 20% (8 anni) e valori di obesità dal 9% (6-8 anni) al 4% (17 anni). In Regione si stimano pertanto circa 40mila bambini in eccesso ponderale, e circa 18mila obesi. Gli studi condotti sulle persone di 18-69 anni hanno evidenziato un 32% di soggetti sovrappeso e un 11% obesi (valori in linea con il dato medio nazionale), con una stima corrispondente pari a circa un milione di persone in sovrappeso e 300mila obesi.

Il costo sociale dell'obesità è molto elevato: la spesa sanitaria per una persona obesa è superiore del 25% a quella per una persona con peso normale. La spesa sanitaria diretta associata all'obesità rappresenta nel complesso dall'1 al 5% dell'intera spesa sanitaria in Europa. In questo senso una diminuzione dell'1% della prevalenza di sovrappeso e obesità potrebbe far risparmiare il 3,3% dell'intera spesa sanitaria ("Obesity and the Economics of Prevention .- Fit not fat" OECD 2010; "The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response" WHO 2007). Dalla letteratura emerge che il fenomeno dell'obesità va contrastato fino dall'infanzia considerando che l'obesità in età pre-adolescenziale e adolescenziale risulta essere un fattore di rischio per l'insorgenza di aterosclerosi coronarica, per la precoce comparsa di intolleranza glucidica e per il mantenimento di obesità e sovrappeso nell'età adulta. Il peso dei figli è correlato a quello dei genitori per fattori genetici e, in modo rilevante, per abitudini alimentari scorrette e troppa sedentarietà di tutta la famiglia, spesso inconsapevole dei propri errori. Ciò crea un pericoloso circolo vizioso che rende essenziale indirizzare il prima possibile le famiglie verso un corretto stile di vita.

Gli obiettivi generali di salute

È possibile identificare tre livelli di prevenzione dell'obesità. Il livello di prevenzione primaria è rivolto a tutta la popolazione al fine di ridurre l'incidenza di obesità ed è trattata nel capitolo 2.3.a "Promozione di corrette abitudini alimentari". Il livello di prevenzione secondaria o selettiva è rivolta ai gruppi a rischio: in particolare,

nell'obesità in età pediatrica si rivolge ai bambini in sovrappeso, figli di genitori obesi o comunque che possono, in base di letteratura, essere classificati come soggetti a rischio, ad esempio perché nati di basso peso, o macrosomici, o che tendono ad incrementare prima dei cinque/sei anni l'adiposità rebound fisiologico. Infine, il livello di prevenzione terziaria si rivolge e sviluppa il suo intervento a favore di persone già ammalate (obesi e obesi complicati), ed è finalizzato a ridurre le complicanze e coincide con il trattamento.

Per la complessità delle cause, per la variabilità del grado di severità e soprattutto per le implicazioni che comporta sulla salute, gli interventi preventivi per l'obesità incidono sulle modalità organizzative dei servizi sanitari che devono configurarsi come servizi di rete, secondo i principi di integrazione, della multidisciplinarietà e della interazione tra i diversi tipi di intervento. In particolare, l'organizzazione di una rete di percorsi deve assicurare il monitoraggio e la presa in carico dei soggetti a rischio. La presa in carico preventiva si rivela tanto più efficace quanto più precoce.

L'obiettivo generale che si vuole perseguire è quello di definire un modello organizzativo che, a partire della rete dei percorsi già esistenti e strutturati rafforzi le sinergie e collaborazioni tra tutti gli attori che giocano un ruolo rispetto alla promozione della salute complessiva dei bambini.

Obiettivi specifici

- *Realizzazione e attivazione di un sistema di sorveglianza dello stato nutrizionale nei bambini sotto sei anni di età utilizzando i bilanci di salute eseguiti dai pediatri di libera scelta.*

I dati di sorveglianza sullo stato nutrizionale (OKkio, HBSC) attualmente disponibili riguardano esclusivamente i bambini sopra i sei anni e adolescenti; al fine di conoscere i fattori di rischio più precoci e la prevalenza di eccesso di peso anche in bambini al di sotto di 6 anni, è utile sviluppare indagini epidemiologiche anche in quella fascia di età.

Risultati attesi

Rilevazione dello stato nutrizionale sotto i sei anni di età.

Azioni principali

- Creazione gruppo di lavoro multidisciplinare
- Studio del sistema di rilevazione
- Avvio del sistema di rilevazione

Criticità

Mancanza di un sistema di rilevazione informatizzato a livello regionale e territoriale

Sistema di valutazione

- al 31.12. 2011: studio e predisposizione del sistema di monitoraggio (Standard: evidenza),

- nel 2012: avvio del rilevamento (Standard: evidenza della banca dati al 31.12. 2012)

- *Elaborazione di un modello organizzativo regionale per la presa in carico del bambino obeso basato sulle sinergie e le collaborazioni tra tutti i professionisti coinvolti.*

Alcune aziende sanitarie hanno attivato, con modalità diverse, una rete di integrazione professionale multispecialistica per la presa in carico del bambino obeso. È necessario valutare e diffondere un modello omogeneo a livello regionale, tenendo conto che le costituenti Case della salute, strumento di integrazione professionale o

organizzativa tra discipline e professioni diverse, possono favorire la costruzione e l'implementazione dei percorsi descritti.

Risultati attesi

Realizzazione di un modello regionale che definisca le linee guida e i criteri della presa in carico del bambino obeso

Azioni principali

Creazione gruppo di lavoro multidisciplinare
Censimento e valutazione delle esperienze già esistenti
Stesura del modello di intervento condiviso

Criticità

Difficoltà di affrontare gli interventi in modo trasversale ed integrato

Sistema di valutazione

- al 31.12. 2011: valutazione da parte del gruppo di lavoro delle esperienze già esistenti (Standard:censimento delle iniziative esistenti)
- nel 2012: elaborazione delle linee guida regionali (Standard: modello di intervento)

PROGETTO 3 La prevenzione delle malattie cardiovascolari

Con l'approvazione della DGR n. 426 del 27 marzo 2006, è stato avviato il Progetto sulla prevenzione secondaria degli accidenti cardiovascolari, finalizzato a diminuire l'incidenza degli eventi cardiovascolari nei pazienti che hanno subito un evento acuto (IMA/SCA); in particolare è stato affrontato il problema della continuità di cure tra ospedale e territorio, in quanto uno dei problemi principali dopo la dimissione ospedaliera del paziente con evento cardiovascolare acuto è quello di assicurare al MMG che lo prende in carico un riferimento specialistico cardiologico, con modalità di contatto semplice.

Per supportare l'implementazione e lo sviluppo del progetto nelle Aziende sanitarie, nel 2007 è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro regionale (Determina dirigenziale n. 3523 del 22 marzo 2007), composto da professionisti che operano nell'ambito delle Aziende Sanitarie (medici di medicina generale, medici cardiologi ospedalieri e territoriali, infermieri) e dei Servizi Regionali.

Il percorso seguito ha così consentito, nel 2007, di produrre specifiche Linee regionali, con la definizione di uno schema di lettera di dimissione ospedaliera dopo infarto miocardico acuto/sindrome coronarica acuta (IMA/SCA), con i contenuti standard da implementare: diagnosi di dimissione, motivo del ricovero, sintesi della storia clinica del paziente e della terapia farmacologica al domicilio; identificazione dei fattori di rischio e stratificazione del rischio cardiovascolare (valutazione qualitativa), adeguate indicazioni terapeutico-comportamentali, quali: alimentazione, attività fisica, ripresa dell'attività sessuale.

Il monitoraggio sulle azioni organizzative in campo ha messo in evidenza che la rete regionale è stata attivata in tutte le Aziende Sanitarie, anche attraverso l'individuazione di tavoli provinciali (Commissioni o Gruppi interaziendali), congiunti tra Aziende USL ed Ospedaliere, al fine di omogeneizzare comportamenti e procedure; il 94% delle Aziende Sanitarie utilizza la lettera di dimissione "standard" nell'ambito delle unità operative di cardiologia, mentre il counselling viene garantito nel 67%. Nel 2010 si è proseguito nelle azioni di promozione del progetto regionale, raccogliendo in un apposito volume le diverse esperienze avviate e realizzando un Convegno a Forlì il 13 maggio, rivolto ai

professionisti coinvolti sia in ambito ospedaliero che delle cure primarie e della sanità pubblica.

La riflessione finale sull'andamento del progetto pone l'accento sull'utilità di costruire alleanze fra operatori, pazienti e loro famiglie, in quanto la prevenzione cardiovascolare dopo un primo evento è una fase delicata e importante per il futuro del paziente. Spesso la mancanza di un adeguato counselling e la non osservanza dei consigli relativi allo stile di vita diventano elementi che gravano sul rischio di ricadute. Il coinvolgimento dei professionisti (ospedalieri, medici di medicina generale, infermieri) è determinante per il buon esito del decorso post-dimissione.

Gli obiettivi specifici

Secondo le evidenze disponibili e le linee guida correnti, il paziente post-IMA/SCA deve intraprendere un percorso complesso caratterizzato dalla necessità, oltre che di assumere diversi farmaci, di seguire stili di vita idonei promossi da adeguati interventi di counselling, nonché di effettuare regolari controlli clinico-strumentali, indipendentemente dalla presenza di sintomi. La complessità dell'intervento, le difficoltà nel sottoporsi periodicamente agli accertamenti ed alle modificazioni degli stili di vita, limitano fortemente l'adesione dei soggetti alle procedure suggerite, con la necessità di rinforzare costantemente l'ambito motivazionale. Se la prevenzione secondaria dell'IMA è affidata all'integrazione tra MG e medicina specialistica, non vi è dubbio però che il MMG rimane l'operatore con la maggiore possibilità di contatto con il paziente, anche perché è il depositario della maggior parte dell'attività prescrittiva. L'attuale livello di informatizzazione dei MMG del NCP, nell'ambito della rete regionale SOLE, permette di disporre degli strumenti per valutare il percorso del paziente, verificare il grado di adesione al programma stabilito ed intraprendere azioni correttive individuali.

In tale ottica, gli obiettivi specifici del progetto di prevenzione delle malattie cardiovascolari, consistono nel:

- proseguire e qualificare ulteriormente il processo avviato, attraverso l'utilizzo della lettera di dimissione secondo il format regionale, ampliandone l'adozione a unità operative altre dalla cardiologia (es. medicina interna, geriatria, ecc) e attraverso una sua gestione informatizzata (rete SOLE), sviluppare le attività di counselling, per migliorare l'informazione fornita al paziente e ai familiari (care-givers), l'adozione e il mantenimento nel tempo di stili di vita favorevoli alla conservazione o al recupero della salute. In particolare: sperimentare, in determinati contesti organizzativi favorevoli, iniziative di counseling strutturate e monitorate, attraverso la ricerca attiva di dimessi dopo eventi cardiovascolari acuti (IMA/SCA); le costituenti "Case della Salute", strumento di integrazione professionale ed organizzativa, possono favorire la costruzione e l'implementazione di queste attività;
- produrre documenti/materiali condivisi da utilizzare sul territorio regionale a supporto delle attività di counselling, attraverso la raccolta e selezione di materiale divulgativo già pubblicato con la finalità di promuovere stili di vita e comportamenti favorevoli al mantenimento o al recupero dello stato di salute dopo un evento acuto cardiovascolare. Questa specifica attività vede strategico il coinvolgimento dei DSP sulla base del loro know-how nelle attività di promozione di stili di vita sani;

- creare uno stretto collegamento tra il Progetto sul Profilo dei Nuclei di cure primarie (NCP) e il presente progetto, per monitorare, nel paziente dimesso da un ricovero per IMA, il trattamento farmacologico e i controlli periodici del paziente, attraverso l'utilizzo di alcuni indicatori di processo relativi alla gestione, da parte del medico di medicina generale, del percorso assistenziale per le patologie croniche. La Regione ha recentemente esteso a tutte le Aziende USL un progetto avviato nelle AUSL di Parma e Reggio Emilia, (DGR n. 1948/2008 e 1422/2009) mettendo a disposizione di tutti i Nuclei di Cure Primarie una reportistica dettagliata con la finalità di supportare l'attività dei coordinatori di Nucleo nel promuovere la condivisione e la collaborazione fra medici. L'obiettivo ultimo è di ottimizzare l'organizzazione dei servizi territoriali in base alle esigenze locali, migliorare l'accesso e la qualità delle prestazioni erogate ai cittadini, ma soprattutto realizzare forme di assistenza specifica per le patologie croniche prevalenti.

I Profili di NCP riportano informazioni sulle caratteristiche dei MMG, dei pazienti, sul consumo di assistenza ospedaliera (SDO), farmaceutica (AFT) e specialistica (ASA), ma soprattutto forniscono informazioni su alcuni indicatori di qualità ed appropriatezza della gestione, da parte dei MMG, del percorso assistenziale a favore dei pazienti affetti da alcune patologie croniche (diabete, asma, patologie cardiovascolari) di particolare rilievo e prevalenza.

Per il trattamento farmacologico, gli indicatori prevedono l'individuazione dei pazienti dimessi (banca dati SDO) con diagnosi principali di IMA e la ricerca, tramite banca dati AFT, di coloro che hanno ricevuto, entro 90 giorni dalla dimissione, almeno una prescrizione di beta-bloccanti, di statine o di anti-aggreganti. Relativamente ai controlli periodici del paziente dimesso per IMA gli indicatori prevedono l'individuazione di coloro che effettuano, annualmente, almeno una visita cardiologica, un test della creatinina e un profilo lipidico (Banca dati ASA).

Per conseguire tale obiettivo ci si prefigge di:

- diffondere la reportistica relativa agli indicatori di qualità del trattamento cardiovascolare nei pazienti post-IMA, ai Dipartimenti di Cure Primarie e successivamente ai NCP, garantendo anche un supporto ai Dipartimenti di cure primarie nell'organizzazione degli incontri di NCP;
- organizzare un percorso formativo per sviluppare competenze professionali aziendali per la gestione del progetto.

I destinatari di questo progetto sono, oltre ai professionisti dei Servizi regionali coinvolti, gli specialisti cardiologi, gli Infermieri, i Medici di Medicina Generale (NCP), i Dipartimenti delle cure primarie, i Dipartimenti di sanità pubblica.

Una criticità può essere rappresentata dalle possibili resistenze dei medici di medicina generale relativamente all'introduzione di nuove forme di reportistica a livello di Nucleo di Cure Primarie ed è pertanto importante diffondere il messaggio che la finalità non è quella di monitorare il comportamento dei medici a fini "punitivi", ma di promuovere sia modalità assistenziali appropriate che condividere modelli comuni di presa in carico di questi pazienti; un'altra possibile criticità consiste nella resistenza dei professionisti nell'attivare gli interventi di counselling. Oltre a queste che possono essere definite criticità di processo si sottolinea come criticità relativa al reale impatto sulla salute di questo intervento la possibile non adesione delle persone a un percorso di vita che li costringe a riorientare le proprie abitudini e scelte.

Il sistema di valutazione si baserà su indicatori di processo:

- attivazione del gruppo di coordinamento regionale (Valutazione Sì/No);
- numero di punti che in ogni Azienda fanno offerta attiva di counselling (Valutazione: almeno uno per AUSL entro il 31 dicembre 2012)
- predisposizione dei documenti/materiali informativi a supporto del counselling (Valutazione Sì/No).

A questi indicatori si affianca una valutazione più orientata a monitorare l'appropriatezza prescrittiva, attraverso l'elaborazione e la diffusione dei risultati relativi agli indicatori di qualità monitorati; estrapolazione dalla reportistica del profilo di NCP della parte specifica, che rappresenta gli indicatori di qualità sul trattamento cardiovascolare nei pazienti post-IMA (Valutazione sì/no).

PROGETTO 4 La prevenzione delle complicanze del diabete

Punto centrale del PRP precedente è stata l'attuazione del Progetto per il management del diabete mellito e la gestione integrata del paziente diabetico. Il Progetto ha avuto complessivamente un buon livello di realizzazione in tutti i Distretti di tutte le Aziende USL della Regione, coinvolgendo la quasi generalità dei Medici di Medicina Generale, le Strutture Diabetologiche e gli altri Servizi specialistici interessati. Gli strumenti di verifica della qualità dell'assistenza sono stati messi a punto sulla base delle "*Linee Guida Clinico Organizzative per il management del Diabete Mellito*" elaborate da un Panel multidisciplinare nel 2003, e attraverso il confronto tra le diverse esperienze aziendali, a livello regionale, e secondo le indicazioni a livello nazionale del Progetto IGEA (Integrazione, gestione e assistenza per la malattia diabetica).

Nella seconda parte del quinquennio 2005-2009, è stata effettuata una verifica delle esperienze realizzate e degli strumenti messi a punto in ambito regionale, tramite un percorso di formazione sul campo che ha coinvolto operatori di tutte le realtà regionali, territoriali ed ospedaliere. Il percorso formativo e di condivisione ha prodotto il documento "*Linee guida regionali per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 - aggiornamento dell'implementazione*", nel quale sono stati ridefiniti, tra l'altro, i criteri di valutazione dei pazienti per il passaggio in gestione integrata, la periodicità dei controlli, gli indicatori di monitoraggio, i percorsi tra le strutture diabetologiche (SD) e i Medici di Medicina Generale (MMG), comprese le modalità di arruolamento e per l'adesione informata da parte del paziente, e sono state individuate le modalità per la costruzione del registro provinciale della patologia diabetica.

Nel contempo sono stati implementati gli strumenti per garantire in maniera strutturata l'analisi dell'evoluzione clinica della popolazione diabetica e degli indicatori di processo e di esito, attraverso il completamento dell'informatizzazione dei MMG e dei servizi specialistici, con scambio bidirezionale dei dati inerenti le variabili monitorate e i referti (progetto SOLE - Sanità On LinE - rete integrata ospedale e territorio nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna, nell'ambito del Piano telematico regionale: i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti on-line).

È stata inoltre avviata l'analisi, a livello regionale, dei flussi di dati amministrativi integrati tra loro (ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica territoriale, mortalità), per individuare alcuni aspetti clinici dei cittadini residenti e mappare i loro percorsi di accesso alle prestazioni sanitarie. Con il documento "*Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005-2007)*" - Dossier 179-2009 dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR) sono stati definiti i criteri per l'analisi descrittiva della popolazione diabetica adulta in trattamento (35 anni e oltre) in Emilia-Romagna. Conseguentemente è stato attivato su tutto l'ambito regionale un sistema di monitoraggio di alcuni aspetti prioritari del percorso assistenziale della gestione integrata.

Il progetto di gestione integrata del diabete è oggi attuato da tutte le Aziende sanitarie della regione coinvolgendo complessivamente, al 31.12.09, oltre 76.000 pazienti (1,8% della popolazione residente), tutte le strutture diabetologiche e circa l'85% dei MMG. Costituisce obiettivo specifico annuale per le Direzioni generali tra gli ambiti strategici di intervento delle Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del servizio Sanitario regionale (ultima: v. DGR n. 1544/10, punto 9.4 dell'allegato 1).

In 4 delle 9 province della regione (Piacenza, Parma, Ferrara, Ravenna) è stato realizzato il registro della patologia diabetica, individuando circa 82.000 pazienti diabetici (5,7% della popolazione residente di tali province), di cui circa il 30% in gestione integrata.

La rete SOLE, che collega i circa 3.800 medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta con le strutture e gli specialisti delle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la condivisione di informazioni sanitarie, è operativa in tutte le realtà pur con diversi gradi di funzionalità.

Il problema di salute oggi

Il PRP 2005-2009 ha conseguito quindi importanti risultati sia nell'assistenza che nella sorveglianza epidemiologica del paziente diabetico.

Il profilo epidemiologico descritto dall'analisi contenuta nel citato Dossier 179-2009 dell'ASSR mostra che anche per la popolazione residente in Emilia-Romagna si conferma il progressivo incremento della prevalenza del diabete già rilevato su tutto il territorio nazionale. Circa 5 soggetti ogni 100, con una lieve prevalenza per il genere maschile, sono affetti da diabete mellito in trattamento farmacologico, proporzione che sale a 7 persone su 100 in età superiore a 35 anni.

Il diabete rappresenta la quinta causa di morte e in regione nel 2007 circa 5 diabetici ogni 100 sono deceduti, senza variazioni rispetto agli anni precedenti. Il ricorso al ricovero ospedaliero per i pazienti diabetici è rimasto sostanzialmente stabile nel triennio considerato. Nel 2007 quasi un terzo della popolazione diabetica (27% con età media pari a 73 anni) è stato ricoverato in ospedale almeno una volta

La causa più importante di morbidità associata al diabete è rappresentata dalla cardiopatia ischemica che interessa il 6% dei pazienti, seguita dall'ictus che colpisce circa il 4% dei diabetici.

I pazienti con complicanze agli arti inferiori, individuate attraverso i codici delle procedure chirurgiche, aumentano con l'età e, nonostante 3 diabetici ogni 1.000 ricorrano a interventi di rivascolarizzazione periferica, una simile quota di pazienti è ancora soggetta ad amputazione di parte o dell'intero arto interessato. Tra le complicanze micro vascolari giocano un ruolo critico quelle renali. Ne soffre circa il 4% dei pazienti diabetici, in progressivo aumento nel periodo 2005-2007, a differenza delle altre complicanze osservate, che sono sostanzialmente stabili. All'incremento delle patologie renali si accompagna un'analoga crescita del numero di pazienti sottoposti a dialisi. Tra le complicanze oculari, la retinopatia diabetica colpisce poco più di 1 diabetico ogni 100.

Un ulteriore contributo è stato fornito dal Sistema di sorveglianza PASSI: il 4% delle persone intervistate ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico; questa stima corrisponde a circa 130mila diabetici nella fascia 18-69 anni. La prevalenza di persone adulte diabetiche presenti nella nostra Regione, come a livello nazionale, mostra un significativo gradiente sociale. Viene anche confermata la frequente associazione della malattia diabetica con fattori di rischio rilevanti nel sostenerne possibili complicanze, quali ipertensione, ipercolesterolemia, eccesso ponderale e fumo.

I dati rilevati mostrano come l'attenzione di medici e operatori sanitari nel monitoraggio di ipertensione e ipercolesterolemia nei pazienti con diabete sia alta; rispetto agli stili di vita l'attenzione e i consigli sono più frequenti nei confronti del fumo e dell'eccesso ponderale rispetto all'attività fisica.

La copertura con la vaccinazione antinfluenzale, indicatore della protezione vaccinale che può essere offerta ai pazienti diabetici, è pari al 41%, superiore a quella più generale nei portatori di patologia cronica (pari al 30%), ma ancora ampiamente al di sotto di quella raccomandata (75%).

Permangono criticità nella raccolta sistematica dei dati e degli indicatori di monitoraggio, con disomogeneità anche perché non è completata in tutte le realtà l'informatizzazione delle strutture diabetologiche e dei pazienti reclutati dai MMG.

La costruzione del registro non è stata attuata in tutte le province.

Solo presso alcune Aziende è praticata la valutazione degli indicatori con i professionisti (MMG, specialisti, altre figure professionali), con l'avvio di esperienze di audit clinico.

Gli obiettivi di salute

L'assistenza multidisciplinare e integrata a vari livelli, il coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura, la costruzione di un sistema informativo dedicato sono individuati come elementi primari per una risposta assistenziale di buon livello su cui proseguire il lavoro anche nel nuovo PRP.

L'elevata adesione al progetto da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), la formulazione condivisa tra i diversi livelli assistenziali dei protocolli di gestione integrata, la precoce individuazione della malattia nella popolazione a rischio aumentato, la pianificazione dei percorsi diagnostico –terapeutici, rappresentano i punti di forza del programma da sviluppare insieme all'organizzazione dell'assistenza primaria nei nuclei di cure primarie (NCP) e case della salute, secondo modelli di gestione e di monitoraggio attivo dei pazienti con patologia cronica (medicina d'iniziativa e chronic care model). La rilevazione PASSI ha inoltre evidenziato che va migliorato il dato delle coperture vaccinali per l'influenza.

In tale contesto si intende sviluppare la programmazione di attività educativo-formative rivolte ai pazienti, da realizzare in ambito distrettuale e specialistico da parte delle diverse figure assistenziali, con la finalità anche di attivare modalità quali gruppi di auto aiuto ed esperti guida. Infatti i migliori risultati nella cura delle malattie croniche, quale appunto il diabete mellito, si possono realizzare attraverso il coinvolgimento attivo del paziente e dei suoi familiari e l'educazione all'autogestione è un momento cruciale di qualsiasi strategia terapeutica efficace.

A questo fine si intende incrementare il numero degli infermieri esperti nella gestione del diabete attraverso la realizzazione di interventi formativi mirati, in modo da aumentare le sedute educative e rinforzare i messaggi di adesione al protocollo, anche attraverso l'attività educativa individuale, già effettuata in modo autonomo dall'infermiere dell'ambulatorio diabetologico, ai pazienti con evidenti difficoltà nella gestione della propria malattia.

Gli **obiettivi specifici** fanno riferimento a 2 diversi ambiti di intervento, il primo che prosegue un filone già avviato col precedente Piano, il secondo che affronta un tema non ancora trattato, quello del diabete nei bambini.

- *Evoluzione del disease management delle persone con diabete mellito*
- verificare l'adesione alle linee guida nazionali e a quelle regionali, da aggiornare con riferimento a nuovi standard di diagnosi e cura
- promuovere il coinvolgimento attivo dei pazienti diabetici e dei loro familiari attraverso iniziative sugli stili di vita e di educazione terapeutica

- promuovere modalità di gestione del paziente diabetico nelle cure primarie e nei servizi specialistici secondo i modelli della medicina di iniziativa e del chronic care model
- definire e monitorare i principali percorsi assistenziali per la prevenzione e la cura delle complicanze (es. piede diabetico, complicanze materno-fetali nel diabete gestazionale – in collaborazione con commissione nascita regionale)
- migliorare il sistema di comunicazione e di gestione delle informazioni tra i diversi attori della rete, attraverso:
 - o il consolidamento e la manutenzione dei registri provinciali,
 - o il consolidamento della reportistica sugli indicatori di processo e di esito rilevati dalle Aziende Sanitarie e dei profili di assistenza e costi del diabete elaborati dai flussi informativi regionali,
 - o il miglioramento dei livelli di accessibilità ai dati scambiati tra specialisti e MMG tramite la rete SOLE,
 - o il raccordo con le banche dati regionali e con gli altri strumenti informativi messi in atto.

Azioni principali

In ambito territoriale, l'adesione al progetto della maggior parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), lo sviluppo dei Nuclei di cure primarie (nucleo composto da MMG, Pediatri di Libera Scelta, infermieri, specialisti territoriali, ostetriche ed operatori socio-assistenziali, per lo sviluppo del modello di reti integrate dei servizi territoriali e di comunità), 215 in regione a dicembre 2009, e l'individuazione delle tipologie e principali caratteristiche delle Case della Salute, quali punto di riferimento per l'accesso del cittadino alle cure primarie ed alla presa in carico integrata, permette di progettare e realizzare in maniera diffusa modalità di assistenza basate sulla medicina di iniziativa e sul chronic care model. La messa a punto, quali strumenti di audit, dei Profili di assistenza dei Nuclei di cure primarie (NCP) rappresenta un elemento di rafforzamento del sistema. In particolare i Profili, elaborati a livello regionale per tutti i NCP, forniscono informazioni sulla tipologia e qualità dell'assistenza erogata a tutti gli assistiti, specie per alcune patologie croniche (patologie cardiovascolari, diabete, asma).

In ambito specialistico, diverse Aziende sanitarie stanno realizzando una organizzazione degli ambulatori, rivolti a pazienti con patologia cronica, che prevede la funzione di accoglienza infermieristica, indispensabile nella semplificazione dei percorsi e nella presa in carico e per superare la settorialità degli interventi. Anche la migliore collaborazione con le cure primarie sulla base delle linee guida e dei protocolli di gestione integrata comporta una migliore selezione dei pazienti che accedono ai controlli periodici e la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici (es. per la gestione delle complicanze, per l'inquadramento del paziente neo-diagnosticato). L'effettuazione di attività specialistica per la gestione di patologie croniche quali il diabete, presso le sedi delle Medicine di Gruppo e i NCP, può essere momento qualificante del processo di integrazione tra medicina generale e specialistica, in una logica di effettiva continuità assistenziale.

I "profili di assistenza e costi del diabete" elaborati nel dossier dell'ASSR, da aggiornare e sistematizzare, permettono di monitorare in modo sistematico morbilità e consumo di risorse, di evidenziare disomogeneità assistenziali e aree di miglioramento.

Il percorso di gestione integrata del diabete è uno dei settori in cui si è realizzata la piena valorizzazione delle *professioni sanitarie* attraverso lo sviluppo di ambiti di autonomia e competenza soprattutto nel supporto all'autocura e nell'educazione terapeutica del paziente. Si tratta di un ambito in cui sviluppare la funzione di accoglienza e di organizzazione delle attività rivolte al paziente tramite le competenze infermieristiche, nelle cure primarie e negli ambulatori specialistici.

In particolare le azioni da sviluppare sono:

- aggiornare le linee guida regionali con i nuovi criteri diagnostici per diagnosi di diabete, IFG e IGT, e sui criteri di buon compenso per le persone con diabete di tipo 2
- promuovere la riorganizzazione delle attività nel dipartimento di cure primarie e nei NCP finalizzate alla programmazione e alla gestione attiva dei controlli clinici e di laboratorio, e di iniziative di educazione terapeutica;
- promuovere azioni di audit interni ai NCP con riferimento ai Profili di assistenza per i NCP
- potenziare le attività infermieristiche distrettuali e dei servizi specialistici nei percorsi assistenziali del paziente diabetico, con individuazione di ambulatori a gestione infermieristica per specifiche attività (es. educazione all'autogestione in insulino - trattati, controllo del piede)
- individuare infermieri case manager per i pazienti diabetici in ADI
- sviluppare maggiori competenze infermieristiche nella gestione dei pazienti con diabete nelle strutture residenziali
- realizzare interventi di formazione finalizzate alle azioni sopra indicate,
- individuare i team (diabetologo, infermiere, dietista, con il MMG) dedicati all'educazione terapeutica e le attività infermieristiche rivolte al paziente diabetico per garantire competenze e continuità della funzione, nell'ambito dell'assistenza alle malattie croniche
- definire percorsi di prevenzione e diagnostico terapeutici per la cura del piede¹
- definire le modalità di assistenza specialistica al paziente diabetico (medica e/o infermieristica) in regime di ricovero e in fase di dimissione ospedaliera
- promuovere esperienze di percorsi specialistici facilitati per pazienti a rischio di uscire dalla gestione integrata per scompenso metabolico
- monitorare le complicanze e l'adesione ai protocolli di sorveglianza e terapeutici (in particolare dell'ipertensione e della iperlipidemia) dei gruppi di pazienti che non risultano in Gi e in carico alle strutture diabetologiche, attraverso i registri aziendali/provinciali della patologia diabetica
- sviluppare l'educazione terapeutica del paziente con diabete:
 - o selezionare gli interventi secondo EBM, anche con il confronto fra le Aziende sanitarie sulle esperienze realizzate di coinvolgimento attivo dei pazienti e delle loro rappresentanze
 - o allargare la diffusione degli interventi ad una popolazione più ampia e a tutta la regione
- incrementare l'adesione a vaccinazioni di dimostrata efficacia: aumentare la copertura vaccinale antinfluenzale
- ridefinire in modo dettagliato i criteri di inclusione dei pazienti nei registri aziendali/provinciali della patologia diabetica e i possibili linkage con le Banche dati regionali, con attenzione a esperienze analoghe attuate in altre regioni e/o a indicazioni nazionali
- attivare i registri della patologia diabetica in tutte le province della regione

¹ Previsto anche per le complicanze materno-fetali nel diabete gestazionale, in collaborazione con la commissione nascita regionale

- migliorare i livelli di accessibilità e condivisione dei dati tra clinici, MMG e specialisti attraverso la rete SOLE
- applicare nel corso del triennio gli indicatori individuati nel documento del 2009 “Linee guida regionali per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 - aggiornamento dell'implementazione”, coerenti con gli indicatori di processo, di esito e di attuazione previsti dal Progetto IGEA
- utilizzare gli indicatori individuati per le condizioni sensibili al trattamento ambulatoriali (ACSC – Ambulatory Care Sensitive Conditions)² con riferimento specifico alla patologia diabetica
- aggiornare e utilizzare i “profili di assistenza e costi del diabete” ricavati dai flussi informativi regionali (farmaceutica, SDO, ASA, mortalità, anagrafe assistiti), con attenzione a esperienze analoghe attuate in altre regioni e/o a indicazioni nazionali
- arricchire l'indagine PASSI di un settore specifico dedicato alla malattia diabetica, con attivazione delle modifiche su tutto l'ambito regionale

Il sistema di valutazione

Redazione a dicembre 2011 del documento di aggiornamento delle linee guida regionali con i nuovi criteri diagnostici per diagnosi di diabete, IFG e IGT, e sui criteri di buon compenso per le persone con diabete di tipo 2

Selezione nel corso del 2011 degli interventi di educazione terapeutica secondo EBM, anche con il confronto fra le Aziende sanitarie sulle esperienze realizzate di coinvolgimento attivo dei pazienti e delle loro rappresentanze;

Avvio entro la fine del 2012 di interventi di educazione terapeutica strutturati in almeno il 50% delle Aziende USL della regione

Valutazione degli interventi infermieristici svolti nei servizi specialistici e sul territorio in ambulatorio, a domicilio, in residenza rivolti ai pazienti diabetici:

al 31.12.2011 definizione glossario con le aziende sanitarie

al 31.12.2012 % di pazienti con diabete seguiti dagli infermieri suddivisi per ambito

Monitoraggio della sperimentazione presso un'AUSL di percorsi specialistici facilitati per pazienti a rischio di uscire dalla gestione integrata per scompenso metabolico con rilevazione dei risultati a dicembre 2011

Redazione entro dicembre 2011 di indicazioni sui percorsi di prevenzione e diagnostico terapeutici per la cura del piede attraverso apposito gruppo di lavoro

Monitoraggio annuale attraverso i flussi informativi regionali correnti dei dati sul N. amputazioni /N. diabetici, N. interventi di rivascolarizzazione periferica /N. diabetici, secondo i criteri concordati nell'apposito gruppo di lavoro

Rilevazione ad hoc dei protocolli di assistenza specialistica al paziente diabetico (medica e/o infermieristica) in regime di ricovero e in fase di dimissione ospedaliera

Copertura vaccinazione antinfluenzale

Copertura del 45% al 31.12.2011

Copertura del 60% al 31.12.2012

² http://www.qualityindicators.ahrq.gov/pqi_overview.htm;

Redazione del report dei registri aziendali/provinciali attivati

Attesi 6/11 al 31.12.2011

Attesi 11/11 al 31.12.2012

Redazione annuale del report regionale dei Profili di assistenza per i NCP

Redazione annuale del report degli indicatori di processo e di esito rilevati dalle aziende sanitarie e dei profili di assistenza e costi del diabete ricavati dai flussi informativi regionali, secondo i criteri ridefiniti con apposito gruppo di lavoro

Redazione annuale del report sullo stato di avanzamento del progetto SOLE per la gestione integrata del diabete mellito, secondo i criteri concordati con apposito gruppo di lavoro

▪ *Diabete in età pediatrica*

Il diabete mellito di tipo 1 rappresenta circa il 5% di tutte le forme di diabete, con la peculiarità di esordire in circa il 75% dei casi nella fascia di età 0-18 anni. Negli ultimi 20 anni è documentato in Europa un aumento dell'incidenza di circa 4% all'anno, con un aumento maggiore relativo nella fascia 0-4 anni (1). Se il trend dovesse continuare, nei prossimi 15 anni i casi prevalenti nei bambini 0-4 anni raddoppieranno ed i casi nei bambini 0-14 anni aumenteranno del 70%. È noto quanto sia difficoltosa la gestione del bambino piccolo con diabete da parte sia della famiglie che delle istituzioni (scuola in particolare). Esiste qualche segnalazione di una correlazione tra livello di BMI nei bambini ed incidenza del diabete pediatrico (2). I dati di incidenza italiani ed in particolare quelli della regione E.R. sono stati fino ad ora carenti: Nello studio Europeo (1) l'Italia non è rappresentata e negli studi italiani pubblicati riguardanti il periodo 1990-2003 (RIDI 3,4), sono presenti dati parziali della sola provincia di Modena. Dati preliminari della incidenza nelle province di Bologna e Ferrara nel quinquennio 2005-2009 (abstract di Pandolfi P, Zucchini S, Banin P et al.) confermano i dati Europei con un'incidenza in crescita ed un dato del 2009 (17.8 nuovi casi/100.000 età 0-14 anni) che avvicina il risultato ottenuto ai dati elevati del centro Europa.

I bambini con diabete della regione E.R. sono seguiti, oltre che dai centri regionali di Bologna e Parma, dalla maggior parte delle U.O di pediatria (in totale 2+9) che spesso sono legate all'attività di un unico medico. Sono presenti verosimilmente disomogeneità nei livelli di assistenza dei bambini con diabete nelle diverse aree della regione. Sono stati pubblicati per i pazienti adulti con diabete di tipo 2 dati sugli indicatori di qualità dell'assistenza diabetologia in Italia (Annali AMD).

In regione Emilia - Romagna i bambini con malattie croniche sono rilevati dalle Pediatrie di Comunità (PdC) delle Aziende USL nel registro aziendale delle malattie croniche, sulla base delle segnalazioni effettuate dal Pediatra di libera scelta o dal Pediatra ospedaliero per l'attivazione dell'assistenza distrettuale e/o in ambito scolastico. Per l'anno 2009 sono presenti nei registri aziendali della PdC 703 bambini con diabete di tipo 1, di cui 95 nuovi casi (nella tabella 1 sono riportati i dati relativi al numero di soggetti, nuovi casi, prevalenza ed incidenza dal 2002 al 2009 sulla popolazione target 0-17 anni).

Minori (0-17 anni) con diabete di tipo 1 presenti nei registri aziendali delle Pediatrie di Comunità

Anno	N. soggetti	di cui nuovi casi	Prevalenza (n. soggetti *1000 /popolazione target 0-17)	Incidenza (n.° nuovi casi*100.000 \popolazione target 0-17)
2002	233	27	1,04	12,11
2003	266	35	1,17	15,35
2004	401	51	0,79	10,09
2005	390	36	0,82	7,61
2006	509	53	0,96	9,97
2007	504	72	0,83	11,83
2008	644	83	1,03	13,27
2009	703	95	1,10	14,82

*Nell'anno 2002-2003 nell'Ausl di PC,PR,RE e MO non erano attivi registri aziendali per il Diabete
Nell'anno 2009 non è presente il registro nell'AUSL di PC*

Dei 703 bambini con diabete presenti nei registri delle PdC, 342 (pari al 49%) sono seguiti dalla PdC con protocolli assistenziali, mentre circa 170 bambini hanno una certificazione per l'assunzione di farmaci in orario scolastico.

Complessivamente in regione è presente il percorso assistenziale integrato per l'inserimento scolastico dei bambini con diabete in 9 aziende sanitarie. A questo proposito sono state recentemente redatte "Linee di indirizzo per la definizione di intese provinciali inerenti la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico in Emilia-Romagna", in accordo con la Scuola, in via di adozione.

Obiettivi specifici

- Istituzione di un registro regionale del diabete tipo 1 in età pediatrica (età 0-14 anni).
- Valutazione dei livelli assistenziali dei bambini con diabete nelle varie aree della regione attraverso l'identificazione di indicatori di qualità pediatrici in tutti i casi prevalenti.

Risultati attesi

Confermare mediante l'istituzione di un registro regionale il trend internazionale e nazionale registrando informazioni che riguardino, oltre che il dato incidente generale, la quota verosimilmente crescente di pazienti immigrati. Questo permetterà di meglio programmare l'offerta regionale per la gestione del bambino con diabete.

Verificare nel corso del 2011-2012 se i bambini con diabete sono seguiti in maniera omogenea nelle diverse aree della regione, quantificando anche la quota di bambini che si rivolgono a centri extra regionali o a centri degli adulti.

Miglioramento delle prassi assistenziali per i bambini con diabete.

Azioni principali

Registro: individuazione dei referenti a livello regionale e a livello dei centri diabetologici universitari/ospedalieri/territoriali delle 3 Aree vaste della regione (primo semestre 2011) con conferimento dei compiti specifici del registro. Identificazione delle fonti epidemiologiche primarie-secondarie-terziarie (entro 2011). Individuazione del personale medico-infermieristico che si occuperà della segnalazione dei nuovi casi (anno 2011).

Creazione di un database permanente centrale e di database satelliti per le 3 Aree vaste (avvio entro 2011). Da valutare la raccolta retrospettiva dei casi 2005-2010. Elaborazione dei dati 2011 (entro 2012) ed eventualmente dei casi incidenti del quinquennio 2005-2010.

Livelli assistenziali: individuazione del gruppo di lavoro regionale composto da referenti della regione, dei centri diabetologici pediatrici e dei servizi territoriali coinvolti, con la partecipazione delle associazioni di volontariato (entro 2011). Individuazione da parte del gruppo di lavoro dei 'gold standard' dell'assistenza (primo semestre 2012). Verifica e completamento dell'informatizzazione in tutti i centri diabetologici (entro 2012) e avvio del collegamento con i servizi distrettuali/PLS/MMG attraverso la rete SOLE.

Destinatari

- bambini con diabete e loro famiglie
- gruppo di lavoro regionale
- responsabili dei centri diabetologici pediatrici regionali
- pediatri ospedalieri, universitari e territoriali che seguano bambini con diabete
- personale infermieristico che segua bambini con diabete
- federazione associazioni di volontariato

Criticità'

- Frazionamento dell'assistenza diabetologia pediatrica regionale, ospedaliera e territoriale
- Necessità di individuare un epidemiologo referente che possa garantire un lavoro continuativo (registro)

Il sistema di valutazione

- Stato di avanzamento della costruzione del registro regionale.
- Copertura del 30% dei casi incidenti al 31.12.2011 e del 60% dei casi incidenti al 31.12.2012 (nuovi casi attesi/anno: 110)
- Documento relativo agli indicatori di qualità pediatrici individuati dal gruppo di lavoro regionale per la valutazione dei livelli assistenziali

2.4.c Promozione di screening pediatrici per la diagnosi precoce di malattie invalidanti

La decisione di implementare uno screening di popolazione per la diagnosi precoce di una patologia è connessa a diversi fattori.

La patologia deve avere una certa frequenza (in caso contrario la probabilità di intercettare casi positivi sarebbe remota), deve essere di una certa gravità (per giustificare un impiego di risorse comunque sempre rilevante) e deve essere curabile, per consentire di abbinare, ad un riscontro positivo allo screening, terapie e percorsi assistenziali adeguati.

Inoltre, occorre disporre di test che abbiano una elevata sensibilità, per rilevare il numero più elevato di sospetti, ma che al tempo stesso consentano, nella fase di approfondimento, una elevata specificità, per evitare sovratrattamenti.

Sono oggi disponibili numerosi test che consentono la diagnosi precoce di molte malattie già in età neonatale. Tra i tanti disponibili, la Regione Emilia-Romagna, in applicazione dei criteri sovraesposti, intende promuovere nel triennio 2010-2012, i seguenti 2 progetti:

ampliamento dello screening neonatale per le malattie metaboliche ereditarie

avvio dello screening uditivo neonatale

Esistono poi due progetti riguardanti la prevenzione della Lussazione congenita dell'anca (LCA) e la prevenzione della Morte Cardiaca Improvvisa nell'età pediatrica

e nell'adolescente mediante diagnosi precoce della sindrome del QT lungo per i quali non vi sono evidenze scientifiche altrettanto omogenee e condivise; tuttavia, essendo in parte già attuati in diverse AUsl della Regione e avendo comunque diversi dati a sostegno, si ritiene di dover promuovere nel corso di validità del presente piano una valutazione attenta dei risultati e dei requisiti indispensabili per realizzare eventualmente i progetti. Nel caso di una valutazione positiva, verranno promossi studi pilota.

PROGETTO 1 Ampliamento dello screening neonatale per le malattie metaboliche ereditarie

Il problema di salute oggi

Lo screening neonatale per la diagnosi di malattie endocrine e metaboliche ereditarie nell'infanzia in Emilia-Romagna è stato avviato sperimentalmente per i nuovi nati di tutto il territorio regionale nel 1978 dalla Clinica Pediatrica e dal Laboratorio Centralizzato dell'Ospedale S. Orsola di Bologna - afferente all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - per l'ipotiroidismo.

Dal 1993, a livello nazionale le patologie sottoposte obbligatoriamente a screening neonatale sono tre: la fenilchetonuria, la fibrosi cistica e l'ipotiroidismo (ai sensi della Legge quadro n.104 del 5 maggio 1992, della Legge n.548 del 23 dicembre 1993 e del DPCM 9 luglio 1993).

Alcune Regioni hanno provveduto a allargare lo screening a altre patologie oltre a quelle previste dalle suddette normative, secondo modalità non omogenee tra loro. In Emilia-Romagna l'attività di screening è stata estesa negli anni successivi al 1978 alle seguenti patologie: la fenilchetonuria, la sindrome adrenogenitale congenita, la galattosemia e la fibrosi cistica.

Attualmente la copertura dello screening sui nati in Regione è prossima al 100%.

Dall'avvio dello screening al 2008, 393 persone hanno visto cambiata la storia naturale della loro malattia, con miglioramento della qualità della vita nella maggior parte di queste patologie.

Molte ancora sono però le malattie metaboliche ereditarie che colpiscono, con incidenza e gravità diverse, la popolazione. Recentemente una moderna acquisizione tecnologica - la LC/MS/MS (Tandem mass) - si è dimostrata efficace nel riconoscimento di un grande numero di patologie metaboliche ereditarie, oltre alla potenziale diagnosi di ulteriori patologie. Questa nuova tecnica si presta in particolare a essere applicabile allo screening neonatale, offrendo la possibilità di effettuare diagnosi con alta precisione analitica in termini di sensibilità e specificità e consentendo quindi di ridurre il numero dei casi falsi positivi, con riduzione conseguente del numero dei richiami e di test di conferma diagnostica anche invasivi.

Attraverso un apposito gruppo tecnico per lo screening delle malattie metaboliche ereditarie, composto dai professionisti della Regione con la maggiore competenza nel campo delle malattie metaboliche, dall'Associazione italiana studio malattie metaboliche ereditarie, dalle società scientifiche coinvolte nella materia e dai competenti funzionari dei Servizi regionali, sono state definite:

- il numero e la tipologia di patologie per cui la Regione Emilia-Romagna assume l'impegno di porre diagnosi precoce attraverso la metodica "tandem mass";
- le reti cliniche relative alle principali categorie di patologie oggetto dello screening, tali da garantire la presa in carico precoce e l'avvio del tempestivo trattamento, ove esistente, secondo protocolli concordati e la chiara individuazione delle rispettive competenze cliniche ed organizzative.

In particolare, sono state selezionate quelle malattie per le quali, sulla base del documento redatto dalle società scientifiche di riferimento, SISMME e SISN (Linee guida per lo screening neonatale esteso e la conferma diagnostica 2008), vi è forte raccomandazione di adozione dello screening con chiara evidenza di miglioramento della salute derivante da studi ben progettati e su casistiche adeguate.

Sono invece state escluse dallo screening patologie ereditarie benigne, patologie per le quali la diagnosi di conferma non è sicura (con la conseguenza di un elevato numero di falsi positivi), patologie precocemente mortali, a cui lo screening non porterebbe nessun giovamento e patologie che si accompagnano a quadri clinico-chimici talmente eclatanti e precoci da indirizzare la diagnosi immediatamente in ambito neonatale, prima ancora che sia disponibile un'eventuale risposta dello screening.

Con la Delibera della Giunta regionale n. 107/2010 è stato così aumentato il numero di patologie per le quali sottoporre a screening tutti i neonati della Regione Emilia-Romagna ed è stato definito che il Centro Clinico e laboratoristico di riferimento per queste analisi è collocato presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna.

Per permettere l'allargamento dello screening neonatale è in corso presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria un profondo ammodernamento delle strutture e delle procedure dedicate allo screening neonatale mediante diverse azioni:

- personale dedicato e formazione dello stesso presso altri centri specializzati in Italia;
- organizzazione centralizzata del trasporto dei cartoncini dai Punti Nascita al Centro laboratoristico di Bologna che garantisce l'arrivo del campione entro 24 ore dal prelievo, e in caso di giornate festive non oltre le 48 ore;
- rinnovamento delle attrezzature tecnologiche utilizzate per l'effettuazione degli esami.

Inoltre è in corso di approvazione un atto regionale che definisce le reti assistenziali per la presa in carico complessiva del bambino risultato positivo allo screening neonatale.

Gli obiettivi generali di salute

Il Progetto si prefigge l'obiettivo di salute di diagnosticare tempestivamente le malattie metaboliche ereditarie inserite nel panel e di curare i bambini all'interno di reti assistenziali specifiche, migliorandone notevolmente la qualità di vita.

Le malattie metaboliche ereditarie incluse nel progetto sono le seguenti:

- Aminoacidopatie: Fenilchetonuria (iperfenilalalinemie); malattie delle urine a sciroppo d'acero, Tirosinemia tipo I (epatorenale); Tirosinemia tipo II; Tirosinemia tipo III; omocistinuria; iperornitinemia;
- Acidurie organiche: Acidemia glutarica I; Acidemia isovalerica; acidemia propionica; acidemia metilmalonica; deficit di beta-chetotiolasi; deficit di 3-idrossi-3-metilglutaril-CoA-liasi (HMG);
- Difetti di ossidazione acidi grassi: Difetti della acil-CoA deidrogenasi a catena media (MCAD); Difetti della acil-CoA deidrogenasi a catena molto lunga (VLCAD); Difetti della idrossiacil-CoA deidrogenasi a catena lunga (LCHAD); deficit della proteina trifunzionale; deficit di uptake della carnitina; acidemia glutarica tipo II;

Le modalità con le quali si intende attuare il progetto prevedono:

- l'esecuzione su tutti i bambini nati nei 35 Punti Nascita della Regione dello screening neonatale allargato attraverso la raccolta su carta bibula di una goccia di sangue dal tallone nei primi giorni di vita e esecuzione degli accertamenti analitici con metodica LC/MS/MS presso l'Azienda Ospedaliero-

Universitaria di Bologna, dotata di uno strumento "Tandem Mass" in grado di garantire l'effettuazione dello screening per bacini di utenza di 50.000 nuovi nati, coprendo quindi interamente le necessità regionali;

- la costruzione di percorsi di continuità assistenziale per seguire il neonato e la sua famiglia fin dal momento della diagnosi, in grado di soddisfare tutti i bisogni legati a patologie complesse e multidisciplinari.

Gli obiettivi specifici

Entro il 31 dicembre 2010:

- Qualificazione del Centro Clinico e del Laboratorio Screening Neonatale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna con standardizzazione di procedure interne e attività;
- Allestimento della rete organizzativa regionale:
 - o standardizzazione di requisiti specifici presso tutti i 35 Punti Nascita (procedure, informatizzazione, individuazione di un referente organizzativo per Punto),
 - o implementazione di procedure di comunicazione tra Centro Regionale e Punti nascita,
 - o informazione ai Pediatri di Libera scelta, ai Consulteri, alle famiglie ecc.,
 - o individuazione di Centri di expertise per ogni malattia oggetto di screening, per il miglior supporto clinico specialistico ai neonati risultati positivi allo screening
- Definizione regionale dei percorsi di continuità assistenziale per il bambino e la sua famiglia, comprensivi di: comunicazione della diagnosi, counselling, consulenza genetica, supporto da parte dei Centri di expertise, terapia, assistenza domiciliare, ev. accertamento della disabilità, esercizio dei benefici/supporti previsti dalla normativa, integrazione socio-educativa-sanitaria
- Avvio sperimentale dello screening allargato.

Entro il 28 febbraio 2011:

- Approvazione dell'atto di formalizzazione dei percorsi di assistenza per il neonato risultato positivo allo screening.

Entro il 31 dicembre 2011:

- Completamento della sperimentazione e valutazione;
- Avvio dei percorsi di continuità assistenziale in tutte le AUsl.

Entro il 31 dicembre 2012:

- Messa a regime del sistema integrato tra screening neonatale allargato e rete di presa in carico e di continuità assistenziale per i neonati risultati positivi allo screening.

I risultati attesi

Con il progetto si intende effettuare lo screening allargato a tutti i neonati della Regione Emilia-Romagna e di garantire i corretti percorsi di presa in carico sia dal punto di vista dell'assistenza ospedaliera che territoriale, prevedendo l'istituzione di un team multidisciplinare presso le AUsl di residenza che soddisfi tutti i bisogni dell'assistito.

I destinatari

- I destinatari dello screening sono tutti i bambini nei 35 Punti Nascita della Regione, a partire dal 1° gennaio 2011 (attesi circa 40000/anno).
- I destinatari dei percorsi assistenziali sono i neonati risultati positivi allo screening (stimati in 20-22 l'anno)

Criticità

La criticità maggiore del Progetto risiede nella nuova organizzazione del Centro screening clinico e laboratoristico (formazione personale dedicato, acquisizione delle nuove attrezzature tecnologiche, organizzazione centralizzata della raccolta, etc) e nel passaggio dalla diagnosi all'attivazione della rete ospedaliero-territoriale assistenziale con le sue diverse componenti sanitarie, sociali e educative.

Il sistema di valutazione

Formazione del personale sanitario e tecnico presso i Punti Nascita

Standard: entro il 2011 100%

Formazione del personale sanitario e tecnico presso il Centro screening

Standard: entro il 2011 100%

Formazione del personale sanitario e tecnico presso i centri di expertise

Standard: entro il 2011 100%

Esecuzione test nei Punti Nascita

Standard: entro il 2011 100%

Arrivo dei cartoncini entro la tempistica prevista

Standard: entro 48 ore (72 ore nei giorni festivi)

Presa in carico dei pazienti all'interno delle reti assistenziali previste

Standard: entro il 2011 Attivazione reti

PROGETTO 2 Avvio dello screening uditivo neonatale

Il problema di salute

La frequenza della perdita congenita dell'udito è compresa tra l'1 e il 3‰. Tale frequenza è più elevata (2-5%) nei neonati di peso molto basso o di quelli, che più in generale, necessitano di cure neonatali intensive.

Il mancato riconoscimento di una perdita dell'udito comporta importanti ripercussioni sul piano della comprensione e del linguaggio.

La condizione infatti è associata a un ritardo del linguaggio, dell'apprendimento, dello sviluppo del linguaggio verbale nonché a problemi comportamentali, diminuito benessere psicosociale, scarse capacità di adattamento e a un ridotto livello di istruzione. A fronte di questi esiti negativi in letteratura è ben documentata la modificabilità della storia naturale, la esistenza di terapie in grado di modificare la stessa e la validità dei test diagnostici.

Nonostante una serie di limiti metodologici (mancano studi randomizzati controllati relativi alla modificabilità della storia naturale in quanto la maggior parte degli studi confrontano gli esiti osservati in epoca precedente l'introduzione dello screening neonatale con il periodo successivo), si evidenzia che:

- esiste un periodo di latenza tra l'instaurarsi della condizione e la sua manifestazione clinica; che rende plausibile una politica di screening;
- l'implementazione dello screening neonatale è in grado di anticipare l'epoca della diagnosi e della presa in carico dei soggetti con ipoacusia;
- una diagnosi precoce, se seguita da un'attuazione degli interventi altrettanto precoce, migliora gli esiti per quanto riguarda lo sviluppo del linguaggio ricettivo e espressivo. In particolare la possibilità di attuare un impianto cocleare sembra influire positivamente sugli esiti. La variabilità nei risultati osservati è, almeno in parte, da attribuirsi alla diversa modalità di organizzazione dello screening.

Esperienze di screening già sono in atto nella Regione Emilia-Romagna, ma interessano solo alcune Aziende Sanitarie.

Obiettivi generali di salute

La legge n. 104/92 prevede che il neonato debba essere sottoposto al cosiddetto "screening neonatale" cioè ad una serie di esami che permettono di individuare precocemente alcune malattie congenite (cioè presenti alla nascita ma che si manifestano in genere più tardivamente).

L'obiettivo di questo screening è di effettuare il più precocemente possibile (entro i primi mesi di vita) la diagnosi di difetto uditivo (in fase preverbale), per evitare che si instaurino le conseguenze negative che la ipoacusia non trattata avrebbe sullo sviluppo del bambino.

Obiettivi specifici

Entro il 31 dicembre 2010 :

definizione del programma di screening universale, rivolto sia ai neonati a basso rischio, che ai neonati a alto rischio e ai bambini con rischio di ipoacusia a esordio tardivo o progressiva, con particolare attenzione al percorso di continuità assistenziale e di comunicazione della diagnosi.

Entro il 31 dicembre 2011:

- individuazione della rete organizzativa regionale e avvio dello screening presso tutte le Aziende;
- allestimento del materiale informativo per i genitori;
- formazione dei professionisti coinvolti.

Entro il 31 dicembre 2012

verifica dell'efficacia dello screening.

Le azioni principali

- Adozione di un modello di screening universale a tre stadi per migliorare sensibilmente la specificità. Per tale modello si possono utilizzare diverse combinazioni: solo emissioni acustiche, solo a-ABR o i due test in sequenza. L'utilizzo dell'a-ABR permette di evidenziare anche i casi di neuropatia uditiva; per i soggetti ricoverati in Unità Terapia intensiva neonatale (UTIN) l'utilizzo dell'a-ABR è mandatorio stante l'elevata frequenza di casi di neuropatia uditiva.
- Messa a punto di protocolli distinti a seconda che si tratti di neonati a basso rischio, neonati a alto rischio (ricoverati in UTIN), neonati a rischio di difetto uditivo evolutivo o ad insorgenza tardiva.
- Valutazione audiologica dei soggetti positivi allo screening effettuata da professionisti con specifiche competenze nel campo dell'ipoacusia infantile entro il 3° mese di vita.

- Interventi di supporto alle famiglie sia durante l'iter diagnostico (controllo dell'ansietà derivante dalla positività al test di screening), sia una volta posta diagnosi di perdita congenita dell'udito;
- Sviluppo di una raccolta dati che consenta di monitorare nel tempo l'efficacia dello screening.
- Acquisizione di abilità alla comunicazione da parte di tutti i professionisti coinvolti.

Risultati attesi

- Effettuazione dello screening allargato a tutti i neonati della Regione Emilia-Romagna, reclutando almeno il 95% dei nati.
- Garantire la diagnosi di ipoacusia entro il 3° mese di vita (età corretta per i nati pretermine)
- Garantire una sorveglianza per le forme a esordio tardivo od evolutive

I destinatari

Tutti i bambini nati nei 35 punti nascita della Regione, a domicilio e in altre regioni da madre residente in Emilia-Romagna.

Le criticità

- Aderenza al percorso nei casi risultati positivi al test (re-test, test di conferma e diagnosi di ipoacusia) in particolare per quanto riguarda i bambini nati fuori Azienda o appartenenti a categorie svantaggiate.
- Modalità di offerta dello screening (tale da evitare ansie nei genitori) e, soprattutto, nella gestione del periodo che intercorre tra la comunicazione di positività al test di screening e la conferma diagnostica (necessità di supporto ai genitori).
- Aumento dei carichi di lavoro per gli operatori sanitari dei punti nascita.

Sistema di valutazione

- Percentuale di reclutamento >95% in ciascun punto nascita, anche per i nati da madre residente in Emilia-Romagna, a che abbia partorito in altra regione, e per i nati in struttura privata.
- Frequenza dei soggetti positivi al retest <5%.
- Frequenza di soggetti positivi alla conferma di sordità (atteso intorno al 1-3‰ sul totale dei nati vivi).

Per quanto riguarda poi i due progetti individuati come meritevoli di approfondimento, si evidenziano i problemi di salute sottesi e gli obiettivi che si propongono.

- a) *Valutazione della validità e eventuale estensione territoriale di un Programma di prevenzione della lussazione congenita dell'anca.*

La displasia evolutiva dell'anca comprende uno spettro di anomalie anatomiche (anche displasiche, sublussate, dislocabili e dislocate) che sono caratterizzate da una diversa prevalenza e gravità, poiché diversa è la storia naturale delle stesse.

L'incidenza di anca lussata è dell'1-2‰; l'insieme delle condizioni definite come patologiche dallo screening ecografico può raggiungere un'incidenza superiore al

50‰. La mancata definizione dei diversi quadri si riflette sia su una difficoltà nel valutare l'efficacia dello screening, sia, sul piano clinico, può tradursi in una sovrastima della diagnosi e dei conseguenti trattamenti.

L'esistenza di fattori di rischio, associati ad un'aumentata incidenza della condizione, non sono tali da consentire uno screening selettivo. La rilevazione di alcuni di questi fattori, quali l'oligoidramnios e la posizione podalica, sono documentati al termine della gravidanza ma sovente sono insufficienti le informazioni relative all'epoca di insorgenza.

La storia naturale delle anche instabili alla nascita può comportare la stabilizzazione spontanea nel tempo (secondo Barlow ciò si verifica nell'80% entro i primi due mesi di vita). Tale dato comporta che uno screening ecografico troppo precoce può determinare una sovrastima della condizione ed un significativo, quanto inutile, impiego di risorse per il follow-up ecografico.

Non vi sono studi sulla storia naturale dei casi di gravità intermedia (anche displasiche e sub lussate) in quanto storicamente tutte le anche clinicamente instabili o con quadro alterato all'imaging (radiologia e ecografia) vengono abitualmente sottoposte a trattamento. Diverso il problema delle anche dislocabili e dislocate ove la plausibilità biologica supporta un'efficacia del trattamento.

La pratica di eseguire una ecografia delle anche tra 2 e 4 mesi è piuttosto diffusa, con differenze nei tempi di esecuzione, nella lettura dell'ecografia e negli interventi proposti e eseguiti.

Si tratta in un primo momento di valutare l'efficacia e la fattibilità di un'indagine ecografica standardizzata da estendere a tutto il territorio regionale. In seguito si intende valutare l'appropriatezza degli interventi in quelle anomalie dell'anca in un'alta percentuale delle quali sembra esserci, in base alla letteratura, una normalizzazione spontanea.

- *b) Valutazione della validità di un programma di prevenzione della Morte Cardiaca Improvvisa nell'età pediatrica e nell'adolescente mediante diagnosi precoce della sindrome del QT lungo.*

La sindrome del QT lungo (LQTS) è una condizione caratterizzata da un allungamento dell'intervallo QT nell'elettrocardiogramma, con elevato rischio di aritmie fatale o minacciose per la vita.

Ha una prevalenza stimata di 1:2500 nati vivi ed è la prima causa di morte improvvisa sotto i 20 anni. Interessa soprattutto bambini e adolescenti durante lo stress fisico od emotivo ed è la causa di circa il 15% delle morti improvvise del lattante (SIDS).

L'età di inizio dei sintomi, inclusa la morte improvvisa, dipende dal sottotipo di LQTS. Nel 70% dei casi fatali la morte improvvisa è anche il primo sintomo della malattia, ne consegue la necessità di trattare i pazienti affetti appena fatta la diagnosi. Il trattamento si basa principalmente sull'impiego di Beta bloccanti, risultato efficace nella maggior parte di casi.

Gli screening molecolari effettuati in soggetti deceduti improvvisamente prima dei 30 anni dimostrano che nel 30% dei casi i soggetti sono portatori di una mutazione causante LQTS. Nelle forme genetiche il 50% dei famigliari è portatore della malattia per cui, individuata la mutazione responsabile nel neonato, è possibile identificare i famigliari affetti (di solito 2-5 per famiglia) ed iniziare la loro protezione.

Una identificazione precoce dei soggetti con questa condizione patologica consente infatti di instaurare un trattamento efficace almeno in buona parte dei casi.

L'obiettivo dello screening è quindi quello di contenere il numero di morti improvvise nell'età pediatrica e nell'adolescente attraverso una precoce identificazione dei soggetti a rischio (LQTS) effettuando un ECG nei primi anni di vita.

2.4.d La promozione del benessere e la prevenzione del disagio negli adolescenti e nei giovani

Il problema di salute oggi

L'adolescenza, pur essendo influenzata dalle trasformazioni storiche e di costume, rappresenta l'epoca della vita in cui viene acquisita l'identità sessuale, attraverso la trasformazione del rapporto con i genitori, l'inserimento nei gruppi dei pari, l'avvio di relazioni sentimentali e sessuali e l'acquisizione di nuove competenze. Risulta ormai comprovato dalla letteratura scientifica, nonché rilevato nella esperienza dei servizi, che gli adolescenti rappresentano un gruppo a maggior vulnerabilità per stili di vita dannosi per la salute (fumo, alcol, sessualità non protetta, alimentazione, uso di sostanze illegali). Il cambiamento culturale, che ha interessato l'immagine del bambino nell'ultimo secolo, non ha del tutto coinvolto l'area dell'adolescenza, ancora ampiamente letta nell'ottica della problematicità, del disagio, della transitorietà e non dell'importanza di questa fase della vita per la ridefinizione della propria identità, per l'espansione della propria autonomia e l'assunzione di nuove responsabilità individuali e collettive.

La complessità sociale che connota la vita quotidiana dei ragazzi di questa fascia d'età e le loro famiglie, spesso impreparate ad affrontare il ruolo genitoriale, rende necessario che tale ambito di intervento venga assunto come prioritario, avendo come riferimento più obiettivi.

Una particolare attenzione va poi posta agli adolescenti stranieri, in aumento nella Regione Emilia-Romagna, la cui presenza rende necessari approcci interculturali nella programmazione degli interventi, mirati soprattutto alle problematiche degli stranieri di "seconda generazione".

Un ulteriore aspetto che riguarda tutto il mondo degli adolescenti e dei giovani e che si è particolarmente evidenziato e aggravato negli ultimi decenni è rappresentato dai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

I DCA sono patologie complesse che presentano alterazioni dell'integrazione bio-psico-sociale. Colpiscono prevalentemente il sesso femminile e insorgono in giovane età, anche se infanzia ed età matura ne sono interessate. L'incidenza dell'Anoressia, tra i 12 e i 25 anni, risulta stabilizzata a 4-8 nuovi casi su 100.000 abitanti, mentre quella della bulimia a 9-12 all'anno. L'approccio alla diagnosi e alla terapia dei DCA deve essere basato su modalità di lavoro multidisciplinare, interdisciplinare e multi professionale al fine di garantire una lettura globale e simultanea degli aspetti organici, psicologico-psichiatrici, metabolico-nutrizionali, endocrini.

Il PRP 2005/09 non prevedeva specifici Progetti per la promozione del benessere e la prevenzione del disagio nell'adolescenza relativamente ai disturbi del comportamento alimentare; la Regione Emilia-Romagna, tuttavia, sino dalla fine degli anni '90 ha promosso la sensibilizzazione e il coinvolgimento delle organizzazioni sanitarie, fornendo indicazioni nei confronti delle persone affette da anoressia e bulimia nervosa. Con delibera della Giunta Regionale DGR 31.5.2004, n. 1016: "Linee guida per il potenziamento dell'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare" sono stati definiti specifici percorsi assistenziali in

grado di dare risposta ai differenti livelli di complessità nelle diverse fasce di età, con il coinvolgimento dei Dipartimenti di Salute Mentale attraverso l'attivazione di una rete di integrazione professionale multi specialistica. Nel 2005 la Regione ha istituito un Tavolo Regionale DCA, finalizzato al confronto tra le diverse realtà aziendali e al consolidamento di reciproche collaborazioni fra le strutture territoriali, ospedaliere e del privato competente in DCA. Dai lavori di questo Tavolo sono scaturite diverse iniziative importanti ai fini della maturazione della "cultura" necessaria per procedere con il miglioramento della promozione della salute delle persone con DCA quali ad esempio la stesura di una proposta di Programma Regionale DCA (2007), successivamente completata con indicazioni tecniche per le fasi di assessment e di trattamento, secondo le più moderne raccomandazioni della letteratura scientifica internazionale. Il Programma Regionale DCA, nei suoi contenuti organizzativi, è stato approvato dalla Giunta Regionale (delibera n. 1298/2009) con il documento tecnico "Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare", finalizzato ad adeguare la competenza clinica dei professionisti impegnati nei Team DCA e a valutare con maggior appropriatezza le risorse da impegnare in questa attività. Inoltre la delibera regionale n. 602/09 definisce tra gli obiettivi per le aziende sanitarie quelle della costruzione di un programma/percorso DCA aziendale o interaziendale, condiviso con le altre realtà sanitarie del territorio di riferimento (pubblico e privato) e/o di area vasta. Sul territorio dell'Emilia Romagna, inoltre, sono nate ed operano da tempo due Associazioni di volontariato (a Parma "sulle ALI delle MENTI" e presso l'Azienda Ospedaliera di Bologna la FANEP) che in stretta collaborazione con le strutture del sistema sanitario hanno contribuito a migliorare i servizi offerti.

Obiettivi generali di salute

La risposta agli interrogativi giovanili, sempre più complessi e mutevoli, non può che essere un intervento contestuale, onnicomprensivo, una risposta "di comunità". Una comunità educante che nel suo insieme sia pronta a farsi carico di un impegno inderogabile di promozione di condizioni di crescita e maturazione in un contesto sociale sano, capace di:

- promuovere azioni integrate che consentano all'adolescente di essere agevolato nel percorso di costruzione della sua identità, evitando di delegare all'istituzione scolastica l'educazione e la formazione degli adolescenti, e riconoscendo il loro diritto di cittadinanza e riaffermando quanto sia preziosa, per tutta la società, la loro crescita e la loro formazione (2° Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza);
- migliorare i contesti e gli stili di vita dei ragazzi e il sistema delle loro relazioni con i coetanei e familiari;
- favorire l'azione educativa di genitori, insegnanti, operatori extrascolastici, attraverso azioni mirate a rafforzarne le forme di collaborazione e le competenze comunicative, sociali e relazionali;
- stabilire con i ragazzi e le ragazze modalità di relazione attente allo sviluppo delle loro potenzialità, in una logica di prevenzione del disagio giovanile e di promozione del benessere e della salute, ma anche di educazione alla legalità, alla assunzione di responsabilità e di esercizio attivo ai loro diritti di cittadinanza.

Il coinvolgimento di tutti i servizi (sociali, educativi, scolastici, sanitari ...), del terzo settore, della società in generale. È necessario che i diversi soggetti agenti tengano presenti le seguenti esigenze:

- forte connessione tra i principali attori istituzionali che si occupano di adolescenza: scuola – servizi e opportunità sociali (tempo libero, cultura, sport) – servizi sanitari;
- integrazione e armonizzazione tra politiche di promozione – prevenzione – sostegno e cura;
- contemporaneità di attenzione rispetto all'adolescenza e rispetto alla comunità e ai legami esistenti e da sviluppare;
- diffusione dell'approccio di prossimità (andare verso), dell'affiancamento partecipato e della flessibilità;
- sostegno alle competenze genitoriali;

I Progetti costitutivi del Programma sono:

- Integrazione di sistemi informativi su infanzia e adolescenza
- Promozione del benessere in adolescenza
- Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)
- Prevenzione del malessere psicologico-sociale negli adolescenti adottati e prevenzione dei fallimenti adottivi
- La prevenzione di comportamenti sessuali a rischio negli adolescenti stranieri

PROGETTO 1 Integrazione di sistemi informativi su infanzia e adolescenza

È in fase di realizzazione il sistema informativo della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione Emilia-Romagna (SINPIAER), nell'ambito dei flussi sanitari del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna (avvio del flusso previsto nei primi mesi del 2011, con i dati a partire dall'attività NPIA dal 1° gennaio 2010). Il flusso di dati è strutturato su 5 sezioni (anagrafica e rapporti con il servizio, processo clinico-assistenziale, diagnosi, prodotti, prestazioni). Altri dati utili possono essere dedotti dai sistemi informativi della Psichiatria (SISM), dei Sert (Sister) e dei servizi sociali territoriali per l'assistenza e tutela dei minori (SISAM). SISAM è il sistema informativo promosso dalla Regione Emilia-Romagna che permette di disporre dei dati individuali informatizzati relativi al minore in carico, con informazioni sulla famiglia d'origine, sulla motivazione e durata della presa in carico, sugli interventi erogati e gli eventuali provvedimenti dell'autorità giudiziaria, sulle risorse attivabili (coppie affidatarie e presidi socio-assistenziali) e sui percorsi svolti dalle coppie adottive (a loro volta sia utenti sia risorse)³. Attraverso l'identificativo personale numerico anonimo (prog_paz) attribuito ad ogni utente della NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - NPIA - (o dei DSM-DP) e dei Servizi sociali minori, sarà possibile integrare le informazioni utili alla programmazione regionale.

PROGETTO 2 Promozione del benessere in adolescenza

Occorre offrire agli adolescenti una comunità adulta responsabile e coerente che li affianca, sostiene ed accompagna nella costruzione di una prospettiva di vita. Ciò

³ Sisam è anche il debito informativo (*cd tracciato record*), che la Regione ha stabilito verso gli enti gestori che utilizzano un sistema informativo diverso dal gestionale regionale. La circolare sul tracciato record prevede che ogni ente gestore invii periodicamente in Regione un file contenente i dati di un determinato periodo, i quali, importati tramite la nuova funzione Sisam-import, andranno ad integrare quelli già disponibili tramite il sistema gestionale.

comporta lavorare per rinsaldare i legami sociali, offrire opportunità agli adolescenti (formative, culturali, lavorative, ecc.) e valorizzarli come risorsa della comunità.

Per sviluppare l'autonomia personale e la vita di gruppo è necessario:

- lavorare per l'empowerment giovanile: ogni singolo progetto/attività deve mirare a sviluppare nei giovani in modo permanente alcune capacità fondamentali, come la coscienza delle proprie azioni, la capacità di riflettere e apprendere da ciò che vive, la disponibilità al confronto e al cambiamento;
- promuovere un protagonismo non effimero: aiutare i giovani a sperimentarsi nell'assunzione di responsabilità, a fare i conti con limiti e regole, a negoziare, co-decidere e co-gestire con gli adulti;
- investire sull'incontro inter-generazionale: una nuova stagione di politiche giovanili deve prevedere l'allestimento di processi nei quali non sono implicati i soli giovani, ma dove generazioni, ma anche generi e culture diverse, riescano a mettere in comune problemi e soluzioni.

Due gli obiettivi specifici: la diffusione dello stile di lavoro integrato dei servizi sociali, educativi, scolastici, formative, sanitari, ricreativi e il sostegno alle competenze educative.

- *Diffusione dello stile di lavoro integrato dei servizi sociali, educativi, scolastici, formativi, sanitari, ricreativi*

Risultati attesi

Applicazione delle indicazioni contenute nel documento sul benessere in adolescenza, del "Programma regionale per la promozione e tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità".

Azioni principali

Realizzazione in tutte le Zone distrettuali di un tavolo tematico che si occupi di infanzia, adolescenza e giovani, che favorisca la partecipazione di tutte le organizzazioni interessate (Comuni, Istituzioni scolastiche, Enti di formazione professionale, Servizi sociali e sanitari, Servizi per l'impiego, privato sociale e associazionismo, ecc...), definendo in modo chiaro obiettivi, tempi, modalità di incontro e rappresentati/referenti designati.

Criticità

Chi opera nei servizi rivolti agli adolescenti vive spesso in una situazione di isolamento e di difficoltà di dialogo con le istituzioni sociali ed educative del territorio. Diventa per questo fondamentale incrementare "sistemi" di scambio fra operatori ed istituzioni al fine di mettere in rete le risorse umane e i progetti di intervento.

Sistema di valutazione

Numero di progetti integrati tra servizi sociali, sanitari e scolastici a favore degli adolescenti presenti nei Piani di zona e il benessere sociale (in misura incrementale rispetto agli anni precedenti).

- *Sostegno alle competenze educative*

Risultati attesi

Favorire l'azione educativa di genitori, insegnanti, operatori extrascolastici attraverso azioni mirate a rafforzarne le forme di collaborazione e competenze comunicative, sociali e relazionali.

Azioni principali

iniziative rivolte a genitori di ragazzi delle scuole secondarie, offrendo spazi di incontro e riflessione sulle proprie difficoltà unitamente alle abilità genitoriali anche con l'aiuto di esperti.

Criticità

Coinvolgimento dei genitori, vincoli economici.

Sistema di valutazione

Numero di progetti che prevedono forme di sostegno genitoriale nei Piani per la salute e il benessere: in almeno l'80% dei Distretti, entro il 31/12/2012, interessando tutte le Aziende UsI

PROGETTO 3 *Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)*

L'eziologia complessa dei DCA rende difficile istituire appropriati programmi di prevenzione. Fino ad oggi spesso gli interventi si sono svolti in un'unica direzione come per esempio quella di porre l'attenzione solo sul controllo del cibo, con inutili campagne di educazione alimentare. Inoltre è mancata la sensibilità ai sintomi predittori dei DCA e non vi sono ancora studi con follow up a lungo termine sugli interventi di prevenzione per i DCA.

L'obiettivo specifico da conseguire è il seguente:

- *Implementare e migliorare lo stile di lavoro integrato fra servizi sociali, educativi, scolastici, formativi, sanitari, ricreativi e associazioni utenti e familiari DCA*

Risultati attesi

Applicazione delle indicazioni contenute nel documento del Programma Regionale per l'assistenza alle persone con Disturbi del Comportamento Alimentare in Emilia-Romagna (DGR 1298/09)

Azioni principali

costruire e stabilizzare con strumenti formativi di comprovata efficacia, gruppi di lavoro integrati, multidisciplinari, permanenti, che progettino insieme gli obiettivi della prevenzione sia rivolta ai fattori di rischio che ai fattori protettivi rispetto all'insorgenza ed alla diffusione dei DCA.

Criticità

Motivazione e coinvolgimento dei diversi attori istituzionali

Sistema di valutazione

- Costituzione del tavolo interistituzionale in tutte le province entro il 31/12/2011
- Presenza di almeno 1 progetto nei Piani di zona per la salute ed il benessere sociale in ogni Distretto entro il 31/12/2011
- Attuazione dei progetti previsti nei Piani di zona per la salute ed il benessere sociale in almeno il 60% dei Distretti entro il 31/12/2012.

PROGETTO 4 *Prevenzione del malessere psicologico-sociale negli adolescenti adottati e prevenzione dei fallimenti adottivi*

Al momento dell'adolescenza, alcuni ragazzi adottati, anche dopo diversi anni dall'inizio del processo adottivo, possono manifestare segnali di disagio, psicologico sociale o relazionale. In alcuni casi il disagio è talmente grave da comportare la necessità di un vero e proprio allontanamento dal nucleo familiare acquisito (definito come il "fallimento adottivo"). Altre volte pur in presenza di forti difficoltà la convivenza nel nucleo familiare adottivo può proseguire pur

necessitando un attento e complesso progetto di intervento e presa in carico da parte degli operatori sociali e sanitari. Se i primi sintomi del disagio si manifestano nei primi due anni dall'inserimento dei bambini nella nuova famiglia l'équipe adozioni può cogliere il disagio e strutturare un progetto di aiuto e sostegno nei confronti della famiglia e del minore. Le linee di indirizzo regionali in materia di adozione prescrivono infatti che la presa in carico del minore e del nucleo adottivo prosegua per due anni dall'inserimento familiare (c.d post-adozione).

I dati relativi al fenomeno dei “fallimenti adottivi” che emergono dalla letteratura nazionale e internazionale o rilevati attraverso il sistema informativo regionale Sisam, e le adozioni difficoltose rilevate grazie ad altri studi e approfondimenti, ci informano sul fatto che il disagio nei ragazzi adottati può manifestarsi (e si manifesta con maggiore significatività statistica) dopo alcuni anni, a volte anche molti anni dall'inizio dell'adozione. Un periodo particolarmente critico individuato è quello dell'adolescenza e pre-adolescenza.

Va quindi attentamente approfondito, anche in una logica di prevenzione cosa è possibile fare prima che gravi situazioni pregresse di sofferenza e “trauma⁴” specie se non adeguatamente affrontati e curati, possano nel tempo dare luogo a “crisi adottive” o a “fallimenti adottivi”.

Si propongono i seguenti Obiettivi specifici:

- *Migliorare la conoscenza del fenomeno delle crisi adottive e dei fallimenti adottivi al fine di individuare e validare i fattori di rischio e protezione*

Risultati attesi

Attraverso l'utilizzo, l'analisi e l'implementazione della banca dati della neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza (NPIA), ottenere una prima conoscenza della rilevanza quantitativa e qualitativa delle problematiche che possono emergere nella popolazione degli adottati adolescenti e pre-adolescenti in Emilia-Romagna, sia per l'adozione nazionale che internazionale.

Azioni principali

Rilevazione di tutti i casi dei minori adottati che accedono ai servizi di neuropsichiatria infantile (diagnosi, anamnesi personale e familiare, etc.) delle Aziende USL in un tempo pre-definito.

Criticità

Attuale mancanza di dati di evidenza

Sistema di valutazione

Report per valutazione quali-quantitativa di minori adottati che sono utenti della NPIA, rilevato attraverso il SINPIA-ER.

- *Migliorare la presa in carico e cura per la prevenzione e per il trattamento delle crisi adottive*

Risultati attesi

Definizione di percorsi integrati tra servizi sociali e sanitari

⁴ L'ipotesi di una maggiore incidenza del fenomeno della sofferenza psichica in questi ragazzi, specie se confrontata alla popolazione generale dei coetanei verte sul fatto che tutti questi ragazzi hanno alle spalle una rottura dei legami con la famiglia d'origine (che può essere in alcuni casi essere stata maltrattante o violenta) per questo possono essere considerati a rischio di sviluppare stili di attaccamento insicuri e a volte difficoltà nel processo di acquisizione di una equilibrata identità adulta.

Azioni principali

Attivazione di un sistema integrato di comunicazione, passaggio di informazioni e formazione congiunta tra equipe adozioni e professionisti del sistema sanitario per potere effettuare una presa in carico adeguata dei ragazzi (dipartimento cure primarie, NPIA, ecc.), anche in raccordo con la realtà scolastica e attraverso la formalizzazione di protocolli operativi.

Criticità

Difficoltà nella individuazione del disagio, che si manifesta spesso nei ragazzi adottati, negli anni successivi alla fase di accompagnamento; sostegno alla famiglia adottiva previsto per i primi due anni dall'inserimento del bambino nella nuova famiglia

Sistema di valutazione

Numero di protocolli operativi integrati/ realtà territoriale di riferimento (AUsl/ distretto/ provincia) attivati entro un tempo definito: almeno 1 protocollo operative integrato per Azienda entro il 31/12/2012.

PROGETTO 5 La prevenzione di comportamenti sessuali a rischio negli adolescenti stranieri

Il Piano sociale e sanitario della Regione Emilia Romagna anno 2008-2010, nella sezione dedicata ai giovani, evidenzia la necessità di predisporre percorsi assistenziali e progetti al fine di raggiungere soprattutto le fasce giovanili in condizione di svantaggio culturale, sociale e familiare, condizioni che possono determinare disuguaglianze di salute importanti, soprattutto in questa fascia d'età.

Si ricorda inoltre come stiano cambiando le caratteristiche e i bisogni della popolazione giovanile, caratterizzata da una crescente presenza di adolescenti stranieri. Questa fisionomia multietnica del mondo giovanile propone nuovi obiettivi ai Servizi evidenziando la necessità di approcci interculturali nella programmazione degli interventi, in particolare per rispondere alle esigenze degli stranieri di "seconda generazione". L'aumento di giovani stranieri richiede aumento di conoscenze/competenze agli operatori di base e specialistici per migliorare l'accesso e le prestazioni dei servizi.

La maggiore frequenza di comportamenti a rischio in campo sessuale nelle ragazze straniere e il minor uso di contraccettivi efficaci rispetto alle italiane viene evidenziata sia da dati epidemiologici sulle interruzioni di gravidanza sia dalle richieste che vengono portate agli Spazi Giovani. Un dato regionale significativo a tale proposito indica che le ragazze minori di origine straniera, pur rappresentando il 12,4% della popolazione, effettuano il 40% delle interruzioni di gravidanza.

Obiettivi generali

In almeno un'Azienda sanitaria, svolgere un'indagine conoscitiva sugli adolescenti stranieri, valutare i fattori di rischio e i fattori di protezione con particolare attenzione all'area della sessualità e sperimentare attività preventive innovative anche in ambiti diversi dai contesti scolastici.

Obiettivi specifici

- Approfondire la conoscenza di comportamenti a rischio e "sani" negli adolescenti stranieri, identificando variabili incidenti rispetto alla tutela della salute e confrontandoli con un campione di adolescenti italiani;

- individuare e mettere in pratica migliori strategie per avvicinare, accogliere e intervenire sugli adolescenti stranieri, in particolare quelli in condizioni di svantaggio sociale e culturale;
 - potenziare l'accesso allo Spazio Giovani da parte degli adolescenti stranieri per comportamenti preventive nel campo della sessualità, e favorire la messa in rete di servizi che si occupano di adolescenti stranieri.
- *Approfondire la conoscenza di comportamenti a rischio e "sani" negli adolescenti stranieri, identificando variabili incidenti rispetto alla tutela della salute e confrontandoli con un campione di adolescenti italiani.*

Risultati attesi

Conoscere il fenomeno dei comportamenti a rischio e "sani" in adolescenza in un campione di giovani stranieri, con particolare attenzione alla sessualità.

Azioni principali

Progettazione del sistema di monitoraggio; formazione degli operatori; avvio del rilevamento tramite la metodologia della ricerca intervento.

Criticità

Coinvolgimento degli insegnanti, degli adulti di riferimento e dei genitori

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011: predisposizione del sistema di monitoraggio (standard: evidenza)
 - nel 2012: avvio del rilevamento (Standard: evidenza della banca dati al 31.12.2012)
- *Individuare e mettere in pratica migliori strategie per avvicinare, accogliere e intervenire sugli adolescenti stranieri, in particolare quelli in condizioni di svantaggio sociale e culturale.*

Risultati attesi

Produrre indicazioni metodologiche e indicatori per interventi efficaci su questo target riproponibili in altri contesti tramite la metodologia della ricerca intervento, individuare e sperimentare percorsi preventivi specifici

Azioni principali

Analisi dei bisogni, condivisione delle metodologie di intervento da proporre; formazione degli operatori; sperimentazione di percorsi ed interventi rivolti agli adolescenti stranieri

Criticità

Motivare gli insegnanti e altri adulti di riferimento, raggiungere i genitori, sostenere i processi di valutazione delle azioni in corso, garantire risorse per il mantenimento delle azioni efficaci

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011: condivisione delle metodologie di intervento da proporre e formazione degli operatori (Standard: partecipazione degli operatori di almeno un'Azienda USL agli eventi formativi sulla metodologia individuata)
- al 31.12.2012: avvio degli interventi secondo la metodologia individuata (Standard: avvio degli interventi in almeno un'Azienda USL della regione)

- *Potenziare l'accesso allo Spazio Giovani da parte degli adolescenti stranieri per comportamenti preventivi nel campo della sessualità, e favorire la messa in rete di servizi che si occupano di adolescenti stranieri.*

Risultati attesi

Aumento degli accessi agli spazi giovani degli adolescenti stranieri per comportamenti legati alla sessualità e attivazione della rete dei servizi che si occupano di adolescenti stranieri

Azioni principali

Effettuare nelle scuole, nei corsi di formazione professionale e nei contesti extrascolastici programmi per la prevenzione di comportamenti sessuali a rischio e integrati in percorsi di promozione della salute e stili di vita sani.

Criticità

Difficoltà nel coinvolgere gli operatori e di creare una rete, scarsità di risorse, mantenere il livello di coordinamento tra i diversi attori.

Sistema di valutazione

- al 31.12.2011: N. adolescenti stranieri che accedono agli Spazi Giovani (Standard: aumento del 10% delle richieste di contracccezione degli adolescenti stranieri)
- al 31.12.2012: Costruzione delle reti dei servizi (Standard: aumento del 20% dei contatti e delle collaborazioni con i diversi soggetti che si occupano di adolescenti stranieri)

2.4.e La prevenzione delle condotte suicidarie nella popolazione a rischio: studio pilota

Il problema di salute oggi

Le stime dell'OMS indicano ogni anno circa un milione suicidi nel mondo (circa il 3 per cento fra le cause di morte), con una media di circa 14,5 casi ogni 100.000 abitanti. Il suicidio è tra le 10 principali cause di morte nella maggioranza dei paesi ed è una delle tre principali cause di morte tra i giovani. I tentati suicidi sono tra 10 e 20 volte più elevati dei suicidi realizzati. (World Health Report 1999). I tassi più alti di suicidio si riscontrano nell'Europa dell'Est (Lituania 44/100.000 nel 2005) e in Paesi asiatici (Cina e Giappone). In Italia si valutano annualmente tra 3.500 e 4.000 i suicidi⁵. Nel 2008 i suicidi sono stati per l'Istat 2828 un tasso di 4,7 su 100.000 persone, con prevalenza del Nord e valori molto più bassi nell'Italia Meridionale. La regione che appare con il più alto tasso è la Valle d'Aosta con il 9,5 e la più bassa la Campania con il 1,8.

In Emilia Romagna nel 2008 (dati ISTAT) le Forze dell'ordine hanno accertato 234 suicidi (di cui 63 effettuati da donne), con un tasso di 5,5 su 100.000 persone (pari alla media del Centro-Nord) e 322 tentativi di suicidio (172 effettuati da donne), come già detto ampiamente sottostimati. Il numero di suicidi nei maschi è nettamente superiore rispetto alle femmine, mentre il rapporto si inverte per i tentati suicidi. Il picco di suicidi, per entrambi i sessi, si è osservato nel 2003, anno in cui si evidenzia il picco massimo del numero di tentativi di suicidio femminili.

⁵ I dati epidemiologici provengono dall'Autorità Giudiziaria (Polizia di Stato e Carabinieri) o Sanitaria (certificati di morte ISTAT), spesso poco coerenti tra loro e probabilmente sottostimati (soprattutto quelli fornito dall'Autorità Giudiziaria).

Suicidi (quozienti per 100.000 abitanti) accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, Regione Emilia-Romagna, per Provincia. Anni 2000-2008.

Province	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piacenza	7,1	9,1	8,6	12,9	7,7	5,8	4,7	6,4	6,7
Parma	6,0	6,4	7,8	7,0	6,3	6,7	3,3	2,3	3,3
Reggio Emilia	7,3	12,1	12,3	7,4	6,0	3,8	4,0	4,7	4,1
Modena	9,2	7,7	8,2	10,1	9,1	8,1	6,7	6,5	6,3
Bologna	11,1	8,1	10,1	10,4	7,6	7,5	9,4	8,7	8,5
Ferrara	7,8	12,8	8,1	13,0	7,1	6,5	3,4	7,6	0,3
Ravenna	12,5	13,2	10,3	12,9	9,0	6,0	6,2	8,4	7,9
Forlì-Cesena	10,1	9,8	7,5	8,7	8,1	6,7	3,4	5,7	4,4
Rimini	6,2	8,4	9,0	19,2	8,7	4,1	5,1	4,0	2,3
Emilia-Romagna	9,0	9,4	9,3	10,7	7,7	6,4	5,8	6,4	5,5

Fonte: Istat (Istituto Nazionale di Statistica)

I dati provenienti dalle schede di Morte (cod. E950-E959) per gli anni 2002-2008, riportati nella tabella 6 suddivisi per Azienda USL, riferiscono dimensioni sostanzialmente diverse e superiori: per l'anno 2008 il quoziente per 100.000 abitanti derivante dalle schede di morte è superiore a quello derivante dagli accertamenti delle forze dell'ordine del 60%. Per alcune specifiche realtà aziendali tale differenza supera il 100%. Questa evidenza conferma una delle criticità riconosciute anche dalla OMS relativamente alla prevenzione del suicidio e legata alla grande necessità di miglioramento per i dati di certificazione e reporting dei suicidi.

Suicidi (quozienti per 100.000 abitanti) da schede di morte Regione Emilia-Romagna, per Azienda USL. Anni 2002-2008

Azienda di residenza	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piacenza	9,33	10,81	6,64	6,21	6,16	7,54	7,10
Parma	10,19	7,17	10,06	8,95	7,20	5,24	7,28
Reggio Emilia	11,23	6,62	7,96	11,29	10,32	9,57	8,62
Modena	8,92	10,24	8,74	8,79	8,12	8,80	7,53
Bologna	11,04	11,91	9,73	9,63	9,95	8,69	10,16
Imola	16,56	12,31	11,40	10,48	12,79	10,33	9,41
Ferrara	10,37	11,53	9,49	8,58	9,39	8,77	8,99
Ravenna	9,88	13,73	8,87	8,21	8,66	9,37	9,49
Forlì	8,68	12,66	14,27	14,09	4,47	12,73	10,95
Cesena	11,79	10,61	10,46	8,77	7,67	6,08	8,48
Rimini	10,46	11,08	12,36	8,02	8,62	9,18	10,73
Emilia-Romagna	10,43	10,54	9,56	9,25	8,67	8,59	8,89

Il fondamentale elemento di rilievo per la impostazione di strategie preventive è la multifattorialità del fenomeno, che impone da parte degli operatori socio-sanitari, l'acquisizione di competenze idonee ad una attenta valutazione e riconoscimento dei fattori di rischio che identificano la popolazione sulla quale potenzialmente intervenire:

- dimensione psicosociale (isolamento sociale/relazionale; assenza di supporto sociale; disoccupazione; perdita di status sociale e di speranza/prospettive)
- condizioni psichiatriche o psicologiche (depressione, altre diagnosi psichiatriche note, precedenti contatti psichiatrici, segni e sintomi attuali specifici⁶)
- lutti recenti, diagnosi recente di grave malattia organica
- pregresse condotte suicidarie
- abuso di sostanze
- fattori anamnestici: familiarità per psicopatologie, storia familiare di suicidi, storia di abusi
- aspetti demografici (aumento dell'età, sesso maschile, condizione single)
- fattori contestuali: accesso a mezzi idonei
- presenza di gravi malattie fisiche (tumori, malattie autoimmuni, HIV/AIDS, malattie SNC, sindromi dolorose ecc.)

Nonostante la numerosità dei fattori citati, è comunque possibile programmare progetti di prevenzione nell'ambito degli interventi sociosanitari, concretizzando due aspetti:

- un allargamento degli ambiti di osservazione/valutazione/primo intervento delle situazioni a rischio;
- la predisposizione di percorsi di supporto e ulteriore valutazione per i casi con maggior incidenza dei fattori di rischio.

Alcuni fattori di rischio, di fondamentale importanza (sociali, demografici ecc.) non risultano sensibili a interventi o programmi di prevenzione primaria attivati in ambito sanitario o socio-sanitario. Tali fattori, come già detto, vanno comunque inclusi nei criteri della valutazione sanitaria in quanto concorrono a determinare/precipitare situazioni di disagio/disturbo psicologico o psicopatologico che sottendono potenziali comportamenti suicidari.

In particolare, si possono realizzare e coordinare alcuni interventi utilizzando ambiti, progetti, strutture già esistenti o disponibili, in modo da integrare aspetti di prevenzione secondaria e terziaria, ed in parte, di prevenzione primaria e promozione della salute.

È poi chiaro come la prevenzione del suicidio richieda interventi anche da soggetti esterni rispetto al sistema sanitario e chiami in causa un approccio innovativo, sistemico e multifattoriale, che coinvolga, oltre al settore sanitario, tutte le componenti istituzionali e sociali.

Per il periodo di valenza del presente piano, tenuto conto di come ad oggi le politiche di prevenzione dei suicidi non siano state organicamente inserite nella programmazione regionale, si ritiene di avviare due progetti pilota, da realizzare in forma sperimentale in primo luogo presso la Azienda USL di Forlì, che permettano di verificare la cornice di fattibilità nello specifico socio-culturale della nostra regione (186.748 abitanti).

I due progetti costitutivi del programma sono:

- prevenzione primaria del suicidio e promozione della salute
- prevenzione secondaria in ambito sanitario (ospedale, territorio, carcere)

⁶ Riferimenti diretti o indiretti al suicidio, al testamento, perdita di significato/speranza o mancanza di progetti per il futuro, senso di inutilità, impotenza, rabbia o colpa, caduta dell'autostima fino all'autodenigrazione, ridotta capacità di giudizio e insufficiente controllo degli impulsi, possesso non adeguato di farmaci.

PROGETTO 1 Prevenzione primaria del suicidio e promozione della salute

Obiettivi generali di salute

Le tematiche relative al suicidio ed alle condotte suicidarie e parasuicidarie vengono raramente affrontate in contesti di promozione della salute. Anche se il fenomeno è grandemente correlato a variabili sociali, occorre che i professionisti della salute siano coinvolti nei percorsi di informazione/formazione alla popolazione.

Obiettivi specifici

È indispensabile, al fine di conoscere e comprendere il fenomeno, e di stabilire correlazioni utili ad elaborare specifici percorsi di prevenzione/promozione, disporre di un monitoraggio attuato nell'ambito dei sistemi informativi sanitari.

È necessario realizzare un miglioramento degli aspetti di conoscenza, gestito da operatori sanitari, del problema soprattutto nelle fasce di popolazione giovanili

Azioni principali

- Valutazione epidemiologica dei dati disponibili sul fenomeno nel territorio considerato dell'Azienda Usl di Forlì, integrata con i sistemi informativi sanitari; identificazione di eventuali aspetti significativi, utili alla definizione di progetti di intervento di prevenzione/promozione della salute
- Integrazione del pacchetto formativo offerto alle scuole (promozione); lavoro con gli insegnanti per condividere informazioni utili al riconoscimento di situazioni a rischio e favorire l'attivazione di programmi scolastici svolti con modalità idonee a sviluppare negli adolescenti autostima e miglioramento delle capacità di coping.
- Individuazione di possibili linee di attività a carattere sistemico da condividere con i diversi livelli istituzionali.

Risultati attesi

Valutazione epidemiologica: documento di sintesi

Indicatori:

- n. scuole superiori/Università interessate rispetto al totale delle scuole superiori
- n. riunioni per sensibilizzazione insegnanti sul totale delle scuole superiori

PROGETTO 2 Prevenzione secondaria in ambito sanitario (ospedale, territorio, carcere)

Obiettivi generali di salute

L'accesso ai sistemi sanitari costituisce un punto di osservazione e valutazione essenziale di fasce di popolazione a rischio. Aumentare l'appropriatezza clinica ed organizzativa nel riconoscimento e valutazione delle situazioni a rischio, e nella effettuazione degli interventi costituisce un importante strumento per la riduzione di potenziali comportamenti suicidari.

Obiettivi specifici

Attivare percorsi definiti per la formazione, l'affinamento diagnostico e di trattamento in ambiti sanitari e socio-sanitari già strutturati, per consentire l'utilizzo di risorse esistenti migliorandone competenze e capacità nell'ambito specifico.

Azioni principali

Si identificano tre ambiti di intervento per azioni specifiche dirette alla popolazione a rischio.

- Programma Leggieri:
 - o Definizione, all'interno della programmazione delle attività integrate NCP/psichiatra CSM di riferimento, di momenti formativi sul tema, con

- l'obiettivo di sensibilizzare il MMG al problema ed aumentare le competenze utili al riconoscimento delle situazioni a rischio
- Attivazione di modalità condivise di intervento e trattamento tra MMG ed equipe CSM (psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale) per i casi identificati
- Ospedale e Pronto Soccorso:
 - Implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute "Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale" in collaborazione con la UO Gestione del Rischio aziendale
 - Attivazione di una formazione specifica degli operatori del Pronto Soccorso
 - Definizione di un protocollo specifico di intervento in Pronto Soccorso/Reparti di Ospedale per i casi identificati
 - Attivazione di un monitoraggio della casistica mediante l'utilizzo del sistema informativo aziendale
 - Carcere:
 - Realizzazione di un monitoraggio del fenomeno e correlazioni con la specificità dell'organizzazione carceraria
 - Formazione specifica e congiunta degli operatori che operano in carcere - sanitari e non sanitari
 - Formulazione di un protocollo specifico congiunto di intervento tra Carcere e AUSL per i casi identificati

Risultati attesi

Relativamente alle azioni nell'ambito del Programma Leggieri, si definiscono i seguenti indicatori:

- n. incontri tematici effettuati con i Nuclei delle Cure Primarie
- n. casi totali identificati dai MMG, n. casi identificati dal Centro Salute Mentale, n. casi trattati congiuntamente da MMG e CSM/n. casi identificati

Per l'ambito Ospedale/Pronto Soccorso si valuteranno:

- Risultati del monitoraggio del fenomeno in ospedale
- Documento relativo alla Procedura adottata in Ospedale che declina la Linea Guida Ministeriale
- N. incontri formativi specifici per il personale del Pronto Soccorso
- Redazione del Protocollo operativo specifico tra Ospedale e DSMDP

Per il Carcere:

- N. incontri formativi specifici per il personale che opera in carcere (sanitario e non sanitario)
- Realizzazione di un protocollo specifico congiunto di intervento tra Carcere e AUSL
- Monitoraggio del fenomeno in carcere

2.5. La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

2.5.a Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano

Il problema di salute oggi

Nella Regione Emilia-Romagna il quadro demografico della popolazione (4.395.606 abitanti al 1/1/2010, fonte "Statistica Emilia-Romagna") è caratterizzato da una tendenza all'invecchiamento con un incremento degli ultra 64enni che, nel 2010, costituiscono il 22,4% della popolazione residente (il 20,1% in Italia); gli ultra 74enni sono il 11,5% (9,8% in Italia). Nello stesso anno, l'indice di vecchiaia⁷, tradizionalmente usato per valutare la presenza degli anziani in una data popolazione, ha raggiunto quota 170 (143 in Italia). In altre parole nel 2010 gli anziani sono circa il 70 per cento in più dei giovani.

Gli scenari evolutivi ipotizzati per i prossimi decenni indicano, inoltre, che al 2028 si realizzerà una sorta di polarizzazione della crescita demografica a favore delle fasce di età estreme: meno di 14 anni, per effetto dell'aumento della fecondità legato all'immigrazione, e più di 65 anni (22,8% della popolazione), con un aumento dei grandi anziani (le persone con più di 80 anni saranno il 7,5% della popolazione) che interesserà maggiormente, in funzione del ricambio generazionale, le province che hanno oggi una struttura più giovane. Questa evoluzione demografica sarà associata ad un ulteriore accrescimento dei bisogni di salute legati all'invecchiamento, cui corrispondono un ventaglio di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari notevolmente diversificati. In particolare, saranno sempre più richiesti interventi di prevenzione miranti a ridurre la disabilità e il rischio di disabilità ma anche azioni coordinate di protezione sociale e di promozione della Salute e del benessere della persona anziana.

L'area geografica di residenza rappresenta una delle variabili di contesto di primaria rilevanza per l'analisi dei fenomeni sociali. In particolare in Emilia-Romagna, dove si registra una eterogeneità, sia in termini di conformazione morfogeografica del territorio (dai grandi agglomerati urbani, alle aree montane, collinari, rurali, e marine), che di distribuzione della popolazione anziana nelle diverse aree geografiche, con particolare attenzione alle tipologie delle famiglie e dei cambiamenti registrati negli ultimi anni, soprattutto per quanto riguarda le famiglie unipersonali.

È pertanto necessario evidenziare i fattori specifici e peculiari che creano condizioni di rischio di fragilità (anche rilevando la percezione soggettiva delle fasce di popolazione più esposte a tale rischio) e individuare strategie e strumenti con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita nelle zone di maggior disagio (zone di montagna, zone collinari e/o rurali), con la necessità di modificare l'approccio tradizionale passando da una linea di attesa a una linea attiva degli interventi. Anche a supporto di queste strategie, devono essere messe in atto attività di monitoraggio degli interventi.

Obiettivo generale di salute

Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative, attraverso:

⁷ Vecchiaia (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

- la protezione e la promozione della salute negli anziani, risorsa potenziale per la collettività
- interventi finalizzati a modificare fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità
- lo sviluppo di interventi attivi nei confronti delle persone fragili, sulla base di un'aumentata capacità di identificare, in modo condiviso e omogeneo, i gruppi di popolazione a rischio di disabilità o non autosufficienza, classificandoli in livelli diversi di rischio, cui corrispondono differenti interventi possibili di prevenzione, di tutela o di presa in carico

Il Programma si realizza attraverso 3 Progetti:

- sviluppo di sistemi di sorveglianza sulla fragilità;
- contrasto all'isolamento dell'anziano con particolare riferimento alla costruzione di reti sociali di sostegno e di vicinato;

prevenzione dei traumi nell'anziano.

PROGETTO 1 Sviluppo di sistemi di sorveglianza sulla fragilità

Il problema oggi

In Emilia-Romagna sono attivi numerosi sistemi informativi sanitari e socio-sanitari capaci di fornire informazioni sistematiche sulle caratteristiche socio-demografiche e clinico-assistenziali delle persone che accedono ai servizi. Tra questi si segnala il Flusso residenze e semi-residenze per anziani (FAR), il Flusso sull'assistenza domiciliare (ADI), il Sistema di monitoraggio dell'assegno di cura (SMAC) e il Flusso GRAD sulle gravissime disabilità acquisite. L'uso delle informazioni prodotte da questi sistemi, permette una valutazione della qualità dell'assistenza e del livello di raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza all'interno di tutto il territorio regionale. Nondimeno, anche nella nostra Regione, si registra una generale mancanza di informazioni dettagliate sui bisogni di Salute della popolazione anziana che permetta di razionalizzare le risorse disponibili, anche al fine di contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione.

Per rispondere a queste esigenze, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha di recente sostenuto la sperimentazione, in 15 fra Regioni e Province Autonome italiane, di un sistema di monitoraggio dei bisogni di salute e in particolare della disabilità e del rischio di disabilità. In Emilia-Romagna questa sperimentazione ha coinvolto tutte le AUsl, permettendo di raccogliere informazioni su campioni rappresentativi della popolazione anziana e/o di testare le procedure di sorveglianza. Gli indicatori misurati dalla sperimentazione PASSI d'Argento indicano che circa il 18% della popolazione di età superiore a 64 anni presenta segni di fragilità e il 12% è portatrice di disabilità. Inoltre, le informazioni prodotte permettono confronti fra diverse realtà locali e nel tempo all'interno della stessa area, favorendo forme di coordinamento e reale integrazione tra i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali che a livello locale, si occupano di interventi a favore della popolazione anziana.

Questi sistemi permettono di fornire un'immagine complessiva del fenomeno a livello di area locale e di Regione, e di stimare e seguire nel tempo quanto i servizi sanitari e sociali progrediscano nell'attuazione di interventi efficaci per la riduzione della disabilità e del rischio di disabilità; tuttavia essi non permettono di costruire delle

“mappe” delle persone fragili a cui offrire in modo attivo interventi di promozione della salute, prevenzione, sostegno.

La Regione Emilia-Romagna ha avviato, con l’approvazione della D.G.R. 1206/07, e in particolare l’allegato 4 della stessa, lo sviluppo di piani distrettuali di vasto ed ampio respiro finalizzati al contrasto dell’isolamento e della solitudine, anche attraverso l’identificazione dei fattori predittivi di fragilità. Per favorire un processo metodologicamente omogeneo, la stessa DGR 1206/07 ha fornito alcuni elementi essenziali, quale indice minimo condiviso, tra cui l’identificazione dei fattori di rischio di fragilità e la mappatura dei soggetti a rischio, da realizzarsi attraverso l’utilizzo di criteri generali e fattori predittivi di fragilità. Ferma restando la mappatura generale della fragilità sociale, intesa come un insieme di fattori che può produrre il depotenziamento delle risorse della persona, quale base per ogni specifico approfondimento, ai territori veniva inoltre richiesto di individuare ulteriori caratteristiche per l’identificazione dei soggetti fragili, in relazione a possibili emergenze climatiche (ondate di calore e di freddo), sanitarie (epidemie influenzali, etc.) o infrastrutturali (black out elettrici, etc.). Le diverse esperienze realizzate nell’ambito della DGR 1206/07, sebbene abbiano consentito al termine fragilità di entrare nel linguaggio comune della programmazione locale, ha portato a una eterogeneità dei fattori predittivi di fragilità, talvolta con accento principalmente sanitario e talvolta principalmente sociale. La fragilità, in senso ampio, toccando i diversi aspetti della vita interessa le diverse politiche, diventa dunque fondamentale averne una chiara e condivisa concettualizzazione, individuando correttamente i fattori predittivi, la popolazione target, i bisogni, le modalità appropriate di risposta, anche in vista di una gestione sempre più integrata delle diverse politiche (e in particolare di quelle sociali e sanitarie).

Obiettivi specifici

Partecipazione alla messa a regime e alla realizzazione del sistema di sorveglianza nazionale sulla popolazione ultra 64enne “Passi d’Argento”, estendendo la rilevazione dei dati al 100% delle AUsI della Regione (entro 31 dicembre 2012)

Definizione condivisa a livello regionale di modelli predittivi di fragilità (in grado di individuare nella popolazione i soggetti più fragili), valorizzando le esperienze, anche a carattere sperimentale, fatte nell’ambito regionale negli ultimi anni successivamente alla DGR 1206/2007 (entro 31 dicembre 2011)

Diffusione, in almeno il 50% dei Distretti, di sistemi di sorveglianza locali integrati tra Comuni, Nuclei Cure Primarie e soggetti della società civile, con funzione di coordinamento ed impulso da parte della Regione (entro 31 dicembre 2012)

Risultati attesi

Disponibilità di un profilo della popolazione anziana basato sulle IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) e ADL (*Activities of Daily Living*), dinamico e utile alla programmazione e al monitoraggio degli interventi, che fornisca stime attendibili sulla distribuzione della popolazione anziana in sottogruppi corrispondenti a diversi target di intervento da parte dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali

Disponibilità di un sistema di indicatori sulla qualità di vita, sulle condizioni di salute, sulla copertura delle attività di prevenzione e assistenziali, sulla qualità dell’assistenza della popolazione anziana capace di integrare le informazioni esistenti a livello regionale e locale

Disponibilità di metodologie in grado di individuare specifici target di popolazione fragile su cui avviare modelli di intervento proattivi di promozione della salute, di prevenzione e di sostegno in relazione ai rispettivi bisogni sociali e sanitari.

Destinatari

Gli anziani fragili

Criticità

La principale criticità è legata al processo di integrazione fra aspetti sociali e sanitari, che peraltro rappresenta il cardine centrale del Piano sociale e sanitario regionale.

Sistema di valutazione

La valutazione verterà principalmente sul processo. Indicatore di verifica: evidenza documentale.

PROGETTO 2 Contrasto all'isolamento dell'anziano con particolare riferimento alla costruzione di reti sociali di sostegno e di vicinato

Gli approcci tradizionali alle esigenze ed ai bisogni della popolazione anziana sono ancor oggi caratterizzati da un'attenzione prevalente, se non esclusiva, ai bisogni assistenziali, producendo effetti diretti ed indiretti sul benessere psico-fisico e fungendo da catalizzatore delle condizioni di non autosufficienza. La mancanza di risorse ed opportunità sociali, può ridurre la partecipazione degli anziani alla vita di comunità portando alla rarefazione delle relazioni, alla solitudine e all'isolamento: fattori che possono contribuire alla perdita dell'autonomia, soprattutto per gli anziani ai limiti della autosufficienza o in condizioni di fragilità cioè quell'insieme di fattori che depotenzia le risorse della persona. La progettazione di programmi di contrasto all'isolamento e alla solitudine rappresenta quindi lo strumento per dare risposta anche a quelle forme di disagio, che seppur non ancora visibili, rappresentano la condizione facilitante per la perdita dell'autosufficienza e della salute psico-fisica per tutti i soggetti fragili, anziani e non. Con l'approvazione della D.G.R. 1206/07, ed in particolare l'allegato 4 della stessa, è stato dato avvio allo sviluppo di piani distrettuali finalizzati al contrasto dell'isolamento e della solitudine. Obiettivo prioritario dei programmi la (ri)-costruzione di un sistema a rete che contrasti la solitudine e l'isolamento, intervenendo sulle condizioni ordinarie durante tutto l'anno, favorendo il sostegno delle forme aggregative, delle reti relazionali e sociali esistenti. Sulla base delle indicazioni della DGR 1206/07, diverse le iniziative sviluppate, da valorizzare e diffondere soprattutto sul piano degli interventi di comunità volti alla costruzione di reti sociali di sostegno e vicinato e di sistemi di sorveglianza integrati tra Comuni, Nuclei di cure primarie e soggetti della società civile.

La costruzione della mappa delle persone fragili deve poter consentire di rintracciare la fascia di popolazione anziana e non, priva di una rete relazionale familiare, amicale o di vicinato, ed indirizzare a questa le iniziative, in collaborazione con l'associazionismo, per la ricostruzione di reti, valorizzando e consolidando esperienze e progetti.

Obiettivi specifici

- ricognizione delle esperienze realizzate nel territorio regionale negli ultimi anni (entro 31/12/2011)
- selezione delle esperienze più significative sotto il profilo dell'efficienza e della realizzabilità (entro 30/06/2012)
- implementazione delle esperienze in almeno il 70% degli ambiti distrettuali della Regione (entro 31/12/2012)
- costruzione di sistemi di sorveglianza integrati tra Comuni, Nuclei di Cure Primarie e soggetti della società civile (entro 31/12/2012)

- diffusione di buone pratiche di contrasto dell'isolamento e di promozione della sicurezza nella programmazione territoriale (entro 31/12/2013)

Risultati attesi

Disponibilità di modelli di buone pratiche efficienti e replicabili finalizzati al contrasto dell'isolamento e alla promozione della sicurezza territoriale.

Destinatari

Popolazione ≥ 75 anni

Criticità

Tutte le esperienze sociali, aggregative e ricreative a favore degli anziani e della popolazione fragile, che nell'insieme costituiscono le reti informali e le risorse non professionali, sono spesso le più fruibili all'interno della rete sociale. Caratteristica peculiare delle forme aggregative spontanee è l'autonomia gestionale, che deve essere garantita anche in presenza di un riconoscimento. È importante, che in tali ambiti il sostegno delle istituzioni non configuri, come un'erogazione di servizi, ma come forma di ascolto e mediazione tra anziani e territorio.

Sistema di valutazione

Indicatori di processo:

- Attivazione di in un gruppo di monitoraggio regionale per la mappatura delle esperienze e selezione delle buone pratiche, sulla base di
 - o Individuazione di criteri di efficienza
 - o Individuazione criteri di replicabilità in altri territori
- Individuazione ambiti territoriali in cui replicare le esperienze
- Attivazione monitoraggio delle esperienze

Indicatori di risultato:

- Mappatura delle esperienze
- Individuazione delle buone pratiche
- Attivazione dei programmi identificati come "buone pratiche"

PROGETTO 3 *Prevenzione dei traumi nell'anziano*

La prevenzione dei traumi nella popolazione anziana, con particolare riferimento alle cadute e agli incidenti, si realizza attraverso le sinergie di numerosi soggetti che, nei diversi ambiti di vita dell'anziano (l'ambiente esterno, il domicilio, i servizi e le strutture) interagiscono nelle fasi di progettazione, realizzazione e manutenzione di percorsi ed infrastrutture, nonché nei diversi momenti dell'assistenza e cura.

Un progetto mirato sull'argomento si compone pertanto di diversi filoni di lavoro già esplicitati nel presente PRP, che costituiscono a tutti gli effetti obiettivi specifici della "Prevenzione dei traumi nell'anziano" e a cui si rimanda:

Interventi per la sicurezza stradale negli utenti deboli (v. Progetto 2 del Programma: "Le relazioni fra ambiente costruito e salute")

Interventi per la sicurezza domestica dei bambini e degli anziani (v. Progetto 3 del Programma: "Le relazioni fra ambiente costruito e salute")

La prescrizione dell'attività fisica (v. Progetto 1 del Programma: "I programmi per la prevenzione delle malattie croniche")

Si ritiene opportuno integrare quanto già illustrato con uno specifico progetto sulla prevenzione delle cadute dell'anziano articolato in due settori: nelle strutture socio-assistenziali e a domicilio.

- *3a Somministrazione di attività fisica in struttura residenziale e semiresidenziale per il mantenimento delle abilità residue*

La realtà delle strutture socio-sanitarie, presenta caratteristiche diverse dal domicilio, specialmente per la presenza costante di personale assistenziale di base che può aiutare la persona anziana nell'effettuazione delle attività previste dal programma, su indicazione del fisioterapista e come da programma individualizzato.

Si prevede la promozione in tutti i servizi accreditati di attività funzionali per prevenire il decadimento e la totale perdita deambulatoria nelle persone anziane ospitate, compatibilmente con le menomazioni invalidanti di cui possono essere portatori.

La realizzazione di interventi di riduzione delle cadute dell'anziano, sia egli residente nelle strutture socio-sanitarie residenziali sia egli fruitore di servizi semi-residenziali, viene perseguita attraverso due diversi interventi:

1. Miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione della vita e delle cure in grado di ridurre il rischio di cadute

Esso è rivolto a tutti gli anziani ospiti della struttura e consiste nell'individuazione degli interventi sull'ambiente e sull'organizzazione in grado di ridurre il rischio di cadute.

2. Mantenimento e, se possibile, miglioramento delle abilità residue e riduzione delle cadute attraverso il miglioramento del tono muscolare, dell'equilibrio, della funzionalità motoria e del benessere generale.

Azioni

- Definizione a livello regionale dei criteri di individuazione delle condizioni di rischio (con previsione di utilizzo della scala di Conley)
- Individuazione dei soggetti a rischio di caduta a cura delle equipe di struttura su indicazione del medico e del fisioterapista;
- Pianificazione, attuazione e monitoraggio di specifici interventi di attività motoria e di riattivazione funzionale personalizzata nell'ambito del piano di assistenza individualizzato (PAI), al fine di ridurre l'incidenza delle cadute negli anziani ospiti.

Destinatari

Anziani ospiti della struttura con specifiche esigenze di attività motoria e di riattivazione funzionale, con i seguenti criteri di esclusione: controindicazioni cliniche, presenza di grave disabilità preesistente e/o demenza con gravi disturbi del comportamento che rendono impossibili o controproducenti gli interventi personalizzati del programma.

Risultati attesi

- Attivazione del programma in un gruppo di strutture pilota - che preveda il coinvolgimento di almeno due strutture residenziali e un centro diurno in ogni provincia della Regione - entro il 30 giugno 2012;
- Riduzione delle cadute in almeno il 66% dei servizi partecipanti al progetto.

Criticità

Nell'ambito dei requisiti di qualità previsti per l'accreditamento socio-sanitario definitivo dei servizi di casa-residenza per anziani non autosufficienti e di centro diurno assistenziale per anziani è prevista l'attività motoria di riattivazione funzionale personalizzata.

L'attuazione del presente programma di prevenzione prevede lo sviluppo di un sistema ordinario di monitoraggio, rilevazione e valutazione delle cadute a cura del soggetto gestore che risulta innovativo per molti servizi.

Per le strutture pilota, l'attivazione del programma sarà funzionale a promuovere anticipatamente rispetto ai termini previsti per l'accreditamento definitivo, il rafforzamento dell'attenzione posta alla prevenzione, alla riabilitazione, al recupero, al mantenimento delle capacità motorie e un'organizzazione del lavoro sempre più fondata sulla personalizzazione dell'assistenza, inclusa la garanzia di un programma continuo di attività motoria personalizzata.

Sistema di valutazione

Indicatori di processo:

Realizzazione del progetto: verifica a 6 mesi dall'avvio (30/6/2012 – 31/12/2012) con resoconto entro 31/3/2013.

Indicatori di risultato:

- Adozione di un sistema di monitoraggio sulle cadute
- Individuazione dei soggetti a rischio di cadute
- Analisi dell'ambiente e eventuale adozione di interventi di riduzione dei rischi ad esso legati
- Valutazione dei risultati del programma di prevenzione sugli ospiti coinvolti

Standard:

70% programmi portati a termine con relativo monitoraggio in corso d'anno.

- *3 b Somministrazione di attività fisica al domicilio per la prevenzione delle cadute*

Obiettivi specifici

Massimizzazione delle abilità residue quanto a riflessi posturali con particolare attenzione ai passaggi di posizione

Risultati attesi

Riduzione dell'incidenza e della gravità delle (ri)cadute negli anziani fragili > 80 aa

Azioni

Reclutamento dei soggetti:

- Segnalazione da parte della rete dei caregivers
- Indicazione da parte dei medici di base

<i>Criteria di inclusione</i>	<i>Criteria di esclusione</i>
Età superiore a 80 anni	Presenza di grave disabilità preesistente
Anamnesi di caduta nell'anno precedente	Demenza moderata-severa
Disponibilità ad aderire al programma	Gravi difficoltà visive
	Grave compromissione della autonomia motoria
	Controindicazioni cliniche

- Somministrazione di AFA a domicilio secondo il protocollo Otago modificato

L'intervento si basa su 3 accessi domiciliari e telefonate di rinforzo nel corso di 12 mesi

Primo accesso (durata 1h30'): qualora il soggetto abbia aderito, viene concordato il primo accesso a domicilio. Tutti gli operatori cui è stata affidata l'esecuzione dell'intervento saranno preliminarmente istruiti alla corretta somministrazione del piano individuale. Dopo adeguata presentazione viene compilata una breve scheda anamnestica e valutati forza (Chair stand test) ed equilibrio (Four test balance scale) nonchè somministrato l'SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionare).

Al termine della valutazione preliminare e nell'ambito del medesimo primo accesso, si procede alla proposta di un set personalizzato di esercizi (scegliendo grado di difficoltà e numero di ripetizioni) insieme ad un piano di deambulazione minima quotidiana in sicurezza. Al fine di ottimizzare la comprensione, alla persona viene consegnato in forma di opuscolo una serie di immagini fotografiche corredate dalle istruzioni scritte con la spiegazione degli esercizi da svolgere. A una settimana di distanza il soggetto viene contattato telefonicamente per verificare se il programma è rispettato e se vi sono problemi nell'esecuzione.

Secondo accesso (durata 45'): ha luogo a 15 giorni dal primo per verificare il livello di apprendimento delle attività motorie programmate e per valutare una eventuale progressione del numero delle sequenze o della difficoltà dell'esercizio. Alla quarta e sesta settimana hanno luogo un secondo ed un terzo contatto telefonico per verificare l'andamento della attività..

Terzo accesso (durata 45'): avviene all'ottava settimana. Si verifica ulteriormente l'apprendimento e si interviene sul rinforzo motivazionale, viene compilato il questionario di gradimento. Vengono poi effettuate le successive telefonate di controllo a cadenza mensile, fino alla realizzazione completa del piano individuale la cui durata è fissata a 12 mesi.

Ad ogni successiva telefonata, oltre a valutare l'attuazione del programma, l'operatore cerca di rinforzare la motivazione e monitorare eventuali cadute o condizioni morbose che fossero insorte. Vengono inoltre registrate interruzioni per ricoveri e/o modifiche delle condizioni cliniche generali.

Destinatari

Anziani fragili > 80aa con precedenti di caduta nei 12 mesi precedenti l'intervento

Criticità

Costi e reclutamento

Sistema di valutazione

Numero di anziani arruolati al 31/12/2011 (standard: almeno l'1% degli >80enni eligibili nel 50% dei distretti)

Numero di anziani attivi nel percorso / Numero di anziani arruolati al 31/12/2011 > 60%

Numero di anziani arruolati al 31/12/2012 (standard: almeno l'1% degli >80enni eligibili nel 80% dei distretti)

Numero di anziani attivi nel percorso / Numero di anziani arruolati al 31/12/2012 > 60%

Allegato A

Le schede di valutazione

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: La valutazione del rischio eredo-familiare nello screening dei tumori del colon-retto e della mammella.

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.2.a

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Impostazione e avvio di uno studio per la ricostruzione della prevalenza di patologia del colon-retto nella popolazione a rischio eredo-familiare complessivamente individuata, attraverso un'indagine su un campione più rappresentativo e per una valutazione costo-efficacia del programma attivato sui familiari rispetto a possibili strategie alternative. Identificazione delle donne con profili di rischio aumentato eredo-familiare per lo sviluppo di tumore della mammella e inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza a scopo di diagnosi precoce.

Beneficiari:

- Familiari di primo grado di persone colpite da cancro colo-rettale in età \leq a 70 anni
- Donne con profilo di rischio per tumore della mammella più alto rispetto alla popolazione generale

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

Valutare la miglior strategia di intervento per ridurre incidenza e mortalità per tumore del colon-retto nei familiari di 1° grado di persone affette da carcinoma coloretale
Ridurre la mortalità per carcinoma della mammella nelle donne a rischio aumentato eredo-familiare attraverso una sorveglianza individualizzata

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Elaborazione protocollo di studio per la valutazione costo-efficacia del programma di sorveglianza tumore colon-retto nei familiari	Evidenza documentale	No	Sì			
Assunzione decisione circa il mantenimento del programma o la sua sostituzione/sospensione	Evidenza documentale	No	No		Sì	
Organizzazione della rete regionale hub&spoke per la presa in carico donne a rischio aumentato per tumore della mammella	Evidenza documentale	No	Sì			
Attuazione programma di sorveglianza tumore mammella nelle donne a rischio aumentato	Evidenza documentale	No	No		Sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: La carta del rischio cardiovascolare

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.2.b

Breve descrizione dell'intervento programmato: Ci si propone di attivare uno screening a carattere sperimentale, (secondo il modello tipo "screening oncologici"), mediante l'utilizzo della carta del rischio e effettuare interventi di counselling, previa valutazione, nell'ambito di una rete che coinvolga Infermieri, MMG, Dipartimenti di sanità pubblica e di cure primarie, Enti locali. Si attiverà una chiamata attiva di uomini di età pari a 45 anni e donne di età pari a 55 anni con somministrazione della carta del rischio e identificazione del grado di rischio, con una gestione informatizzata del percorso e dei risultati. Ai soggetti coinvolti verranno proposti interventi diversificati sulla base del grado di rischio compresa la promozione di stili di vita sani.

Beneficiari:

- Popolazione target
- Professionisti sanitari quali attuatori

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

Stimare il rischio cardiovascolare nella popolazione target e rafforzare, tramite il counselling la capacità delle persone di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute e di orientare i propri comportamenti

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Attivazione e operatività del gruppo di coordinamento	Evidenza documentale	No	Sì		Sì	
Definizione del protocollo operativo condiviso	Evidenza documentale	No	Sì		Sì	
numero di MMG aderenti sul totale afferenti allo specifico Nucleo Cure primarie – Casa della salute	Rilevazione ad hoc	0%	0%		≥90%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Promozione della attività fisica

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.a.1

Breve descrizione dell'intervento programmato: Ci si propone di attivare e diffondere interventi che aumentino l'attività fisica svolta in tutta la popolazione, ad es. attraverso la promozione nell'uso delle scale e interventi multicomponenti e multitarget (ad es. gruppi di cammino, corsi di ballo, opportunità di movimento in parchi e gradini, ecc). Saranno attivati interventi su target specifici: negli anziani sfruttando contesti esistenti (luoghi di ritrovo, strutture sociali), nelle persone fragili o disabili in alleanza con le associazioni sportive e la scuola.

Beneficiari:

- Popolazione target
- Professionisti sanitari, operatori delle società sportive, ecc quali attuatori

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

Dare impulso alla promozione dell'attività fisica nella popolazione con particolare riguardo ai bambini, ai giovani e alle persone che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Progettazione ed esecuzione di una campagna di Promozione dell'uso delle scale negli edifici aperti al pubblico di Az. sanitarie, EE.LL.	Evidenza documentale	0	0		≥ 70 % edifici target	
Progettazione ed esecuzione di interventi nelle comunità locali per AUSL	Evidenza documentale	0	0		≥ 1 per 100.000 assistiti	
Progettazione ed esecuzione di interventi per anziani in gruppo utilizzando i centri sociali per anziani (339 in Regione)	Evidenza documentale	0	15		25	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Promozione di corrette abitudini alimentari

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.a.2

Breve descrizione dell'intervento programmato: Ci si propone di attivare e promuovere sani stili di vita in gravidanza e nei primi tre anni di vita del bambino attraverso interventi rivolti alle donne in gravidanza e ai neogenitori anche per la promozione dell'allattamento al seno e di un corretto divezzamento. Il programma di lavoro prevede inoltre l'applicazione delle linee guida regionali per la ristorazione scolastica e un potenziamento dell'offerta di frutta, verdura e alimenti nutrizionalmente equilibrati nei distributori automatici

Beneficiari:

Popolazione target

Operatori sanitari e operatori scolastici e della Pubblica amministrazione quali attuatori

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

Promuovere una sana alimentazione distinguendo per varie condizioni: gravidanza, età (≤3 anni, età scolare, età adulta)

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Promozione allattamento al seno: N.ro operatori formati su n.ro segnalati dalle AUSL	Evidenza documentale	NO	≥50%		≥80%	
Raccolta dati indagine APeC ed elaborazione statistica: stima prevalenza allattamento al seno	Evidenza documentale	No	Raccolta dati indagine APeC		Elaborazione dati	
% di controlli eseguiti per la verifica nutrizionale nelle scuole pubbliche con /numero scuole programmate	Evidenza documentale	Assente	0%		≥70%	
Predisposizione di raccomandazioni per gli accordi/distributori automatici	Evidenza documentale	No	Sì		No	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Prevenzione del tabagismo

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.a.3

Breve descrizione dell'intervento programmato: Ci si propone di prevenire l'abitudine al fumo nelle giovani generazioni attraverso programmi didattici integrati in percorsi di promozione della salute e stili di vita sani, di assistere e curare le persone che fumano attraverso l'attivazione di un centro antifumo (CAF) in ogni AUSL e potenziando l'attenzione degli operatori sanitari sul tabagismo con anche l'attivazione di percorsi condivisi tra reparti ospedalieri, CAF e MMG per la disassuefazione dei pazienti ricoverati in ospedale. Si lavorerà per promuovere ambienti favorevoli alla salute e liberi dal fumo sul posto di lavoro, in ospedale, nei servizi sanitari e nelle scuole in stretto raccordo con i medici competenti per i luoghi di lavoro e con gli studenti in attività di educazione tra pari per gli ambienti scolastici

Beneficiari:

Giovani, donne, fumatori, personale del Servizio Sanitario e della scuola

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

Prevenire e ridurre l'abitudine al fumo della popolazione, in particolare in donne e giovani.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N.ro AUSL in cui si realizza una campagna di prevenzione dell'abitudine al fumo nei giovani	Evidenza documentale	0	0		≥ 7	
N.ro AUSL in cui si realizza una campagna di prevenzione e riduzione dell'abitudine al fumo nelle donne	Evidenza documentale	0	0		≥ 6	
N.ro AUSL in cui si realizzano interventi per liberare dal fumo ospedali, servizi sanitari, scuole, luoghi di lavoro	Evidenza documentale	0	0		≥ 7	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Prevenzione dell'abuso di alcol e di altre sostanze stupefacenti

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.a.4

Breve descrizione dell'intervento programmato: Ci si propone di favorire l'adozione di scelte consapevoli e responsabili in riferimento al consumo/abuso di alcol e altre sostanze psicoattive, con particolare attenzione agli adolescenti e ai giovani. Gli interventi verranno attivati nel contesto scolastico e nei luoghi di vita e saranno finalizzati a potenziare i fattori protettivi individuali e ad attivare e responsabilizzare gli adulti di riferimento e le comunità locali. Dal punto di vista metodologico gli interventi dovranno considerare il livello cognitivo, simbolico/emotivo e relazionale dei destinatari, con messaggi differenziati per target e contesto. Nel contesto scolastico ci si propone di favorire un ambiente di relazioni tra giovani ed adulti che promuova il benessere e la salute, con una formazione rivolta al personale scolastico e l'attuazione di interventi di educazione tra pari e di attività rivolte ai genitori. Nel contesto extra-scolastico verranno ulteriormente sviluppati gli interventi di prossimità realizzati dagli Enti Locali e dalle aziende sanitarie (Unità di Strada nei luoghi del divertimento) ed attuati interventi congiunti con adulti portatori di un ruolo significativo (es. gestori di locali, istruttori di scuola guida, rappresentanti delle Forze dell'Ordine, datori di lavoro, rappresentanti sindacali).

Beneficiari:

- Popolazione target e portatori di interesse
- Professionisti socio-sanitari
- Comunità locali

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

Contenimento dei consumi a rischio e dei comportamenti associati.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Sottoscrizione di accordi con gli Uffici Scolastici Provinciali	Evidenza documentale	0	0		≥ 2/9	
Consolidamento degli interventi di strada e raccolta dati di attività per AUSL	Evidenza documentale	0	0		11/11	
Interventi con soggetti portatori di interesse e con Enti Locali: almeno 1 intervento per AUSL	Evidenza documentale	0	0		≥ 8/11	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili: *Miglioramento dei sistemi informativi delle malattie infettive e delle vaccinazioni*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione in raccordo con 2.9.1.sorveglianza di patologie

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.b.1

Breve descrizione dell'intervento programmato: Costruzione di un nuovo sistema informativo delle malattie infettive web based, che garantisca tempestività, flessibilità, adeguamento alle nuove classificazioni europee delle malattie, possibilità di integrazione con altri flussi e che comprenda moduli specifici per le sorveglianze speciali.

Verrà realizzata l'anagrafe vaccinale regionale informatizzata.

Per quanto riguarda la sorveglianza delle reazioni avverse a vaccino, oltre alla reportistica periodica che già da tempo la Regione produce sulle vaccinazioni dell'infanzia, ci si propone di costituire un gruppo interregionale di esperti per la valutazione delle reazioni avverse a vaccino anche negli adulti, assicurando la predisposizione di un report periodico rivolto agli operatori sanitari.

Beneficiari: referenti per le vaccinazioni dei servizi aziendali, CED aziendali, operatori dei servizi regionali coinvolti, operatori CUP 2000, referenti per la farmacovigilanza del Sistema sanitario regionale

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

Migliorare la gestione e uniformare l'informatizzazione di sistemi di sorveglianza con l'obiettivo di una maggiore organicità, razionalizzazione della raccolta dei dati e possibilità di link tra sistemi informativi diversi, sia per valutare esiti di interventi e programmi di sanità pubblica, sia per permettere a livello locale azioni più coordinate.

L'anagrafe vaccinale regionale informatizzata permetterà inoltre di avere nella cartella clinica informatizzata per i MMG e i PLS lo stato vaccinale dei loro assistiti.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Disponibilità della versione test del software del sistema informativo mal. Inf. (SMI)	Evidenza documentale	No	Sì			
Applicazione in tutte le Aziende sanitarie SMI	Evidenza documentale	No	No		Sì	
Calcolo delle coperture vaccinali relative all'infanzia da Regione	Anagrafe vaccinale	No	No		Sì	
Produzione report annuale reazioni avverse a vaccino nell'età adulta	Evidenza documentale	No	Sì		Sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili: *I programmi di vaccinazione*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.b.2

Breve descrizione dell'intervento programmato: Attraverso specifici incontri di formazione e informazione, anche mediante l'elaborazione di materiale informativo e l'attuazione di una nuova campagna informativa rivolta in particolare alla vaccinazione contro l'HPV, si intende promuovere la cultura delle vaccinazioni per migliorare l'adesione consapevole della popolazione (particolare focus su donne migranti) e la sensibilizzazione di MMG, PLS e medici ospedalieri. Verranno sviluppate iniziative per aumentare le capacità del personale sanitario nello svolgere un'attività di counselling per scelte consapevoli. Saranno elaborati protocolli per assicurare direttamente in ospedale la vaccinazione antirosolia dopo il parto e per supportare gli interventi vaccinali su gruppi a rischio per patologia, saranno implementati specifici registri per patologia.

Beneficiari: personale sanitario dei centri vaccinali (Igiene e Pediatria di Comunità), MMG e PLS, Medici e personale sanitario ospedaliero (in particolare dei reparti che seguono i pazienti con patologie croniche, i ginecologi e le ostetriche), i consultori familiari e gli spazi giovani, le direzioni sanitarie e le U.O. impegnate nella comunicazione. Società scientifiche, mediatori culturali, associazioni immigrati e donne migranti, popolazione

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

- mantenere e consolidare i livelli di copertura raggiunti nell'infanzia per tutte le vaccinazioni attualmente previste dal calendario regionale;
- migliorare le coperture per la vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia, meningococco C e HPV nell'infanzia e nell'adolescenza;
- migliorare la copertura vaccinale contro la rosolia nelle donne in età fertile, con particolare riferimento alle persone socialmente svantaggiate, e quelle relative alle vaccinazioni raccomandate nelle persone a rischio aumentato per patologia o condizione professionale;
- promuovere la qualità delle vaccinazioni in Emilia-Romagna

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore al 31 dicembre 2010	Valore indicatore al 31 dicembre 2011		Valore indicatore al 31 dicembre 2012	
			atteso	osservato	atteso	osservato
Coperture per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate al 24° mese	Anagrafi vaccinali	≥95%	≥95%		≥95%	
Copertura per la vaccinazione contro il morbillo al 24° mese	Anagrafi vaccinali	93,7%	94%		80% pop. ≥95%; 20% pop. >90%	
% delle donne, che partoriscono in un dato anno, suscettibili alla rosolia tra le cittadine straniere	Banca dati regionale CedAP, con domanda aggiunta	11%	8%		≤5%	
% di ambulatori vaccinali adeguati per qualità	Sistema valutazione ad hoc	non rilevato	> 90%		> 95%	

* **Difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, emofilo b, pneumococco**

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili: *Controllo delle malattie socialmente rilevanti*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.b.3

Breve descrizione dell'intervento programmato: Migliorare la qualità diagnostica dei laboratori di micobatteriologia e ridurre la probabilità di diffusione della malattia tubercolare, migliorando il follow-up dei casi di tubercolosi in terapia e la sorveglianza dei contatti. Proseguire la gestione dell'Osservatorio HIV-AIDS e progettare un sistema di sorveglianza regionale sulle malattie a trasmissione sessuale a partire dalla ricognizione dei centri che se ne occupano e dalla verifica dei sistemi informativi correnti.

Migliorare il sistema di sorveglianza delle malattie invasive batteriche (MIB) prevenibili con vaccinazione in termini di completezza e qualità della diagnosi; effettuare regolarmente l'invio degli isolati e dei liquor negativi alla coltura al laboratorio di riferimento regionale.

Implementare le capacità diagnostiche delle malattie a circuito oro-fecale e focolai di MTA, nonché delle zoonosi, e migliorare le capacità di analisi epidemiologica nei focolai di MTA .

Beneficiari: Operatori sanitari e socio-sanitari, centri clinici e di laboratorio, Commissione regionale AIDS, mediatori culturali, Associazioni di volontariato.

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

- miglioramento della % di casi di tubercolosi e di contatti a rischio trattati correttamente;
- consolidamento del sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV e progettazione di un sistema più complessivo sulle malattie a trasmissione sessuale;
- miglioramento della qualità della diagnosi delle MIB rilevanti per la sanità pubblica e consolidamento del sistema di sorveglianza;
- miglioramento della sorveglianza dei focolai di Malattie Trasmesse da Alimenti e delle malattie a trasmissione oro-fecale, nonché delle zoonosi.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Esiti favorevoli della terapia dei casi di TB (*)	Sistema sorv. spec.	73,7% m. [67-80]	≥80%		≥80%	
Produzione report annuale sullo stato dell'infezione HIV-AIDS	Evidenza documentale	Sì	Sì		Sì	
% di MIB con agente patogeno identificato	Sistema di sorveglianza MIB	87%	≥90%		≥90%	
% focolai MTA (*) da agente patogeno non id.	Sistema di sorv. MTA	21,2% m. [8-37]	≤20%		≤20%	

* le medie e i range [min e max] sono relative al periodo 2000-2008

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili: *Sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da vettori*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.b.4

Breve descrizione dell'intervento programmato: Attraverso un forte coordinamento fra tutti gli attori interessati in una prospettiva fortemente multidisciplinare verranno mantenuti attivi i sistemi di sorveglianza integrata già in atto, basati sulla sorveglianza del vettore e dell'agente patogeno circolante. Nell'attuazione del presente progetto si opererà quindi per favorire il ricorso a accertamenti di laboratorio e ampliare le metodiche diagnostiche, sia in ambito clinico che di ricerca. Verranno mantenute attive le sorveglianze entomologiche già implementate in modo sistematico (Culicidi) e attivate sorveglianze ad hoc per tenere sotto controllo altri vettori presenti (zecche) e l'eventuale introduzione nel territorio di nuovi vettori. Si proseguirà la sorveglianza della circolazione dei patogeni in ospiti animali: popolazione canina per Leishmania e equidi e uccelli quali serbatoio di WN virus. Relativamente ai casi di malattia nell'uomo dovranno essere mantenuti attivi il sistema di segnalazione rapida degli eventi epidemici e eventi sentinella, se del caso estendendolo a altre patologie, e il sistema di risposta rapida.

Beneficiari: Medici clinici, MMG e PLS, operatori di sanità pubblica (igienisti, veterinari, AA.SS.), laboratoristi, epidemiologi, entomologi, popolazione generale.

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

- contenere la diffusione delle malattie trasmesse da vettore già endemiche nel territorio regionale con particolare riferimento a WN e Leishmaniosi;
- ridurre la probabilità che patologie da importazione diano luogo a focolai autoctoni

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% casi, anche solo sospetti, di Chik, Dengue e WND segnalati al DSP entro 24 ore	Sistema di sorveglianza Chik/Dengue e WND	Non rilevato	≥ 80%		≥ 90%	
% casi sospetti o confermati di Chik, Dengue per i quali è stata attivata la disinfestazione secondo indicazioni Piano regionale	Sistema di sorveglianza Chik/Dengue	93%	≥ 95%		≥ 95%	
Monitoraggio di <i>Ae. albopictus</i> con significatività a livello provinciale	Evidenza documentale www.zanzaratigreenline.it	Sì	Sì		Sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili: *Le infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e la prevenzione dell'antibioticoresistenza*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA)

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.b.5

Breve descrizione dell'intervento programmato: E' prevista la formulazione e aggiornamento periodico del piano di gestione del rischio infettivo nell'ambito del piano-programma di gestione del rischio. Verranno consolidate le attività di sorveglianza, con particolare riguardo ai sistemi regionali di sorveglianza delle ICA. Verranno sviluppati progetti aziendali mirati a promuovere la sicurezza in aree prioritarie: igiene delle mani, precauzioni di isolamento, gestione dei pazienti esposti alle procedure invasive più frequenti, profilassi antibiotica peri-operatoria. Verranno, inoltre, avviate attività di sorveglianza e controllo delle infezioni e dell'uso di antibiotici nelle strutture residenziali. Per promuovere l'uso prudente di antibiotici in ospedale verrà attivato un programma specificamente dedicato a individuare le principali aree di uso inappropriato e a promuovere l'uso appropriato. In ogni Azienda verrà attivata una procedura aziendale per la profilassi antibiotica in chirurgia e conduzione di programmi di audit per verificarne l'applicazione.

Beneficiari: Direzioni Sanitarie delle Aziende, Responsabili aziendali Gestione del rischio clinico, Responsabili Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza, Servizi di farmacia ospedaliera, specialisti in malattie infettive, microbiologi, personale sanitario.

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

- Consolidare i programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero
- Avviare programmi di controllo di queste infezioni e dell'uso di antibiotici nelle strutture residenziali per anziani
- Avviare programmi di intervento per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ospedale (antimicrobial stewardship)

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Partecipazione al sistema di sorveglianza in chirurgia-SICHER	Database regionale	60% Aziende 10% Interventi	60% Az con 40% interventi		80% Az con 50% interventi	
Attivazione di almeno un progetto aziendale	Monitoraggio ad hoc	50%	80%			
Programma aziendale antimicrobial stewardship	Monitoraggio ad hoc	30%	80%			

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Le relazioni tra ambiente e salute: *Effetti sulla salute dell'inquinamento atmosferico*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non a agenti chimici, fisici e biologici

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.c.1

Breve descrizione dell'intervento programmato: La Pianura padana è una realtà caratterizzata da una situazione di inquinamento atmosferico particolarmente elevata e ciò rende necessario un progetto di valutazione degli effetti dell'inquinamento atmosferico nella Regione Emilia-Romagna. Questo progetto intende operare su due ambiti: una maggior conoscenza degli effetti sulla salute del particolato e delle sue specifiche componenti in rapporto al complesso delle fonti di origine antropica; un approfondimento sull'impatto degli impianti di incenerimento

Sulla base delle analisi ambientali effettuate con il progetto denominato "Supersito" (DGR 428/2010) si valuteranno con studi epidemiologici gli effetti a breve e lungo termine dell'esposizione a inquinamento atmosferico della popolazione. In particolare si realizzeranno indagini epidemiologiche a breve termine, mediante correlazioni tra occorrenza di patologie (ricavate da flussi informativi correnti - SDO, banca dati farmaceutica, etc.) riconducibili ad esposizione a inquinanti e i valori di alcune sostanze trovate nell'aerosol atmosferico; per la valutazione degli esiti a lungo termine si seguirà un approccio di coorte retrospettiva testando correlazioni tra esiti sanitari (fonti informative: registro tumori e registro mortalità) e i valori di alcune specie chimiche determinate sistematicamente nell'aerosol.

Relativamente agli effetti attribuibili all'esposizione a inceneritore si procederà con una replica dello studio Monitor sugli esiti riproduttivi per valutare se la correlazione osservata si è modificata in seguito al miglioramento tecnologico degli impianti.

Beneficiari: popolazione generale o sottogruppi identificati per condizione di suscettibilità particolare e/o selezionati in base all'esposizione a fattori di pressione specifici

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

Valutare degli effetti sanitari a breve e lungo termine del particolato e delle sue componenti (mortalità e morbosità)

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Redazione protocolli operativi valutazioni epidemiologiche progetto "supersito"	Evidenza documentale	No	Sì			
report di analisi su mortalità e morbosità per le cause indagate	Evidenza documentale	No	No		Sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Le relazioni tra ambiente e salute: *Effetti sulla salute di attività connesse al ciclo rifiuti*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non a agenti chimici, fisici e biologici

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.c.2

Breve descrizione dell'intervento programmato: La complessità del ciclo di gestione rifiuti rende opportuno, anche in un'ottica di prevenzione, sviluppare strumenti di valutazione di impatto sanitario di insediamenti, impianti e tecnologie per la sorveglianza della salute delle popolazioni. In quest'ottica il presente progetto si propone di valutare gli scenari possibili in base alla programmazione regionale in materia di gestione rifiuti, nonché i relativi impatti sulla salute anche attraverso la sperimentazione di protocolli di sorveglianza ad hoc.

Si prospettano due principali filoni di attività:

- una prima attività di valutazione dell'impatto a livello regionale della presenza di impianti di smaltimento rifiuti considerati in modo complessivo, e delle diverse politiche regionali in materia di gestione rifiuti. E' prevista la messa a punto degli strumenti di analisi e la loro applicazione, facendo uso di basi di dati correnti, sia anagrafici, che ambientali e sanitari;
- un secondo filone di attività riguarda una valutazione analitica con un disegno epidemiologico di dettaglio, concentrandosi su uno specifico aspetto del ciclo di gestione dei rifiuti.

Beneficiari: popolazione generale

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

Sperimentare l'utilizzo di metodologie e strumenti operativi per l'implementazione di sistemi di sorveglianza in materia di rifiuti e salute

Valutare l'impatto del ciclo di trattamento dei rifiuti solidi urbani sulla salute della popolazione coinvolta

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Report sugli strumenti di valutazione degli impatti sulla salute da ciclo di gestione di rifiuti solidi urbani	Evidenza documentale	No	No		Sì	
Report sulle analisi di impatto e analisi epidemiologiche effettuate	Evidenza documentale	No	No		Sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Le relazioni tra ambiente e salute: *Effetti sulla salute dei mutamenti climatici: le ondate di calore*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non a agenti chimici, fisici e biologici

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.c.3

Breve descrizione dell'intervento programmato: Verrà mantenuto operativo su tutto il territorio regionale e per il periodo estivo un sistema di previsione del disagio bioclimatico gestito da ARPA. Le previsioni verranno effettuate tutti i giorni della settimana su 32 aree regionali, comprese le 9 aree urbane che presentano peculiari condizioni meteo-climatiche (isola di calore). Tale fenomeno sarà oggetto di analisi specifiche sia per verificare la possibilità di graduare le allerte per le diverse aree della città, sia nell'ottica dell'individuazione di adeguati interventi di mitigazione e adattamento. Le previsioni verranno inviate direttamente ai referenti locali che predisporranno azioni di sostegno alle persone identificate come "a rischio". Le previsioni del sistema, insieme a vario materiale informativo sulla tematica, saranno consultabili su web.

Parallelamente verrà organizzata la gestione socio-sanitaria dell'emergenza; in particolare le attività in questo ambito saranno focalizzate sull'individuazione del target dei soggetti fragili (età, condizione socio-economiche, patologie preesistenti) e di situazioni particolari quali le strutture carcerarie. Verranno predisposti strumenti di coordinamento operativo e le emergenze verranno gestite sia a livello locale che regionale. Verranno emanate linee guida regionali per la realizzazione di adeguamenti strutturali e organizzativi nelle strutture socio-assistenziali finalizzati al benessere climatico interno.

Beneficiari: Persone fragili, maggiormente suscettibili agli effetti delle ondate di calore.

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

Tutelare soggetti fragili e/o in condizioni particolari (es. popolazione carceraria) rispetto all'impatto sulla salute delle ondate di calore

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Elaborazione e attuazione del "Piano regionale per le ondate di calore"	Evidenza documentale	No	Sì		Sì	
Realizzazione e disseminazione delle Linee-guida per la realizzazione di interventi strutturali e organizzativi nelle strutture per anziani	Evidenza documentale	No	No		Sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Le relazioni tra ambiente e salute: *Lo sviluppo della rete di epidemiologia ambientale e delle capacità di valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte programmatiche: il "Centro di studi dell'Emilia-Romagna per le politiche, l'ambiente, la salute"*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non a agenti chimici, fisici e biologici

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.c.4

Breve descrizione dell'intervento programmato: Le conoscenze sui nessi tra politiche, esposizioni ambientali e salute sono caratterizzati da elevati livelli di complessità e di incertezza su cui devono cimentarsi gli esperti e i decisori politici, ma anche le organizzazioni sociali e i singoli cittadini. Per sostenere concretamente i processi di gestione dei rischi ambientali e delle politiche per la salute, la Regione intende procedere alla costituzione di un "Centro di studi dell'Emilia-Romagna sulle politiche, l'ambiente e la salute". Saranno coinvolti in tale iniziativa in primo luogo le Aziende sanitarie, soprattutto con i propri Dipartimenti di Sanità Pubblica, l'ARPA, Enti pubblici di ricerca e le Pubbliche Amministrazioni. I principali campi di interesse riguarderanno:

- le conoscenze delle relazioni tra politiche, esposizioni ambientali e salute;
- la valutazione dell'impatto sulla salute, inclusi i costi economici, di specifiche innovazioni e scelte politiche inerenti processi di sviluppo o di gestione dei rischi, a base locale, o di cambiamenti globali come quelli climatici;
- il supporto alla elaborazione e alla valutazione di strategie da parte degli enti di governo regionale e locale che tutelino e promuovano la salute e l'ambiente;
- l'empowerment dei cittadini, soprattutto degli amministratori e di coloro che hanno un ruolo attivo nelle proposte e nelle scelte per la salute e l'ambiente, e la sperimentazione di politiche inclusive.

Beneficiari: gli esperti delle Aziende sanitarie, dell'ARPA, delle Pubbliche amministrazioni, dell'Università, degli enti di ricerca; gli amministratori degli Enti locali e della Regione; i giornalisti, gli educatori, i componenti di organizzazioni sociali; gli studenti.

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

Procedere alla costituzione di un "Centro di studi dell'Emilia-Romagna sulle politiche, l'ambiente e la salute" con la finalità di sostenere e valorizzare le competenze e le risorse esistenti nella regione, soprattutto nelle istituzioni pubbliche, e favorirne la collaborazione per migliorare le conoscenze e l'efficacia degli interventi per l'ambiente, la salute e la qualità della vita

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Attivazione formale del Centro	Evidenza documentale	No	Sì			
Approvazione Piano annuale di attività del Centro	Evidenza documentale	No			Sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Le relazioni tra ambiente e salute: *Regolamento REACH - Prevenzione delle patologie da esposizione a agenti chimici nei prodotti immessi sul mercato, commercializzati ed in uso.*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non a agenti chimici, fisici e biologici

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.c.6

Breve descrizione dell'intervento programmato: Ci si prefigge la realizzazione di una rete per la gestione integrata tra imprese ed istituzioni delle politiche su REACH e CLP pervenendo all'attivazione di un sistema di controlli sul territorio regionale e a un livello approfondito di conoscenze sulla sicurezza chimica. Da un lato, operando per una crescita delle competenze, si configurano attività di formazione e divulgazione per il personale dei DSP e per Responsabili aziendali e Consulenti aziendali, nonché l'apertura in ogni DSP di uno sportello informativo rivolto alle imprese coinvolte nel REACH e CLP e ai cittadini sulla sicurezza chimica a cui si collega anche la predisposizione di schede contenenti indicazioni tecnico-operative dirette all'adeguamento delle imprese interessate alla Normativa sulle sostanze chimiche e la redazione di un opuscolo informativo sul REACH e sul CLP. Sarà anche promossa, attraverso il coinvolgimento e la collaborazione delle Camere di Commercio, la diffusione di informazioni e di materiali divulgativi ed informativi e la realizzazione di Helpdesk provinciali informativi per le imprese. Parallelamente si procederà a organizzare e garantire un buon livello di attività di vigilanza tramite il Coordinamento regionale interdirezionale REACH-CLP a cui partecipano la Regione Emilia-Romagna e i DSP quali Autorità Competenti per i controlli.

Beneficiari: datori di lavoro, produttori, importatori, associazioni di categoria, organizzazioni sindacali e dei consumatori, lavoratori, cittadini.

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

Dare piena attuazione al regolamento REACH e conseguentemente ridurre l'esposizione, professionale e non, a agenti chimici presenti nei prodotti immessi sul mercato, commercializzati ed in uso.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N.corsi d'aggiornamento per operatori dei DSP effettuati/programmati	Evidenza documentale	≥90%	≥90%		≥90%	
N.ro sportelli informativi attivati nei DSP	Evidenza documentale	0	3		11	
% controlli all'anno effettuati/programmati	Evidenza documentale	non rilevato	≥90%		≥90%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Alimentazione e salute: *Sicurezza alimentare*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.d.1

Breve descrizione dell'intervento programmato: E' prevista la predisposizione, attuazione e valutazione, in collaborazione con i Laboratori ufficiali, del Piano di campionamento integrato regionale per il monitoraggio di parametri microbiologici, chimici, fisici, nonché di allergeni su alimenti di origine animale e vegetale incluso gli additivi, i materiali a contatto con alimenti in fase di produzione e commercializzazione; l'intervento sarà condotto anche potenziando la formazione e l'addestramento degli operatori incaricati del controllo ufficiale che saranno inoltre dotati di manuali aggiornati e coinvolti in audit di settore e di sistema. Particolare attenzione sarà data a interventi strutturati ed integrati di vigilanza e controllo in sede di produzione, commercio e utilizzo di prodotti fitosanitari, nonché alla ricerca di residui in matrici alimentari e acque potabili. Verranno inoltre sviluppate iniziative di informazione/comunicazione per aumentare la conoscenza dei rischi legati alla produzione alimentare in ambito domestico.

Beneficiari: Consumatori

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

Dare concreta attuazione alle normative e ai provvedimenti UE in materia di politica degli alimenti allo scopo di aumentare la consapevolezza dei cittadini rispetto alle proprie scelte e comportamenti alimentari

Assicurare lo sviluppo coordinato di tutti gli aspetti fondamentali per la sicurezza alimentare e nutrizionale in tutte le fasi della filiera produttiva agro-alimentare dalla terra alla tavola

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Report annuale sullo stato di realizzazione del piano campionamento alimenti integrato e valutazione degli esiti	Evidenza documentale	NO	Sì		Sì	
Progettazione della campagna di informazione	Evidenza documentale	No	Sì			
Realizzazione campagna informativa		NO	No		Sì	
Numero audit effettuati/numero audit programmati	Evidenza documentale	100%	80%		80%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Alimentazione e salute: *Sicurezza nutrizionale*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano (integrato con 2.9 in riferimento alla prevenzione dell'obesità e delle patologie da carenza iodica)

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.d.2

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Ci si propone di attivare e diffondere interventi di sensibilizzazione sui benefici della riduzione del consumo di sale, di prevenzione delle patologie da carenza di iodio incentivando il consumo del sale iodato nella ristorazione pubblica e collettiva.

Al fine di garantire il controllo ufficiale sulla vasta gamma di prodotti alimentari senza glutine destinati alla somministrazione e vendita diretta, è prevista la predisposizione di un protocollo tecnico per la vigilanza ed il controllo di tali alimenti nella ristorazione collettiva, pubblica e nei laboratori che producono alimenti per celiaci .

Beneficiari: popolazione target

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

Favorire la preparazione di pasti privi d'ingredienti contenenti glutine in particolari settori
Prevenzione delle patologie da carenza di iodio, incentivando il consumo del sale iodato nella ristorazione pubblica e collettiva

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Elaborazione protocollo tecnico di vigilanza alimenti privi di glutine	Evidenza documentale	NO	SI		NO	
controlli eseguiti su OSA che producono alimenti per celiaci/ controlli programmati	Evidenza documentale	NO	≥90%		≥90%	
<i>Prevenzione delle patologie da carenza di iodio:</i> Numero di verifiche effettuate (L. 55/2005) nella ristorazione pubblica e collettiva / numero totale verifiche programmate	Evidenza documentale	NO	≥80%		≥80%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Lavoro e salute: *Miglioramento della salute e sicurezza nel comparto agricoltura e silvicoltura*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate.

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.e.1

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Il progetto si prefigge di contribuire al miglioramento della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori del comparto agricoltura e silvicoltura attraverso azioni di vigilanza, informazione, formazione e assistenza.

Si articola nelle seguenti linee di attività:

- realizzazione di programmi di vigilanza diretti alla eliminazione o riduzione dei rischi più rilevanti per la salute e la sicurezza dei lavoratori, previa formazione e aggiornamento degli operatori coinvolti nel progetto;
- realizzazione di iniziative informative dirette ai venditori di macchine agricole e agli agricoltori al fine di agire sul mercato delle macchine usate e della loro messa a norma.
- realizzazione di programmi di informazione rivolti ai diversi soggetti del sistema della prevenzione, con particolare attenzione alle scuole tecniche agrarie e ai corsi di formazione professionale;
- predisposizione di indicazioni in materia di prevenzione dei rischi valutate nell'ambito del Comitato ex art. 7 decreto legislativo 81/08;
- elaborazione a cura del sistema informativo regionale di rapporti periodici sullo stato di salute dei lavoratori del settore e sulle attività di prevenzione realizzate; partecipazione al progetto nazionale di analisi degli infortuni gravi e mortali da utilizzo di macchine agricole.

Beneficiari: Datori di lavoro e lavoratori di aziende agricole, soggetti della prevenzione, rivenditori e noleggiatori di macchine agricole e prodotti fitosanitari, studenti delle scuole professionali di agraria e partecipanti ai corsi di formazione professionale.

Sistema di valutazione

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/10	Valore dell'indicatore al 31/12/11		Valore dell'indicatore al 31/12/12	
			atteso	osservato	atteso	osservato
N. aziende controllate	Reportistica regionale		500		600	
n.corsi di formazione e aggiornamento degli operatori realizzati/ n. corsi programmati	Reportistica regionale		> 90%		>90%	
Evidenza dei documenti tecnico-operativi e dei materiali informativi realizzati sull'adeguamento delle macchine agricole	Evidenza dei documenti		Almeno 1 documento tecnico		Almeno 1 documento tecnico e 1 materiale informativo	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Lavoro e salute: *Tutela della salute e la prevenzione degli infortuni nel comparto delle costruzioni*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate.

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.e.2

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Il progetto intende contribuire al miglioramento della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori di questo settore attraverso due specifiche linee di attività:

- l'incremento e la qualificazione della attività di vigilanza;
- la realizzazione di iniziative di promozione di tutela della salute e della sicurezza.

Per quanto riguarda la vigilanza, si prevede la verifica della corretta applicazione delle norme in materia, secondo specifici standard di copertura e la realizzazione di una attività di vigilanza coordinata o congiunta con gli altri Enti titolari di funzioni di controllo (Direzione regionale del lavoro, Inail-Ispesl, Inps, Vigili del Fuoco), programmata nell'ambito dell'Ufficio operativo del Comitato di coordinamento ex articolo 7 del decreto legislativo 81/08.

Relativamente alla promozione della tutela della salute e sicurezza, il progetto prevede la realizzazione di programmi di informazione, anche in collaborazione con gli Enti bilaterali, le Scuole edili e gli Istituti tecnici e professionali, rivolti ai soggetti del sistema della prevenzione. Prevede altresì l'elaborazione, a cura del sistema informativo regionale, di rapporti periodici sullo stato di salute dei lavoratori del settore e sulle attività di prevenzione realizzate.

Beneficiari: Datori di lavoro del comparto edile, soggetti della prevenzione, lavoratori di imprese edili, studenti degli istituti tecnici e professionali.

Sistema di valutazione

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
n. cantieri controllati	reportistica regionale		4.662		4.662	
n. iniziative di vigilanza coordinata e congiunta tra Enti realizzate/ n. iniziative programmate nell'ambito dell'Ufficio operativo ex art. 7 D. Lgs 81/08.	reportistica regionale		> 80%		> 80%	
n. corsi di formazione e aggiornamento degli operatori realizzati /n. corsi programmati	reportistica regionale		> 90%		> 90%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Lavoro e salute: *Prevenzione degli infortuni derivanti dalle attrezzature di lavoro e dagli impianti soggetti a verifica periodica*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate.

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.e.3

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Il progetto intende contribuire alla prevenzione degli infortuni derivanti da attrezzature di lavoro e impianti soggetti a verifica e si articola nelle seguenti linee di attività:

- incremento del numero di verifiche di alcune tipologie di impianti e attrezzature di lavoro, con particolare riferimento a quelle utilizzate in edilizia, agricoltura, sanità e a quelle installate in luoghi con pericolo di esplosione, nonché a quelle in precedenza non soggette a controllo periodico;
- promozione della qualità e della omogeneità dei controlli attraverso l'elaborazione e l'adozione, previa formazione specifica ed aggiornamento degli operatori, di protocolli di verifica delle attrezzature di lavoro ed in particolare di quelle in precedenza non soggette a controllo periodico;
- realizzazione di interventi di vigilanza sugli impianti elettrici nei cantieri edili, utilizzando modalità e strumenti condivisi;
- miglioramento del livello di formazione dei manovratori di gru a torre e di gru su autocarro attraverso un'indagine, in collaborazione con le Scuole edili;
- produzione e diffusione alle associazioni datoriali e sindacali di materiale informativo attinente alla sicurezza delle attrezzature di lavoro e degli impianti.

Beneficiari: Datori di lavoro e lavoratori, figure della prevenzione, costruttori, rivenditori e installatori di attrezzature di lavoro, progettisti e installatori di impianti.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero di verifiche di attrezzature nei cantieri (gru a torre, app. a pressione) e in agricoltura (app. sollevamento) /numero richieste	Reportistica regionale		70%		80%	
n. corsi di formazione e aggiornamento degli operatori realizzati /n. corsi programmati	reportistica regionale		> 90%		> 90%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Lavoro e salute: *Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno di origine professionale*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate, integrato con 2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non a agenti chimici, fisici e biologici

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.e.4

Breve descrizione dell'intervento programmato: Il progetto regionale diretto al monitoraggio e al contenimento del rischio cancerogeno di origine professionale prevede:

- Mappatura del rischio cancerogeno attraverso l'acquisizione di informazioni tratte dai registri degli esposti (ex art. 260 del decreto legislativo 81/08) e dalle notizie fornite dai medici competenti ai sensi dell'art. 40 del citato decreto;
- ricerca attiva dei casi ad alta frazione eziologica, istituendo il registro regionale dei tumori dei seni nasali e paranasali (TuNS) afferente al ReNaTuNS, residente presso ex ISPESL (art. 244 del decreto legislativo 81/08) e il relativo centro operativo regionale (COR);
- ricerca attiva degli altri tipi di tumori monitorati attraverso il sistema OCCAM;
- pianificazione di azioni di vigilanza nelle aziende ove è presente il rischio cancerogeno, con particolare attenzione alla valutazione dei rischi e all'adozione delle misure di prevenzione.

Il progetto prevede inoltre la realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento degli operatori in materia, l'elaborazione di orientamenti condivisi sulle modalità di registrazione delle esposizioni nei casi non tipici e la predisposizione di strumenti di valutazione omogenei a livello regionale.

Beneficiari: Lavoratori esposti ed ex-esposti a rischio cancerogeno, soggetti della prevenzione, medici competenti.

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

Contribuire all'individuazione dei tumori di origine professionale ed al contenimento del rischio cancerogeno negli ambienti di lavoro.

Sistema di valutazione

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/10	Valore dell'indicatore al 31/12/11		Valore dell'indicatore al 31/12/12	
			atteso	osservato	atteso	osservato
Archivio regionale esposti	Reportistica regionale		Non presente		presente	
Partecipazione al sistema OCCAM (Occupational Cancer Monitoring).	Reportistica specifica		Evidenza partecipazione al sistema OCCAM		Evidenza partecipazione al sistema OCCAM	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Lavoro e salute: *Prevenzione delle patologie muscolo scheletriche correlate al lavoro*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate.

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.e.5

Breve descrizione dell'intervento programmato: Il progetto si pone l'obiettivo di contribuire alla prevenzione delle patologie muscolo scheletriche lavoro-correlate agendo su più fronti, da un lato potenziando le azioni di vigilanza mirate alla verifica del rispetto degli obblighi di prevenzione da parte delle imprese e dall'altro sviluppando iniziative dirette ad aumentare la conoscenza sui rischi e la loro prevenzione da parte di tutti i soggetti coinvolti.

Beneficiari: Lavoratori, datori di lavoro, soggetti della prevenzione.

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

Migliorare l'ergonomia delle postazioni e dell'organizzazione del lavoro, con particolare attenzione alla movimentazione dei carichi, ai movimenti ripetitivi e alle posture incongrue.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero di aziende controllate	reportistica regionale		200		300	
n. di aziende interessate dalle iniziative di informazione	reportistica regionale		600		600	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Lavoro e salute: *Formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate, integrato con 2.7 in riferimento alla prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non a agenti chimici, fisici e biologici

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.e.6

Breve descrizione dell'intervento programmato: Il progetto si propone di promuovere, attraverso specifiche iniziative, la realizzazione di una formazione di qualità, orientata ad un apprendimento attuato con metodologie didattiche attive. Verrà predisposta una Check-List per la vigilanza in materia di formazione in tutti i settori lavorativi e una specifica per il comparto edile. Verrà poi valutato l'adempimento dell'obbligo formativo e la qualità della formazione realizzata nelle aziende nel 5% delle unità locali sottoposte a controlli.

Verranno promossi, nell'ambito del Comitato ex art. 7 del decreto legislativo 81/08, programmi diretti a garantire la qualità della formazione con il coinvolgimento a livello locale delle Amministrazioni provinciali e delle Parti sociali e con la realizzazione, a livello di Azienda USL, di incontri informativi diretti ai soggetti del sistema della prevenzione in materia di formazione, informazione e addestramento.

Beneficiari: Lavoratori, datori di lavoro, soggetti della prevenzione.

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

Miglioramento dell'estensione e della qualità della formazione per tutti i soggetti operanti nei luoghi di lavoro attraverso azioni di assistenza, informazione, formazione e vigilanza.

Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Evidenza delle Check-List per la vigilanza sulla formazione	Reportistica regionale		Predisposizione Check-List		Aggiornamento Check-List in base a novità normative	
n. aziende controllate quanto alla formazione / n. aziende da controllare	Reportistica regionale		≥ 80%		≥ 80%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: La relazione tra ambiente costruito e salute: *La componente salute negli strumenti di pianificazione urbanistica*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.f.1

Breve descrizione dell'intervento programmato: Il progetto si propone di raggiungere tutti i settori coinvolti nella programmazione e nella gestione del territorio e della società perché pensino in che cosa consistano abitazioni sicure e salubri e di prezzo accessibile, strade più sicure, quartieri più salubri che offrono spazi verdi perché le persone possano godere nel posto dove vivono e nel posto dove lavorano, e ripensino al modo con cui le persone si spostano da un luogo ad un altro. In questa realizzazione è strategica per il SSR l'assunzione del proprio ruolo di advocacy che viene promosso attraverso l'elaborazione e diffusione di specifiche Linee guida che aiutino ad armonizzare, in ambito di pianificazione urbanistica, i contenuti relativi alla "forma della città" orientata alla salute, con le "modalità di funzionamento della città" orientate alla salute

Beneficiari:

Personale competente dei settori della pianificazione territoriale, dei trasporti e della sanità, a livello centrale e locale

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

Diffondere tra il personale competente dei settori della pianificazione territoriale, dei trasporti e della sanità, a livello centrale e locale, le Linee Guida regionali "Definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale in tema di: esercizio fisico, incidentalità stradale, accessibilità, verde pubblico e spazi di socializzazione"

Studiare, stendere e sperimentare Linee Guida riguardanti i contenuti igienico-sanitari degli strumenti di governo dei principali settori che impattano la salute

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N.ro interventi di formazione per operatori AUSL e EE.LL. su linee guida per la pianificazione territoriale: attuati/programmati	Evidenza documentale	0	≥ 80 %		0	
Attivazione di un gruppo di lavoro per la stesura di linee guida sui contenuti di salute dei piani di settore	Evidenza documentale	No	Si		No	
Stesura di linee guida sui contenuti di salute dei piani di settore	Evidenza documentale	No	No		Si	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: La relazione tra ambiente costruito e salute: *Interventi per la sicurezza stradale nei bambini e negli utenti deboli*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.1 Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.f.2

Breve descrizione dell'intervento programmato: Il progetto si propone di lavorare per la diffusione tra il personale competente dei settori della pianificazione territoriale, dei trasporti e della sanità, a livello centrale e locale, delle Linee Guida regionali "Definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale in tema di: esercizio fisico, incidentalità stradale, accessibilità, verde pubblico e spazi di socializzazione" relativamente agli aspetti dell'incidentalità stradale a cui seguirà lo studio, la stesura e la sperimentazione di Linee Guida riguardanti i contenuti igienico-sanitari del Piano Urbano del traffico (PUT) e dei compiti e delle funzioni del Mobility Manager. In questa realizzazione è strategica per il SSR l'assunzione del proprio ruolo di advocacy. Parallelamente si lavorerà sui comportamenti individuali attivando e diffondendo interventi per promuovere l'utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori in tutta la popolazione e, nello specifico dei bambini di scuola materna e primaria, verrà riproposto e rinforzato l'intervento messo a punto con il precedente PRP e denominato "Allacciali alla vita".

Beneficiari:

Personale competente dei settori della pianificazione territoriale, dei trasporti e della sanità, a livello centrale e locale

Tutta la popolazione

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

Studiare, stendere e sperimentare Linee Guida riguardanti i contenuti igienico-sanitari del Piano urbano del traffico e dei compiti e funzioni del Mobility manager

Attivare e diffondere interventi per promuovere l'utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Attivazione di un gruppo di lavoro per la stesura di linee guida sui contenuti di salute del PUT	Evidenza documentale	No	Sì		No	
Elaborazione di linee guida sui contenuti di salute del PUT	Evidenza documentale	No	No		Sì	
Progettazione di una campagna di promozione dell'uso delle cintura di sicurezza posteriori	Evidenza documentale	No	Sì		No	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: La relazione tra ambiente costruito e salute: *Interventi per la sicurezza domestica dei bambini e degli anziani*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.f.3

Breve descrizione dell'intervento programmato: (1) intervento multifattoriale di comunicazione/informazione associata ad visite domiciliari per valutazione e gestione del rischio per genitori nuovi nati; (2) intervento di comunicazione sul rischio erogata dagli operatori dei servizi educativi fascia 0-4 aa; (3) intervento di comunicazione sul rischio per ultrasessantacinquenni; (4) intervento di comunicazione sul rischio associata ad visite domiciliari per valutazione e gestione del rischio per ultrasessantacinquenni; (5) studio di mediazione culturale per migliorare gli interventi di comunicazione sul rischio per famiglie straniere.

Beneficiari: gestanti e genitori nuovi nati; famiglie straniere, famiglie con bambini 0-4 aa, ultrasessantacinquenni

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

Ridurre l'incidenza e la gravità degli incidenti domestici nella popolazione target

Migliorare la percezione del rischio e le relative capacità di gestione da parte della popolazione target

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
(1) n°accessi/n°genitori contattati per anno	Rilevazioni ad hoc	0	>30%		>30%	
(2) n°incontri per anno effettuati/ programmati	Rilevazioni ad hoc	0	>70%		>70%	
(3) n°incontri per anno effettuati/ programmati	Rilevazioni ad hoc	0	>70%		>70%	
(4) n°accessi per anno effettuati/ programmati	Rilevazioni ad hoc	0	>50%		>50%	
(5) n°incontri per anno effettuati/ programmati	Rilevazioni ad hoc	0	0		>75%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: La vigilanza e il controllo sui rischi presenti in ambienti di vita e di lavoro

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non ad agenti chimici, fisici e biologici

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.g

Breve descrizione dell'intervento programmato: Già da alcuni anni a livello regionale e nelle Aziende sanitarie sono stati compiuti significativi progressi nel ripensare le attività di valutazione preventiva e di vigilanza/controllo negli ambienti di vita e di lavoro alla luce di un nuovo contesto (semplificazione amministrativa) e di nuove consapevolezze (riorientamento su effettivi risultati in termini di protezione della salute). In particolare, si è progressivamente sviluppata la capacità nei DSP, pur in modo disomogeneo, di programmare l'attività di vigilanza/controllo secondo criteri di priorità e, per quanto riguarda la sicurezza sul lavoro, di sviluppare interventi secondo la logica dei "Piani mirati", ove dette attività vengono esercitate in modo coerente con le altre attività di prevenzione (l'informazione, l'assistenza, la formazione, ecc.). Con il presente progetto ci si propone di sostenere e rafforzare questa evoluzione delle attività di vigilanza e controllo dei DSP attraverso la costruzione di un nuovo Sistema Informativo sui luoghi di vita e di lavoro, il riorientamento delle attività di valutazione preventiva e di vigilanza/controllo alla luce delle modifiche del quadro normativo, la ridefinizione delle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo. Trasversalmente, a sostegno all'attuazione del presente progetto verranno attivate iniziative di formazione/aggiornamento degli operatori

Beneficiari: Operatori dei Dipartimenti di Sanità pubblica delle Aziende UsI

Obiettivi di salute (e/o di processo) perseguiti: Potenziare e ripensare l'attività di vigilanza/controllo ampliando la quota programmata direttamente dai Servizi secondo scelte di priorità basate sulla valutazione dei rischi; migliorarne l'efficacia attraverso la selezione di Buone Pratiche e la revisione dei processi interni; garantire che l'attività di vigilanza/controllo sia esercitata secondo metodologie/criteri tendenzialmente omogenei all'interno dei Servizi di Sanità Pubblica rispondendo a standard qualitativi riconosciuti.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Nuovo Sistema Informativo sui luoghi di vita e di lavoro: progettazione e costruzione del software sperimentale	Evidenza documentale		Si		Si	
Diffusione di linee guida regionali per le AUsl sulle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo negli ambienti di vita e di lavoro	Evidenza documentale		No		Si	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Le emergenze di Sanità Pubblica

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): si collega a 2.4 (malattie infettive con vaccini), 2.6 (malattie infettive senza vaccini), 2.7 (Patologie da agenti chimici, fisici e biologici), 2.8 (malattie da alimenti)

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.3.h

Breve descrizione dell'intervento programmato: Risulta oggi ben presidiata la gestione delle emergenze di tipo infettivo, a prevalente caratterizzazione sanitaria; più critica risulta la partecipazione dei DSP nella preparazione e nella gestione di emergenze "complesse", dove cioè operano più Enti con il coordinamento delle Prefetture. Per superare tali criticità ci si propone di:

- pervenire a una stabilizzazione definitiva del Centro di riferimento regionale per le emergenze microbiologiche (CRREM);
- procedere a un miglioramento qualitativo di alcune procedure del Sistema di segnalazione rapida "Alert" e di sperimentare sistemi di sorveglianza sindromica in ambiti territoriali definiti su fattori di rischio ambientali o microbiologici;
- Costruire competenze tecnico-specialistiche all'interno dei DSP per la gestione delle emergenze, con particolare riferimento alla valutazione dei rischi per esposizioni di tipo fisico-chimico e attivare iniziative di formazione rivolte ai MMG/PLS/Medici di PS o altri reparti sulle sorveglianze attivate, per migliorare la loro adesione alla segnalazione dei casi o cluster riferibili a emergenze microbiologiche o ambientali.

Beneficiari: Operatori del SSR, di ARPA e di altri Enti/Istituzioni regionali

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

Migliorare aspetti organizzativo-strutturale del sistema regionale e sviluppare competenze tecnico-specialistiche dei Dipartimenti su alcune tipologie di emergenza

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Stabilizzazione definitiva del CRREM	Evidenza documentale		SI		SI	
Costruzione di competenze tecnico specialistiche: numero eventi formativi attuati/programmati	Evidenza documentale		≥40%		≥80%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi di screening oncologici: *Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 3.1 Tumori e screening.

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.a.1

Breve descrizione dell'intervento programmato: L'intervento si rivolge alle donne, domiciliate e residenti, sul territorio della Regione Emilia-Romagna, comprese fra i 45 ed i 49 anni con proposta attiva di mammografia annuale, e fra i 50-74 anni con proposta attiva di mammografia biennale: la proposta attiva prevede l'invito con appuntamento prefissato e sollecito in caso di non adesione al primo invito.

Beneficiari: Donne di età 45-74 aa.

Obiettivi di salute (e/o di processo) perseguiti:
Ridurre la mortalità per carcinoma della mammella

INDICATORI fascia di età 50-69 anni	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Estensione effettiva inviti	Report annuale ONS	100%	≥ 95%		≥ 95%	
Adesione all'invito corretta	Report annuale ONS	73%	≥ 75%		≥ 75%	

INDICATORI fascia di età 45-49 anni	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Estensione effettiva inviti	Report annuale ONS	non attivo	≥ 75%		≥ 95%	
Adesione all'invito corretta	Report annuale ONS	non attivo	≥ 60%		≥ 65%	

INDICATORI fascia di età 70-74 anni	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Estensione effettiva inviti	Report annuale ONS	non attivo	≥95%		≥95%	
Adesione all'invito corretta	Report annuale ONS	non attivo	≥ 65%		≥70%	

Nota: i dati si riferiscono sempre all'attività dell'anno precedente a quello indicato.

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi di screening oncologici: *Screening per la diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del collo dell'utero*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 3.1 Tumori e screening.

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.a.2

Breve descrizione dell'intervento programmato: L'intervento si rivolge alle donne, domiciliate e residenti sul territorio della Regione Emilia-Romagna, comprese fra i 25 ed i 64 anni con proposta attiva su invito di pap-test triennale e DNA-HPV test di triage nei casi positivi previsti dal protocollo.

Beneficiari: Donne di età 25-64 aa.

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

Ridurre l'incidenza dei tumori della cervice uterina

Ridurre le disuguaglianze in riferimento all'adesione all'invito

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Estensione inviti effettiva corretta	Report annuale ONS	100%	≥ 95%		≥ 95%	
Adesione all'invito corretta	Report annuale ONS	62%	≥ 60%		≥ 60%	

Nota: i dati si riferiscono sempre all'attività dell'anno precedente a quello indicato.

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi di screening oncologici: *Screening per la diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del colon-retto*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 3.1 Tumori e screening.

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.a.3

Breve descrizione dell'intervento programmato: L'intervento si rivolge a donne e uomini, domiciliati e residenti sul territorio della Regione Emilia-Romagna, compresi fra i 50 ed i 69 anni, con proposta attiva biennale di test immunologico su unico campione (con cut-off a 100 ng/ml) per la ricerca del sangue occulto nelle feci; proposta attiva di colonscopia in caso di positività del test.

Beneficiari: Domiciliati e residenti di età 50-69 aa.

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

Ridurre l'incidenza dei tumori del colon-retto

Ridurre le disuguaglianze in riferimento all'adesione all'invito

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Estensione inviti effettiva	Report annuale ONS	90%	≥ 95%		≥ 95%	
Adesione all'invito corretta	Report annuale ONS	52%	≥ 52%		≥ 55%	

Nota: i dati si riferiscono sempre all'attività dell'anno precedente a quello indicato.

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi per la prevenzione delle malattie croniche: *La prescrizione dell'attività fisica*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 3.2 (Malattie cardiovascolari), 3.3 (Diabete), 3.5 (malattie osteoarticolari), 3.8 (malattie neurologiche)

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.b.1

Breve descrizione dell'intervento programmato: Esistono molte evidenze sull'efficacia dell'esercizio fisico nelle diverse condizioni patologiche, ed esistono esperienze riguardanti l'uso corretto di questo nuovo strumento nella pratica clinica. La sua introduzione nella pratica clinica richiede tuttavia di approntare concrete modalità organizzative all'interno delle quali possano avvenire sia la prescrizione di attività fisica, personalizzata sulle caratteristiche del singolo, sia la sua somministrazione, attraverso percorsi che garantiscano il raggiungimento e il mantenimento nel tempo dei livelli di attività prescritta. La Regione Emilia-Romagna intende ora intervenire con programmi di prescrizione dell'attività fisica a persone che presentino problemi di salute per i quali questo trattamento è di dimostrata efficacia (patologie sensibili), costruendo a tal fine percorsi assistenziali integrati, secondo il modello sotto descritto, al cui interno i Nuclei delle Cure Primarie e i Centri di Medicina dello sport delle AUsl svolgono un ruolo centrale. Il progetto è finalizzato a sperimentare modalità innovative di presa in carico di problemi di salute largamente diffusi nella popolazione.

Beneficiari: Persone con patologie cardiovascolari, dismetaboliche, neurologiche o dell'apparato locomotore, e persone con fattori di rischio per l'insorgenza di tali malattie

Obiettivi di salute (e/o di processo) perseguiti: Costruzione di un modello organizzativo per la prescrizione dell'attività fisica, coinvolgendo i MMG/PLS, i medici dello sport operanti presso i servizi di Medicina dello sport delle AUsl e gli specialisti di riferimento per le diverse patologie sensibili all'esercizio fisico.

Sviluppo sul territorio di occasioni e strutture per la "somministrazione" dell'attività fisica, in situazioni organizzate o in strutture specificamente attrezzate, contraddistinte da una buona gestione complessiva, facilmente accessibili e con modalità tali da assicurare una elevata compliance al percorso proposto;

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero di AUsl in cui si attiva il percorso di prescrizione e somministrazione dell'attività fisica	Evidenza documentale		≥4		≥4	
programmi di formazione per MMG, operatori dei servizi di Medicina dello sport e di altri servizi, e per laureati in Scienze Motorie: eventi attuati/programmati	Evidenza documentale		≥80%		≥80%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi per la prevenzione delle malattie croniche: *La prevenzione dell'obesità*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 3.2 Malattie cardiovascolari e 3.3 Diabete in raccordo anche con 2.9 prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate.

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.b.2

Breve descrizione dell'intervento programmato: Per la complessità delle cause, per la variabilità del grado di severità e soprattutto per le implicazioni che comporta sulla salute, gli interventi preventivi per l'obesità incidono sulle modalità organizzative dei servizi sanitari che devono configurarsi come servizi di rete, secondo i principi di integrazione, della multidisciplinarietà e della interazione tra i diversi tipi di intervento. Attraverso la creazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare si realizzerà il censimento dei percorsi già esistenti e strutturati di presa in carico del bambino obeso al fine di definire un modello organizzativo omogeneo applicabile a livello regionale basato sulle sinergie e le collaborazioni tra tutti i professionisti coinvolti. Al termine dell'intervento sarà disponibile un modello organizzativo che definisca criteri per la presa in carico del bambino obeso.

Beneficiari: bambini sotto sei anni di età

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

Definire un modello organizzativo che, a partire dalla rete dei percorsi già esistenti e strutturati, rafforzi le sinergie e collaborazioni tra tutti gli attori che giocano un ruolo rispetto alla promozione della salute complessiva dei bambini

Attivare un sistema di sorveglianza sullo stato nutrizionale nei bambini sotto sei anni di età

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Censimento e valutazione delle esperienze già esistenti	Evidenza documentale	No	Sì		No	
Definizione criteri per la presa in carico del bambino obeso	Evidenza documentale	No	No		Sì	
Stesura protocollo per sistema di sorveglianza e avvio sperimentale	Evidenza documentale	No	No		Sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi per la prevenzione delle malattie croniche: *La prevenzione delle malattie cardiovascolari*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 3.2 Malattie cardiovascolari

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.b.3

Breve descrizione dell'intervento programmato: Si prolungherà il progetto attivato con il precedente PRP attraverso l'estensione dell'adozione della lettera di dimissione standard ad unità operative ospedaliere altre dalla cardiologia e facilitandone l'utilizzo con una gestione informatizzata. Verranno sperimentate, in determinati contesti organizzativi più favorevoli (NCP/Case della salute) iniziative di attività di counseling strutturata e monitorata, attraverso la ricerca attiva di dimessi dopo eventi cardiovascolari acuti (IMA/SCA) con il supporto anche di materiale divulgativo/informativo appositamente prodotto con la finalità di promuovere stili di vita e comportamenti favorevoli al mantenimento o al recupero dello stato di salute dopo un evento acuto cardiovascolare. verrà attivato uno stretto collegamento tra il Progetto sul Profilo dei Nuclei di cure primarie (NCP) e il presente progetto, per monitorare, nel paziente dimesso da un ricovero per IMA, il trattamento farmacologico e i controlli periodici del paziente, attraverso l'utilizzo di alcuni indicatori di processo relativi alla gestione, da parte del medico di medicina generale, del percorso assistenziale per le patologie croniche.

Beneficiari: professionisti dei Servizi regionali coinvolti, gli specialisti cardiologi, gli Infermieri, i Medici di Medicina Generale (NCP), i Dipartimenti delle cure primarie, i Dipartimenti di sanità pubblica

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

Proseguire e qualificare ulteriormente il processo avviato, attraverso l'utilizzo della lettera di dimissione secondo il format regionale, ampliandone l'adozione a unità operative altre dalla cardiologia (es. medicina interna, geriatria, ecc) e attraverso una sua gestione informatizzata (rete SOLE),

Sviluppare le attività di counselling, per migliorare l'informazione fornita al paziente e ai familiari (care-givers), l'adozione e il mantenimento nel tempo di stili di vita favorevoli alla conservazione o al recupero della salute.

Monitorare nei pazienti dimessi per IMA il trattamento farmacologico e i controlli periodici

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
numero di punti che in ogni Azienda fanno offerta attiva di counselling in ogni AUSL	Rilevazione ad hoc	0	0		≥1	
predisposizione dei documenti/materiali informativi a supporto del counselling	Evidenza documentale	No	Sì		Sì	
Predisposizione indicatori di qualità sul trattamento nei pazienti post-IMA	Evidenza documentale	No	Sì		Sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: I programmi per la prevenzione delle malattie croniche: *La prevenzione delle complicanze del diabete*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 3.3 Diabete

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.b.4

Breve descrizione dell'intervento programmato: il progetto si prefigge di migliorare la qualità dell'assistenza al paziente con diabete, consolidando la gestione integrata del paziente e promuovendo modalità di assistenza basate sulla medicina di iniziativa e sul chronic care model, con il coinvolgimento attivo del paziente.

Con questa finalità si intende anche migliorare il sistema di comunicazione e di gestione delle informazioni tra i diversi attori della rete e consolidare il sistema informativo.

Per i pazienti in età pediatrica con diabete di tipo 1 è previsto uno specifico progetto con istituzione di un registro regionale e l'avvio di un confronto tra i professionisti ospedalieri e territoriali coinvolti per identificare indicatori di qualità per valutare i livelli assistenziali dei bambini nelle diverse aziende sanitarie della regione.

Beneficiari: Adulti con diabete di tipo 2 in gestione integrata e in carico alle strutture diabetologiche; Bambini (0-14 anni) con diabete di tipo 1; Operatori dei servizi ospedalieri e territoriali delle aziende sanitarie; Associazioni dei pazienti diabetici

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

migliorare ulteriormente la diagnosi precoce, aumentare l'adesione alla terapia e ai controlli periodici da parte del paziente; promuovere esperienze di audit; monitorare le principali complicanze per verificare i percorsi diagnostico-terapeutici e di accesso attuati nelle diverse aziende sanitarie, sviluppare gli interventi di educazione terapeutica in ambito specialistico e territoriale.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Ridefinizione della reportistica sugli indicatori di processo e di esito rilevati dalle aziende sanitarie e dei profili di assistenza e costi del diabete ricavati dai flussi informativi regionali	Evidenza documentale	No	No		Sì	
N.ro registri della patologia diabetica negli adulti aziendali/provinciali attivati	Evidenza documentale	4/11	6/11		11/11	
N.ro di AUSL in cui si effettuano interventi di educazione terapeutica	Rilevazione ad hoc	non rilevato			≥ 6/11	
% di pazienti con diabete che accedono a percorsi infermieristici	Rilevazione ad hoc	non rilevato			≥ 40%	
Stato di avanzamento della costruzione del registro regionale diabete di tipo 1 0-14 aa	Evidenza documentale	No	No		Sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Promozione di screening pediatrici per la diagnosi precoce di malattie invalidanti:
Ampliamento dello screening neonatale per le malattie metaboliche ereditarie

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): Progetto specifico della Regione Emilia-Romagna in possibile collegamento con 3.8 Malattie neurologiche (diagnosi precoce)

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.c.1

Breve descrizione dell'intervento programmato: il progetto si prefigge di eseguire su tutti i bambini nati nei 35 Punti Nascita della Regione uno screening neonatale allargato attraverso la raccolta su carta bibula di una goccia di sangue dal tallone nei primi giorni di vita e esecuzione degli accertamenti analitici con metodica LC/MS/MS presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, dotata di uno strumento "Tandem Mass" in grado di garantire l'effettuazione dello screening per bacini di utenza di 50.000 nuovi nati, coprendo quindi interamente le necessità regionali. Ci si propone altresì di costruire percorsi di continuità assistenziale per seguire il neonato e la sua famiglia fin dal momento della diagnosi, così da soddisfare tutti i bisogni legati a patologie complesse e multidisciplinari.

Beneficiari: tutti i bambini nati nei 35 Punti Nascita della Regione

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

Diagnosticare tempestivamente le malattie metaboliche ereditarie inserite nel panel e di curare i bambini all'interno di reti assistenziali specifiche, migliorandone notevolmente la qualità di vita

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Formazione del personale sanitario e tecnico:eventi svolti/programmati	Evidenza documentale		100%		100%	
Esecuzione test sui nati nei Punti nascita	Evidenza documentale		100%		100%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Promozione di screening pediatrici per la diagnosi precoce di malattie invalidanti:
Avvio dello screening uditivo neonatale

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 3.10 Ipoacusia e sordità

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.c.2

Breve descrizione dell'intervento programmato: il progetto si prefigge di adottare un modello di screening universale a tre stadi per migliorare sensibilmente la specificità e di mettere a punto protocolli distinti a seconda che si tratti di neonati a basso rischio, neonati a alto rischio (ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale), neonati a rischio di difetto uditivo evolutivo o ad insorgenza tardiva.

I soggetti positivi allo screening verranno sottoposti a valutazione audiologica effettuata da professionisti con specifiche competenze nel campo dell'ipoacusia infantile entro il 3° mese di vita e parallelamente si svilupperanno interventi di supporto alle famiglie sia durante l'iter diagnostico (controllo dell'ansietà derivante dalla positività al test di screening), sia una volta posta diagnosi di perdita congenita dell'udito

Beneficiari: tutti i bambini nati nei 35 Punti Nascita della Regione

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

Effettuare il più precocemente possibile (entro i primi mesi di vita) la diagnosi di difetto uditivo (in fase preverbale), per evitare che si instaurino le conseguenze negative che la ipoacusia non trattata avrebbe sullo sviluppo del bambino

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Individuazione rete organizzativa aziendale	Evidenza documentale	No	Sì		No	
Effettuazione screening sui nati	Flusso informativo aziendale				≥95%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Promozione del benessere e prevenzione del disagio negli adolescenti e nei giovani: *Integrazione di sistemi informativi su infanzia e adolescenza*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): Specifico della Regione Emilia-Romagna in collegamento con 2.9 "Prevenzione e sorveglianza di abitudini..."

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.d.1

Breve descrizione dell'intervento programmato: È in fase di realizzazione il sistema informativo della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione Emilia-Romagna (SINPIAER), nell'ambito dei flussi sanitari del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna. Il flusso di dati è strutturato su 5 sezioni (anagrafica e rapporti con il servizio, processo clinico-assistenziale, diagnosi, prodotti, prestazioni). Altri dati utili possono essere dedotti dai sistemi informativi della Psichiatria (SISM), dei Sert (SistER) e dei servizi sociali territoriali per l'assistenza e tutela dei minori (SISAM). SISAM è il sistema informativo promosso dalla Regione Emilia-Romagna che permette di disporre dei dati individuali informatizzati relativi al minore in carico, con informazioni sulla famiglia d'origine, sulla motivazione e durata della presa in carico, sugli interventi erogati e gli eventuali provvedimenti dell'autorità giudiziaria, sulle risorse attivabili (coppie affidatarie e presidi socio-assistenziali) e sui percorsi svolti dalle coppie adottive (a loro volta sia utenti sia risorse)¹. Attraverso l'identificativo personale numerico anonimo (prog_paz) attribuito ad ogni utente della NPIA (Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza) (o dei DSM-DP) e dei Servizi sociali minori, sarà possibile integrare le informazioni utili alla programmazione regionale

Beneficiari: Decisori politici e sistema dei servizi territoriali

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

Disporre dei dati individuali informatizzati relativi al minore in carico (a partire da marzo 2011 su dati 2010), con informazioni sulla famiglia d'origine, sulla motivazione e durata della presa in carico anche al fine di integrare le informazioni utili alla programmazione regionale per misurare, in alcuni ambiti territoriali, la quota di utenti in carico ad entrambi i servizi (neuropsich. e servizi sociali).

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Modifica sistemi gestionali locali delle NPIA	Evidenza documentale	NO	SI		SI	
Connessione in via sperimentale tra le banche dati dei s.i. SINPIAER E SISAM.	Evidenza documentale	NO	SI		SI	

¹ Sisam è anche il debito informativo (*cd tracciato record*), che la Regione ha stabilito verso gli enti gestori che utilizzano un sistema informativo diverso dal gestionale regionale. La circolare sul tracciato record prevede che ogni ente gestore invii periodicamente in Regione un file contenente i dati di un determinato periodo, i quali, importati tramite la nuova funzione Sisam-import, andranno ad integrare quelli già disponibili tramite il sistema gestionale.

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: *Promozione del benessere in adolescenza*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): Specifico della Regione Emilia-Romagna in collegamento con 2.9 "Prevenzione e sorveglianza di abitudini..." e 3.7 "Disturbi psichiatrici"

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.d.2

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Realizzazione in tutte le Zone distrettuali di un tavolo tematico che si occupi di infanzia, adolescenza e giovani, che favorisca la partecipazione di tutte le organizzazioni interessate (Comuni, Istituzioni scolastiche, Enti di formazione professionale, Servizi sociali e sanitari, Servizi per l'impiego, privato sociale e associazionismo, ecc...), definendo in modo chiaro obiettivi, tempi, modalità di incontro e rappresentati/referenti designati.

Promozione di iniziative rivolte a genitori di ragazzi delle scuole secondarie, offrire spazi di incontro e riflessione sulle proprie difficoltà unitamente alle abilità genitoriali anche con l'aiuto di esperti

Beneficiari: adolescenti, genitori, insegnanti, operatori extrascolastici

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

Applicazione delle indicazioni contenute nel documento sul benessere in adolescenza, del "Programma regionale per la promozione e tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità".

Favorire l'azione educativa di genitori, insegnanti, operatori extrascolastici attraverso azioni mirate a rafforzarne le forme di collaborazione e competenze comunicative, sociali e relazionali.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Percentuale di distretti con almeno 1 progetto integrato nei Piani di zona	Rilevazione ad hoc	70%	≥75%		≥80%	
Percentuale di distretti con almeno 1 progetto di sostegno alla genitorialità per adolescenti nei Piani di zona	Rilevazione ad hoc	70%	≥75%		≥80%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Promozione del benessere e prevenzione del disagio negli adolescenti e nei giovani: *Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 3.7 Disturbi psichiatrici

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.d.3

Breve descrizione dell'intervento programmato: L'eziologia complessa dei DCA rende difficile istituire appropriati programmi di prevenzione. Fino ad oggi spesso gli interventi si sono svolti in un'unica direzione come per esempio quella di porre l'attenzione solo sul controllo del cibo, con inutili campagne di educazione alimentare. Occorre piuttosto offrire agli adolescenti una comunità adulta responsabile e coerente che li affianca, sostiene e accompagna nella costruzione di una prospettiva di vita. Ciò comporta lavorare per rinsaldare i legami sociali, offrire opportunità agli adolescenti (formative, culturali, lavorative, ecc.) e valorizzarli come risorsa della comunità. Il presente progetto si propone quindi di organizzare azioni mirate a rafforzare le forme di collaborazione e competenze comunicative, sociali e relazionali in genitori, insegnanti, operatori extrascolastici, promuovendo inoltre spazi di incontro e riflessione sulle proprie difficoltà unitamente alle abilità genitoriali anche con l'aiuto di esperti.

Parallelamente si promuoverà la realizzazione di un tavolo tematico che si occupi di infanzia, adolescenza e giovani, che favorisca la partecipazione di tutte le organizzazioni interessate (Comuni, Istituzioni scolastiche, Enti di formazione professionale, Servizi sociali e sanitari, Servizi per l'impiego, privato sociale e associazionismo, ecc...), e si studieranno, in collaborazione con MMG e PLS, interventi e strumenti per l'individuazione e diagnosi precoce dei fattori di rischio per il Disturbo della Immagine Corporea e DCA in età evolutiva. Il modello di intervento così definito troverà traduzione operativa in specifici contesti territoriali.

Beneficiari: Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), genitori, educatori, insegnanti, associazioni privato-sociale, servizio sociale e sanitario (DCP, DSP).

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

- Implementare e migliorare lo stile di lavoro integrato con strumenti formativi di comprovata efficacia, fra servizi sociali, educativi, scolastici, formativi, sanitari (DCP, DSP), ricreativi e associazioni utenti e familiari DCA
- Favorire l'azione educativa di genitori, insegnanti, operatori extrascolastici
- Attivare e diffondere con MMG ed PLS interventi e strumenti per l'individuazione e diagnosi precoce dei fattori di rischio per il Disturbo della Immagine Corporea e DCA in età evolutiva

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Costituzione del tavolo interistituzionale in tutte le province	Evidenza documentale		Sì			
Presenza di almeno 1 progetto nei Piani di zona in ogni Distretto	Evidenza documentale		Sì			
N.ro distretti in cui si ha l'attuazione dei progetti previsti nei Piani di zona					≥ 60%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Promozione del benessere e prevenzione del disagio negli adolescenti e nei giovani: *Prevenzione del malessere psicologico-sociale negli adolescenti adottati e prevenzione dei fallimenti adottivi*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): Specifico della Regione Emilia-Romagna in collegamento con 2.9 “Prevenzione e sorveglianza di abitudini...” e 3.7 “Disturbi psichiatrici”

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.d.4

Breve descrizione dell'intervento programmato: Attraverso l'utilizzo, analisi e implementazione della banca dati della neuropsichiatria infantile (vedi progetto 2.4.d.1) sarà possibile ottenere una prima conoscenza in termini quali-quantitativi delle problematiche potenziali nella popolazione degli adottati adolescenti e pre-adolescenti in Emilia-Romagna, sia relativamente all'adozione nazionale che internazionale. Rilevazione di tutti i casi di minori adottati che accedono ai servizi di neuropsichiatria infantile (diagnosi, anamnesi personale e familiare, etc.). Attraverso l'attivazione di percorsi integrati tra servizi sociali e sanitari basati su comunicazione e formazione congiunta tra equipe adozioni e professionisti del sistema sanitario verrà effettuata una presa in carico adeguata dei ragazzi (pediatria di base, servizio di psicologia, neuropsichiatria, sert, consultori giovani ecc.), anche in raccordo con la realtà scolastica e attraverso la formalizzazione di protocolli operativi.

Beneficiari: sistema dei servizi tutela minori e di neuropsichiatria infantile, adolescenti adottati e loro famiglie.

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

Migliorare la conoscenza del fenomeno delle crisi adottive e dei fallimenti adottivi al fine di individuare e validare i fattori di rischio e protezione.

Migliorare la presa in carico e cura per la prevenzione e per il trattamento delle crisi adottive.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Report per valutazione quali-quantitativa di minori adottati	Evidenza documentale		sì		sì	
Protocolli di collaborazione condivisi tra servizi sociali e sanitari, almeno uno in ogni asl	Evidenza documentale		no		sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: La promozione del benessere e la prevenzione del disagio negli adolescenti e nei giovani: *La prevenzione di comportamenti sessuali a rischio negli adolescenti stranieri*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): Specifico della Regione Emilia-Romagna, in collegamento con 2.9 "Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, ecc...."

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.4.d 5

Breve descrizione dell'intervento programmato: Attraverso una ricerca intervento, condotta sperimentalmente in almeno una AUsl, si cercherà di conoscere il fenomeno dei comportamenti a rischio e "sani" in adolescenza in un campione di giovani stranieri a confronto con italiani, con particolare attenzione alla sessualità. Attraverso l'analisi dei bisogni, si produrranno indicazioni metodologiche ed indicatori per interventi efficaci rivolti agli adolescenti stranieri da sperimentare sul territorio. A tale proposito sarà necessario formare gli operatori per aumentare le loro conoscenze sulle problematiche degli adolescenti stranieri. Si cercherà infine di potenziare l'accesso allo Spazio Giovani degli adolescenti stranieri per comportamenti preventivi nel campo della sessualità anche favorendo la messa in rete di servizi.

Beneficiari: Cittadini di età 14-20 aa, di nazionalità straniera che frequentano corsi di formazione professionale, scuole di primo e di secondo grado e/o inseriti in gruppi informali, gruppi appartamento e centri socio-educativi.

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

Aumentare le conoscenze su comportamenti e bisogni degli adolescenti stranieri nel campo della sessualità per individuare e mettere in atto migliori strategie di accoglienza.

Aumentare l'accesso allo Spazio Giovani da parte degli adolescenti stranieri per comportamenti preventivi nel campo della sessualità al fine di aumentare il numero di richieste di contraccezione nelle adolescenti straniere e ridurre il numero di interruzioni volontarie di gravidanza nelle adolescenti straniere.

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Progettazione e realizzazione ricerca-intervento (coinvolti almeno 200 stranieri e 200 italiani) con elaborazione di report	Evidenza documentale				Si	
N. di operatori coinvolti dalla formazione sul target stimato in 400 soggetti	Rilevazione ad hoc	No	≥ 10%		≥ 25%	
consulenze contraccezione presso Spazi Giovani: n.ro a stranieri/n.ro tot	Flusso corrente regionale	10%	≥ 10%		≥ 15%	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano: *Sviluppo di sistemi di sorveglianza sulla fragilità*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.5.a.1

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Partecipazione alla messa a regime e alla realizzazione del sistema di sorveglianza nazionale sulla popolazione >64enne "Passi d'Argento", estendendo la rilevazione dei dati al 100% delle AUSL della Regione. Definizione condivisa a livello regionale di modelli predittivi di fragilità, valorizzando le esperienze, anche sperimentali, fatte nell'ambito regionale negli anni successivi all'attuazione della DGR 1206/2007 e comunque entro il 31/2/2011. Diffusione in almeno il 50% dei Distretti di sistemi di sorveglianza locali integrati tra Comuni, NCP e soggetti della società civile, con funzioni di coordinamento ed impulso da parte della Regione.

Beneficiari: anziani fragili

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

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Realizzazione e messa a regime del sistema di sorveglianza "Passi d'Argento" con rappresentatività a livello di AUSL	Evidenza documentale	Campione regionale	No		Sì	
Definizione di modelli predittivi di fragilità	Evidenza documentale		No		Sì	

Scheda di valutazione

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano: *Contrasto all'isolamento dell'anziano con particolare riferimento alla costruzione di reti sociali di sostegno e di vicinato*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.5.a.2

Breve descrizione dell'intervento programmato: Si attuerà, entro il 31/12/2011 un censimento delle iniziative di contrasto all'isolamento e alla solitudine, in almeno il 70% dei distretti regionali al fine di individuare e selezionare le buone pratiche che verranno avviate e/o portate avanti entro il 31/12/2012 in almeno il 70% dei distretti per quanto riguarda gli interventi volti alla costruzione di reti sociali di sostegno e vicinato.

In almeno il 50% dei distretti regionali ci si propone di implementare sistemi di sorveglianza integrati tra Comuni, Nuclei di cure primarie e soggetti della società civile.

Beneficiari: Popolazione ≥ 75 aa

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

Promuovere l'attuazione delle buone pratiche previa individuazione e selezione tra le iniziative in corso

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N.ro distretti in cui si ha mappatura e selezione delle buone pratiche	Evidenza documentale	0%	$\geq 70\%$		0%	
N.ro distretti in cui si ha avvio/prosecuzione delle buone pratiche	Evidenza documentale	0%	0%		$\geq 70\%$	
N.ro distretti in cui si ha l'implementazione di sistemi di sorveglianza integrati	Evidenza documentale	0%	0%		$\geq 50\%$	

Scheda di valutazione -

Regione Emilia-Romagna

Titolo: Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano: *Prevenzione dei traumi dell'anziano*

Identificativo di linea (da Tab. 1 PNP): 4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Identificativo del progetto nel piano operativo regionale: 2.5.a.3

Breve descrizione dell'intervento programmato: La prevenzione dei traumi nella popolazione anziana, con particolare riferimento alle cadute, si realizza attraverso le sinergie di numerosi soggetti che, nei diversi ambiti di vita dell'anziano (l'ambiente esterno, il domicilio, i servizi e le strutture) interagiscono. Il presente progetto si propone di operare per il mantenimento e potenziamento delle abilità residue attraverso la somministrazione di attività fisica sia nelle strutture, sia a domicilio previa selezione della popolazione target. Nelle strutture residenziali e semiresidenziali si opererà inoltre per il miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione della vita e delle cure.

Beneficiari:

Anziani fragili

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

Riduzione del rischio di traumi da caduta nell'anziano

INDICATORI	FONTE VERIFICA	VALORE AL 31.12.10	VALORE AL 31.12.11		VALORE AL 31.12.12	
			Atteso	Osse rvato	Atteso	Osserv ato
N.ro di servizi in Regione in cui si adotta il sistema di monitoraggio cadute	Evidenza documentale		Almeno 18 res. e 9 centri diurni			
N.ro di servizi per Provincia in cui si adotta il sistema di monitoraggio cadute	Evidenza documentale				Almeno 2 res. e 1 centro diurno	
N.ro di servizi in Regione in cui si avviano interventi sui Piani assistenziali individualizzati (PAI)	Evidenza documentale		Almeno 18 res. e 9 centri diurni			
N.ro di servizi per Provincia in cui si avviano interventi sui Piani assistenziali individualizzati (PAI)	Evidenza documentale				Almeno 2 res. e 1 centro diurno	
N.ro distretti in cui si ha l'1% di anziani arruolati su eligibili al domicilio	Evidenza documentale	0,5% in 6 distretti	50%		70%	

Allegato B

Delibera di Giunta Regionale
n. 2071 del 27 dicembre 2010

"Approvazione del Piano regionale
della Prevenzione per il triennio
2010 - 2012"

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 27 **del mese di** Dicembre
dell' anno 2010 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Saliera Simonetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Bortolazzi Donatella	Assessore
4) Gazzolo Paola	Assessore
5) Lusenti Carlo	Assessore
6) Marzocchi Teresa	Assessore
7) Melucci Maurizio	Assessore
8) Mezzetti Massimo	Assessore
9) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
10) Peri Alfredo	Assessore
11) Rabboni Tiberio	Assessore

Presiede la Vicepresidente Saliera Simonetta
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: APPROVAZIONE DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE PER IL TRIENNIO 2010 - 2012

Cod.documento GPG/2010/2326

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che:

- in data 29 aprile 2010, con repertorio n. 63/CSR è stata stipulata un'intesa - in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano - ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012;
- tale intesa nell'approvare il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, stabilisce che le Regioni si impegnano ad adottare, entro il 30 settembre 2010, il proprio Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale, nonché a trasmettere annualmente alla Direzione operativa del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), idonea documentazione sulle attività svolte per consentire al medesimo Centro di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani regionali;

Dato atto che con intesa del 7 ottobre 2010, con repertorio n. 166/CSR è stato prorogato al 31 dicembre 2010 il termine per la predisposizione dei Piani regionali per la prevenzione da parte delle Regioni e Province autonome;

Dato inoltre atto che, ai sensi dell'intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 il Piano regionale della prevenzione 2010-2012 deve prevedere:

1. la continuità delle attività del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
2. lo sviluppo di ciascuna delle tre macro aree individuate dal Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 e, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale, fatta salva l'inclusione dell'intervento medesimo nei LEA o in altri atti di pianificazione nazionale o regionale;

3. la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano;

Evidenziato che il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, al cap. 6 "Modalità di stesura e adozione dei PRP - Modalità di monitoraggio e valutazione" prevede che il CCM proceda ad una prima attività di valutazione (propedeutica o ex-ante) dei Piani e dei programmi regionali, sotto il profilo della struttura e della valutabilità, basata sui criteri di pertinenza, coerenza interna, sostenibilità, oltre alla già citata valutazione annuale di processo dei Piani regionali della prevenzione;

Considerato che il Piano regionale della prevenzione 2005-2009 ha consentito di:

- consolidare buoni risultati in alcune linee di intervento, come i programmi di vaccinazione, gli screening oncologici e la tutela della salute e sicurezza sul lavoro, tanto che tali programmi sono ormai entrati nell'attività ordinaria delle Aziende sanitarie regionali e richiedono solo obiettivi di consolidamento e di aggiornamento;
- avviare o proseguire altri programmi, come quelli riguardanti la promozione della salute, la prevenzione degli incidenti stradali e domestici, la prevenzione delle malattie cardiovascolari e delle complicanze del diabete, rispetto ai quali il nuovo Piano deve individuare obiettivi di ulteriore sviluppo;
- individuare ulteriori linee di intervento che non hanno avuto sviluppo sistematico ma sono state oggetto di confronto o di sperimentazioni operative limitate, come il tema dei rapporti tra ambiente e salute, la prevenzione di altre malattie croniche, la prevenzione della disabilità, la prescrizione dell'attività fisica, che costituiscono i nuovi temi del Piano regionale 2010-2012, sui quali avviare programmi più sistematici e aggiornati;

Considerato che, attraverso la costituzione di appositi gruppi di lavoro e il coinvolgimento delle Aziende sanitarie della regione, dei Servizi della Direzione generale Sanità e Politiche sociali nonché dei Servizi appartenenti ad altre Direzioni generali di questa Regione interessati alle tematiche trattate, sono stati elaborati specifici programmi e progetti per ognuna delle macro aree contenute nel Piano nazionale della prevenzione e, in particolare:

- 1) la prevenzione universale, che si rivolge a tutta la popolazione e ha come obiettivo il controllo dei determinanti di malattia;
- 2) la prevenzione della popolazione a rischio, per individuare precocemente fattori di rischio e rimuoverli, per diagnosticare

precocemente le patologie al fine di assicurare una migliore aspettativa di vita e per individuare percorsi assistenziali e riabilitativi adeguati;

- 3) la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia, per promuovere percorsi che garantiscono la continuità della presa in carico di target particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, disabili;
- 4) la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani per cercare la fragilità o il difetto che conferiscono loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;

Considerato che il percorso di costruzione del Piano regionale della prevenzione 2010-2012 è iniziato con la predisposizione del Profilo di salute regionale, che costituisce la base conoscitiva dei bisogni di salute della popolazione per individuare i problemi prioritari su cui intervenire;

Dato atto che con nota del 7 giugno 2010, prot. PG/2010/148743 dell'Assessore alle Politiche per la Salute è stato individuato il dott. Pierluigi Macini, Responsabile del Servizio Sanità pubblica della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, quale coordinatore operativo delle attività finalizzate alla predisposizione del Piano regionale della prevenzione 2010-2012;

Rilevato che sulla base dei contenuti dell'intesa del 29 aprile 2010 e delle indicazioni pervenute dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità è stato elaborato il documento relativo al Piano regionale della prevenzione 2010-2012, così come risulta dall'allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Considerato che per la concreta realizzazione dei programmi previsti dal Piano regionale stesso occorre individuare il coordinatore per la realizzazione del Piano regionale della prevenzione 2010-2012 e, con appositi atti dei dirigenti competenti in materia, specifici gruppi di lavoro ed i relativi referenti per i principali programmi contenuti nel Piano medesimo;

Acquisito, inoltre, il parere favorevole della Commissione assembleare "Politiche per la salute e politiche sociali", espresso nella seduta del 21 dicembre 2010, trattenuto agli atti del sopracitato Servizio Sanità pubblica;

Vista la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 e successive modifiche;

Richiamate le proprie deliberazioni n. 1057/2006, n. 1663/2006, n. 1173/2009 e n. 1377/2010;

Richiamata inoltre la propria la deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti

conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

- 1) di approvare, per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate, il Piano regionale della prevenzione per il triennio 2010-2012, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
- 2) di individuare il dott. Pierluigi Macini quale coordinatore per la realizzazione del Piano regionale della prevenzione 2010-2012;
- 3) di demandare ad appositi atti dei dirigenti competenti in materia, l'individuazione di specifici gruppi di lavoro e dei relativi referenti per i principali programmi contenuti nel Piano medesimo;
- 4) di trasmettere il presente atto alla Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, per una valutazione propedeutica del Piano regionale della prevenzione 2010-2012, preliminare alla realizzazione del Piano stesso.

*Pubblicazioni a cura della Regione Emilia-Romagna nel settore
della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro*

Collana "CONTRIBUTI" Fondata da Alessandro Martignani

I volumi disponibili sono contrassegnati con (*)

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983.
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia*, Vignola, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna*, Correggio, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989.
23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989*, Langhirano, 1990.
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico*, Bologna, 1990.
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti*, Modena, 1990.
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Corso di formazione per i nuovi operatori*, Forlì, 1991.
27. *Il comparto delle resine poliesteri rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione*, Correggio, 1992.
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione*, Bologna, 1992.
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni*, Modena, 1992.
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna*, Ferrara, 1993.
31. *Salute e sicurezza nella scuola*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
33. *Il dipartimento di prevenzione*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.

34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età*, Carpi (MO), 1993.
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna*, Bologna, 1993.
36. *Salute e ambiente*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2*, Bologna, 1994.
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale*, Fidenza, 1994.
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna*, Rimini, 1994.
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative*, Ravenna, 1994.
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione interventi educativi*, Parma, 1995.
42. *I tumori in Emilia-Romagna*, Modena, 1997.
43. *I tumori in Emilia-Romagna - 2*, Ferrara, 2002
44. *Piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna – Intesa Stato-Regioni e Province Autonome - 23 marzo 2005*, Bologna 2006 (*)
45. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2005*, Bologna 2006 (*)
46. *I tumori in Emilia-Romagna - 3*, Ferrara 2006 (*)
47. *Valutazione dell'efficacia della formazione alla sicurezza nei lavoratori della Variante Autostradale di Valico (VAV)*. Bologna 2006 (*)
48. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2005*, Ravenna 2006 (*)
49. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione infantile* , Bologna 2006 (*)
50. *Verso una strategia di lotta integrata alla Zanzara Tigre – Atti del convegno*, Bologna 2007 (*)
51. *Il radon ambientale in Emilia-Romagna – Piacenza 2007*
52. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2006*, Bologna 2007 (*)
53. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2006*, Ravenna 2008 (*)
54. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2007*, Bologna 2008 (*)
55. *I tumori in Emilia-Romagna - 2004*, (disponibile solo on-line) Bologna 2009 (*)
56. *Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna* - Bologna, 2009
57. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, I risultati del sistema di sorveglianza 2008*, Bologna 2009 (*)
58. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione adolescenziale* , Bologna 2009 (*)
59. *Passi d'Argento - La qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più - Indagine 2009*, Bologna 2009 (*)
60. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2007*, Bologna 2010 (*)
61. *Incidenti stradali in Emilia-Romagna - Anni 1995 - 2007* Bologna 2010 (*)
62. *Linee guida per migliorare il comfort estivo delle strutture socio-sanitarie e socio-residenziali in Emilia-Romagna* Bologna 2010
63. *Il Profilo di Salute per il Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna* Bologna 2010