ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1243 DEL 26 GIUGNO 2015

Piano Regionale Prevenzione 2014 – 2018

del Friuli Venezia Giulia

INDICE

Capitolo 1	Pag. 3
Raccordo con i precedenti Piani Regionali di Prevenzione	Pag. 3
Capitolo 2	Pag. 5
Il Piano regionale Prevenzione 2014-2018	Pag. 5
La struttura del Piano	Pag. 5
I Sistemi di sorveglianza	Pag. 5
La vision, i principi, le priorità	Pag. 6
Vision	Pag. 6
Principi	Pag. 6
Priorità	Pag. 6
Il Piano Prevenzione nel sistema regionale, sanitario e non sanitario, e nel rapporto con la società	Pag. 7
Il processo organizzativo per la stesura e realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione in Friuli Venezia Giulia	Pag. 9
Il Profilo di salute e monitoraggio delle disuguaglianze	Pag. 11
I "costi e benefici economici" della prevenzione	Pag. 12
Capitolo 3	Pag. 13
I programmi del Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 della regione Friuli Venezia Giulia	Pag. 13
Programma I: "Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici"	Pag. 16
Programma II: "Gli Screening in regione Friuli Venezia Giulia"	Pag. 31
Programma III: "Salute e sicurezza nelle scuole"	Pag. 41
Programma IV: "Prevenzione delle dipendenze"	Pag. 50
Programma V: "Promozione dell'attività fisica"	Pag. 54
Programma VI "Prevenzione degli incidenti stradali"	Pag. 60
Programma VII: "Prevenzione degli incidenti domestici"	Pag. 65
Programma VIII: "Miglioramento della qualità nelle attività del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo"	Pag. 72
Programma IX: "Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti indicati dal PNP come a maggior rischio"	Pag. 83
Programma X: "Emersione e prevenzione delle malattie professionali in FVG e promozione della salute nei luoghi di lavoro"	Pag. 87
Programma XI "Miglioramento dei Sistemi informativi e di sorveglianza"	Pag. 97
Programma XII " Ambiente e salute: facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello "Salute in tutte le politiche""	Pag. 104
Programma XIII " Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive"	Pag. 119
Programma XIV: "Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze"	Pag. 136
Programma XV: "Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile"	Pag. 144
Programma XVI: "Prevenzione del randagismo"	Pag. 154

ALLEGATO: Stato di salute della popolazione del Friuli Venezia Giulia – anno 2015

Cap. 1

Raccordo con i precedenti Piani Regionali di Prevenzione

Il Piano regionale della prevenzione (PRP), adottato per il triennio 2005-2007 e poi prorogato agli anni 2008 e 2009, ha rappresentato un passaggio importante in quanto per la prima volta la prevenzione ha trovato uno spazio specifico (e visibilità) nella programmazione sanitaria regionale, maggiore e più strutturato rispetto alle indicazioni annualmente fornite alle aziende sanitarie per lo sviluppo delle attività. Conteneva linee operative relative a rischio cardiovascolare, recidive degli accidenti cardiovascolari, complicanze del diabete, obesità, screening oncologici, vaccinazioni, incidenti stradali, infortuni sul lavoro e incidenti domestici, poi integrate con obiettivi inerenti la medicina predittiva e la riabilitazione nel PRP 2010-2012 (prorogato al 2013).
Attraverso il PRP 2005-2007 per la prima volta, inoltre, è stata affrontata la sfida dell'intersettorialità, in particolare per il contrasto all'obesità e la prevenzione degli incidenti, nuovi temi che comportavano l'integrazione di competenze e strutture. E' stato così realizzato il coinvolgimento di vari interlocutori anche esterni alla sanità e sono stati attivati tavoli di lavoro regionali multidisciplinari e multisettoriali.
Tale approccio, ripreso e sviluppato ulteriormente integrando nella progettazione interlocutori quali Federsanità ANCI, Ufficio Scolastico regionale e Provinciali, rete Health Promoting Hospitals and Services, ha sostenuto le principali tematiche oggetto del successivo Piano Regionale Prevenzione 2010-2013.
E' utile infatti sottolineare come in questi ultimi anni siano mutati alcuni scenari macro (su tutti la crisi economica mondiale che ha ridimensionato molte previsioni e determinato una riduzione degli investimenti anche in sanità) e micro-economico-sociali, che vedono coinvolte anche molte delle attività di prevenzione; la prevenzione collettiva è più difficile da attuare e presuppone ben altro impegno, su tutti i fronti, rispetto alla prevenzione individuale: basti pensare alla prevenzione del sovrappeso/obesità ed ai suoi determinanti, corretta alimentazione e attività motoria, che sono strettamente connessi alle condizioni sociali ed economiche e su cui i programmi ed interventi attuabili dal Sistema Sanitario da soli non possono agire con sufficiente efficacia.
Di conseguenza sono strategiche le alleanze con gli amministratori locali, con la scuola e con le associazioni.

Per la **prevenzione cardiovascolare** con il programma "Gente di cuore" del primo PRP, poi ripreso nel secondo PRP si è cercato di integrare strategia individuale e strategia di popolazione con l'obiettivo di promuovere stili di vita salutari per l'apparato cardiovascolare in sinergia tra figure professionali diverse; tale interdisciplinarietà è stata alla base anche delle azioni sviluppate per la **prevenzione obesità**, dove accanto alla promozione di scelte alimentari salutari si è lavorato, soprattutto nel secondo PRP, sui determinanti di contesto, promuovendo un'offerta alimentare sana e sostenibile nella ristorazione collettiva in ambito scolastico in stretta collaborazione con amministrazioni comunali ed enti gestori ed attraverso l'adozione condivisa e l'applicazione di Linee di indirizzo regionali che integravano criteri di sicurezza nutrizionali ed elementi correlati alla sostenibilità sociale e ambientale, come ad esempio le produzioni agroalimentari di prossimità, la stagionalità, le filiere dedicate alla refezione scolastica, le micro economie, le produzioni eque e solidali; stesso approccio è stato usato per la ristorazione automatica. Più debole invece la collaborazione con i pediatri del territorio, in relazione alla necessità di rispettare tempi e modi della contrattazione decentrata. Nel complesso, tuttavia, la situazione rilevata con il sistema di sorveglianza OKkio alla salute dimostra un trend non favorevole per sovrappeso e obesità infantile che va analizzato ed affrontato cercando di mettere in campo nuove strategie, oltre a continuare ad affiancare la promozione di comportamenti sani alla promozione di contesti favorevoli alle scelte salutari nello spirito di Guadagnare Salute.
Per la prevenzione degli **incidenti domestici** è stato dato rilievo, sia nel primo che nel secondo PRP, al coinvolgimento delle associazioni, alla formazione dei caregivers, alle alleanze intersettoriali con Confartigianato, Province, Federsanità ANCI, INAIL ed altri stakeholders, che sono entrati a far parte di un tavolo regionale permanente.

Per quanto riguarda la prevenzione degli **incidenti stradali**, le istituzioni preposte per mandato al controllo e prevenzione dell'incidentalità stradale, in un'ottica di rete e di mediazione interistituzionale, hanno lavorato insieme alla sanità per raggiungere obiettivi condivisi già a partire dal primo PRP, collaborando per la messa in comune di informazioni sui flussi dei dati sanitari e della Polizia Stradale, finalizzati alla realizzazione di un sistema di

monitoraggio sul fenomeno con georeferenziazione degli eventi che è attualmente attivo nel Centro di monitoraggio della sicurezza stradale (CRMSS). Accanto a ciò, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, le scuole del territorio ed FVG Strade, sono state promosse iniziative di formazione e tra queste il progetto Sicuramente, inserito nel PRP 2010-2013.

Inoltre, il percorso avviato dalla Regione (Delibera di Generalità n. 129 dd 21.01.2009) per la promozione di una **mobilità sostenibile e sicura** nella pianificazione urbanistica, ha proseguito le sue tappe per incontrare gli amministratori locali fino a tutto il 2013. Lo sviluppo del progetto nel triennio di riferimento PRP 2010-2013 prevedeva azioni di sensibilizzazione di amministratori locali e progettisti, realizzate in sinergia tra Direzione Centrale Salute, Direzione Centrale Mobilità, aziende sanitarie, Federsanità ANCI, integrando così la realizzazione di iniziative di promozione dell'attività motoria (Piedibus e Gruppi di cammino) con la creazione di ambienti favorevoli.

Per le **coperture vaccinali** il precedente PRP si era posto l'obiettivo di un'offerta adeguata ai gruppi a rischio, per i quali è stata predisposta un'anagrafe dei soggetti a rischio per patologia condividendone i criteri tra professionisti. In questi ultimi anni sono state introdotte nuove vaccinazioni, ma va rilevato che i risultati tradizionalmente buoni della nostra regione per i programmi di vaccinazioni infantili stanno subendo una flessione presumibilmente legata al crescente fenomeno del rifiuto ed alla presenza di informazione contraria alle vaccinazioni soprattutto sul web. Per tale motivo è indispensabile che il presente PRP affronti in modo più incisivo e adeguato di quanto hanno fatto i PRP precedenti il tema della comunicazione del rischio.

In tema di **prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse**, nella cornice del PRP 2010-2012, la regione ha realizzato il progetto Afrodite, inserito nell'ambito del programma nazionale Guadagnare Salute In Adolescenza area sessualità, con target adolescenti ed utilizzando la metodologia della peer education; nell'ambito del progetto è stata fatta formazione per personale sanitario, della scuola e della LILT sul tema Adolescenti, affettività e sessualità tra rischio e sicurezza, e sono stati formati i ragazzi; la progettualità del precedente Piano si è conclusa con la presentazione pubblica del video prodotto, e successivamente è stata riproposta e viene realizzata su parte del territorio regionale.

Per quanto riguarda i **programmi di screening**, sono stati mantenuti i livelli di adesione e copertura per gli screening di mammella e cervice uterina aumentando quelli del colon retto; per questo tipo di tumore sono stati messi a punto protocolli condivisi a livello regionale per l'individuazione dei soggetti a rischio eredo-familiare e l'offerta di percorsi personalizzati, che nel presente Piano vengono estesi alla famigliarità per cancro della mammella.

Nel campo della **prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali** le criticità maggiori, evidenziate dal primo piano regionale della prevenzione, sono state dettate dalla difficoltà del sistema sanitario di farsi riconoscere con le sue funzioni di promotore della salute e non solo come ente di vigilanza dai diversi soggetti istituzionali e del contesto produttivo. Sia con il primo che – ancor più – con il secondo PRP si è cercato di valorizzare il confronto e la condivisione delle azioni di tutela promuovendo il ruolo del Comitato Regionale di coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08 ed identificando in esso il ruolo e la funzione di supervisione delle azioni e di promotore e diffusore di buone pratiche. Gli interventi che si andranno a realizzare saranno pertanto quelli di favorire il coordinamento dei diversi soggetti operanti nella prevenzione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, di realizzare interventi di promozione della salute negli ambienti di lavoro anche attraverso la condivisione dell'informazione, e la formazione delle figure previste dal D.Lgs. 81/08 con particolare riguardo al comparto delle costruzioni.

Il tema **Ambiente e salute** è stato introdotto con il secondo PRP ed è stato sviluppato con l'obiettivo di concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali attraverso un miglioramento delle conoscenze e l'attivazione di coordinamento e di sinergie (soprattutto con ARPA) su VAS, VIA e pareri preventivi: è stata avviata una sperimentazione per applicare la valutazione di impatto sulla salute – secondo il modello VISPa – a progetti di particolare rilevanza, che sarà continuata anche con il presente Piano.

In materia di **sicurezza alimentare** la regione ha realizzato – con il PRP 2010-2013 – il progetto Piccole Produzioni Locali, che viene continuato nel presente PRP, che vede peraltro una programmazione molto più sviluppata su questa linea rispetto ai precedenti Piani, accanto ad una progettazione relativa alla sanità animale e a programmi integrati

tra **sanità pubblica veterinaria** e sanità pubblica umana per la sorveglianza delle malattie infettive, la comunicazione del rischio e la gestione delle emergenze.

Infine, il precedente PRP ha introdotto il tema della **comunicazione per la salute**, in quanto la realizzazione positiva di politiche e di attività di prevenzione e di promozione della salute non può più prescindere da una comunicazione efficace e, trattandosi di azioni che intervengono sulla vita e sui valori delle persone, è necessario affrontare anche l'etica della comunicazione ponendo attenzione alle diversità culturali e religiose che sono presenti in comunità multietniche e multilinguistiche.

La programmazione deve quindi prevedere che ad interventi finalizzati a creare un ambiente favorevole a scelte di vita salutari siano affiancati programmi di comunicazione efficaci; non si tratta soltanto di rendere consapevole il cittadino nelle scelte di salute, ma di assicurare fondamentale sostegno a politiche di promozione della salute attraverso comunicazione, informazione e formazione rivolta, oltre che alla popolazione, anche e soprattutto agli amministratori, i "policy makers" che dovranno concretizzarle in politiche per la salute: tale percorso, inquadrato in un contesto di dialogo e non semplicemente di flusso unidirezionale di informazioni, sarà realizzato in alleanza con associazioni competenti del territorio, ed in particolare con Federsanità ANCI , con cui esistono già accordi di collaborazione, e la rete regionale Città Sane con cui si vuole rafforzare il legame.

Cap. 2

Il Piano regionale Prevenzione 2014-2018

La struttura del Piano

Il nuovo Piano Regionale Prevenzione si avvale di percorsi metodologicamente condivisi, al fine di assicurare la qualità della programmazione, la comparabilità dei prodotti e dei risultati e le crescita di cultura ed *expertise* di tutti i livelli di responsabilità coinvolti nella messa a punto e nell'attuazione del Piano.
La struttura del Piano Regionale di Prevenzione della regione Friuli Venezia Giulia si basa sulla struttura del PNP, recependo i Quadri logici centrali con i macro obiettivi, supportati da razionale/quadro logico di riferimento, identificazione dei fattori di rischio/determinanti, definizione degli obiettivi centrali che si intende perseguire e degli indicatori centrali.
La regione Friuli Venezia Giulia fa propri i principi del PNP 2014-2018, e nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 si impegna a perseguire attraverso i programmi individuati tutti i macroobiettivi e tutti gli obiettivi centrali declinati in Quadri Logici regionali, con la definizione dei programmi, degli obiettivi specifici, delle popolazioni target, delle azioni e degli indicatori (e relativi standard) per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi medesimi. Gli indicatori regionali includono sia indicatori di outcome o di earlyoutcome sia indicatori di output dei processi sanitari.
Sulla base degli obiettivi individuati dal PNP a livello centrale, sono così definiti gli obiettivi specifici declinati a livello regionale e locale dettagliando popolazione target, azioni, indicatori, valori attesi e tempi.
L'individuazione dei programmi, oggetto di DGR 2670 del 30 dicembre 2014, è esposta nel capitolo 3; i programmi sono trasversali ed integrati comprendendo uno o più obiettivi tra loro collegati in relazione al setting, all'obiettivo di salute, o al fattore (tecnologico, organizzativo…) che si vuole affrontare e migliorare.
Per ogni programma in una breve premessa sono definiti i principali elementi di contesto e la continuità con il precedente Piano, gli obiettivi centrali e relativi indicatori di PNP, che ci si impegna a raggiungere, e gli obiettivi specifici i cui indicatori possono essere indicatori di processo o di risultato dell'obiettivo specifico, oppure lo stesso indicatore di PNP.

I Sistemi di sorveglianza

I sistemi di sorveglianza che supportano i progetti sono **PASSI**, **OKkio alla salute**, **HBSC-GYTS** ed il programma **Obesità in gravidanza** di recente introduzione; per tali programmi la Direzione Centrale Salute esercita un ruolo di coordinamento, anche tramite collaborazioni formalizzate. Per quanto riguarda la sorveglianza rivolta alle fasce di età

più anziane, è attivo il programma **Passi d'Argento** ma nella sola provincia di Trieste: pertanto, oltre alle informazioni fornite da questo programma, ci si avvarrà dei dati ISTAT.

La vision, i principi, le priorità

Vengono qui richiamati la visione, i principi e le priorità individuati nel Piano Nazionale Prevenzione, che la regione Friuli Venezia Giulia applica nel proprio Piano regionale Prevenzione, integrandoli come segue**.**

Vision

Questo Piano intende rispondere a una vision i cui elementi sono:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare in particolare alla luce delle dinamiche demografiche che la caratterizzano;
- adottare un approccio di sanità pubblica in tutte le politiche che garantisca equità e contrasto alle diseguaglianze;
- esprimere la visione culturale nei valori, obiettivi e metodi della sanità pubblica (maturata anche attraverso le esperienze dei due precedenti PNP) di una promozione della salute e prevenzione che pone la comunità e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile;
- basare gli interventi di promozione della salute e prevenzione sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le diseguaglianze;
- accettare e gestire la sfida della costo-efficacia degli interventi, dell'innovazione, della governance e dell'health impact assessment quale strumento per valutare l'impatto sulla salute di scelte che non necessariamente riguardano interventi di tipo sanitario;
- perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

Principi

Il Piano 2014-2018:

- intende: essere un "Piano" per una promozione della salute e una prevenzione attuata attraverso azioni che si dipanino in un quadro strategico di quinquennio, prevedendo la possibilità di programmazione operativa frazionata e di periodica valutazione dello stato di realizzazione degli interventi.
- fissa obiettivi comuni prioritari, supportati da strategie e azioni di *evidence based* public health in grado, nel medio-lungo termine di produrre un impatto sia di salute sia di sistema, e quindi di essere realizzati e produrre valore attraverso interventi sostenibili e "ordinari".
- contiene tutti i macroobiettivi di salute del PNP e valuterà i risultati raggiunti attraverso indicatori di *outcome* oppure di *early-outcome* o di *output* dei processi sanitari per i quali sia dimostrabile una relazione tra *output* e *outcome*.
- recepisce gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale e incorpora gli obiettivi già decisi all'interno di Piani nazionali di settore per quanto attiene alla promozione, prevenzione e tutela della salute, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo.
- garantisce la trasversalità degli interventi, perseguita anche in termini di integrazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi, tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative; pertanto, nel definire le strategie e le azioni tiene in considerazione sia la funzione del Sistema Sanitario Regionale (SSR) di diretta erogazione degli interventi, sia il ruolo di steward del SSR nei confronti degli altri attori e stakeholder.
- riconosce l'importanza fondamentale della genesi e fruizione della conoscenza e pertanto riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Priorità

- Promuovere stili di vita sani e promuovere il benessere fisico e mentale
- Ridurre il carico di malattia, con particolare riferimento all'obiettivo sulla riduzione della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili, agli obiettivi sulla riduzione degli incidenti e delle malattie professionali e alla promozione dell'invecchiamento attivo

- Investire sul benessere dei giovani, scelta dal forte contenuto formativo e di empowerment che intende, in un approccio il più possibile olistico, promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza.
- Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive, investendo in un patrimonio culturale di grande rilevanza sociale
- Rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili, sia come lotta alle diseguaglianze sia come messa a sistema di interventi per la prevenzione di disabilità.
- Considerare l'individuo e la comunità in rapporto al proprio ambiente, cercando di promuovere un rapporto salubre fra salute e ambiente contribuendo alla riduzione delle malattie ma anche sviluppando tutte le potenzialità di approccio inter-istituzionale del servizio sanitario.
- Affrontare la sfida dei microrganismi antibioticoresistenti che sono sempre più frequentemente causa di infezioni in comunità, in ospedale, in ambulatorio, in strutture residenziali e per i quali Commissione Europea si è proposta la riduzione complessiva del consumo di farmaci

Inoltre si fa riferimento ai seguenti criteri di valore strategico.

- Rilevanza. valutata come carico di malattia e in termini di sviluppo per gruppi sociali particolarmente a rischio di fragilità o di disuguaglianza, rilevanza etica e di coesione sociale.
- Coerenza. con le policy adottate e metodologica, applicando per ognuno dei macro-obiettivi la medesima struttura logica.
- Governance: si adotta la visione di sanità pubblica funzionale alla necessaria armonizzazione dei numerosi interventi di settore come strumento di governance.
- Stewardship, ruolo che comporta la promozione del miglioramento del sistema nel suo complesso.
- Sviluppo: opportunità di una prospettiva di sviluppo della prevenzione nel suo complesso, con attenzione all'utilizzo delle evidenze scientifiche e alla misurazione dell'impatto degli interventi.

Quindi, fanno parte di questo approccio strategico:

- una sistematica attenzione alla intersettorialità;
- una sistematica attenzione al miglioramento della qualità sia dei servizi sia della governance;
- una sistematica promozione, lo sviluppo e l'utilizzo di valutazioni quantitative.

Il Piano Prevenzione nel sistema regionale, sanitario e non sanitario, e nel rapporto con la società

La Regione FVG, che aderisce al programma **Guadagnare Salute** e sviluppa localmente azioni con esso coerenti, individua altresì nella Promozione della Salute lo strumento per intervenire su ambiente e comportamenti e per ridurre le disuguaglianze e perseguire l'equità in salute. Visti i numerosi fattori che concorrono a determinare salute e lo stretto rapporto con lo sviluppo socio-economico, è necessario un approccio trasversale creando e potenziando reti e alleanze al fine di integrare tutti i settori della politica in funzione della salute (cultura, pianificazione, lavoro, trasporti, ambiente, etc.).

In pratica il livello regionale promuove e supporta le attività svolte dalle aziende del territorio, all'interno dei programmi definiti per obiettivi prioritari, costituendo la "cornice strategica" necessaria a far sì che tali attività siano riconosciute dai soggetti esterni al SSR, validate, sostenute, alimentate; la "cornice strategica" riprende l'approccio interistituzionale e multisettoriale di Guadagnare Salute e lo applica nella nostra regione.
Gli obiettivi delle azioni e dei programmi proposti non sono solo rivolti al miglioramento della salute in senso stretto, ma tengono conto dei seguenti principi ed obiettivi:

- migliorare le condizioni di vita di ogni giorno, le circostanze nelle quali la gente nasce, cresce, vive, lavora, invecchia
- affrontare la distribuzione diseguale del potere e delle risorse, sia a livello regionale che a livello locale
- utilizzare una metodologia che consenta di misurare il problema, valutare l'efficacia dell'azione, creare un linguaggio comune
- avviare e rafforzare forme di integrazione e di operatività intersettoriale instaurando intese e collaborazioni con gli enti locali, le imprese, le diverse associazioni di volontariato
- creare un ambiente di lavoro che favorisca la scelte di vita salutari (ospedale libero dal fumo, mense aziendali ecc.)

- utilizzare campagne informative e di comunicazione per diffondere iniziative, progetti e risultati raggiunti.

La regione FVG intende continuare a sostenere progetti attivati nel corso del precedente Piano Regionale della Prevenzione che sono stati resi possibili grazie alla creazione di alleanze con soggetti esterni alla sanità, e che mirano ad intervenire sull'ambiente con lo scopo di favorire – nell'ottica di Guadagnare Salute – comportamenti salutari.
Ci si propone pertanto di proseguire in questo nuovo approccio a **politiche intersettoriali** finalizzate a sostenere i programmi di promozione di corretti stili di vita con l'adozione di **azioni strategiche mirate a creare ambienti favorevoli alla salute**.
Fondamentale il rapporto con la Scuola anche per la realizzazione di questo Piano: **Scuola e Sanità** devono veicolare messaggi di una nuova cultura della salute sempre più orientata ad interventi di empowerment della persona, per creare i presupposti di una salute individuale consapevole, per le nuove generazioni e per le categorie a maggior rischio di emarginazione sociale.
La Direzione Centrale Salute ha avviato, già con i l precedente Piano regionale prevenzione, un rapporto di collaborazione stabile con le scuole di ogni ordine e grado della regione, attraverso il dialogo con l'Ufficio Scolastico Regionale (USR), organo di coordinamento per il Friuli Venezia Giulia, che collabora ad azioni ed interventi di Promozione ed Educazione alla Salute delle Aziende Sanitarie. Al fine di poter sviluppare una rete efficace di interventi rivolti alla popolazione scolastica, Scuola e Sanità hanno stretto un legame operativo su diverse tematiche che si intende tradurre nel rinnovo di specifico atto d'intesa tra la Regione e l'USR: nella cornice di tale accordo saranno sviluppati progetti che mirano al potenziamento delle life skills, alla pratica di stili di vita sani, all'educazione ad una dimensione della salute in tutte le politiche.
I temi della coesione sociale, della legalità, dell'appartenenza nazionale ed europea, nel quadro di una comunità internazionale, dove la Salute si interseca con lo sviluppo sostenibile, il benessere personale e sociale, la sicurezza nelle sue diverse dimensioni, diventano tutti obiettivi di un sistema più ampio di "welfare, a cui poter partecipare attivamente come Sanità e Scuola.
Le Istituzioni scolastiche assumono così la caratteristica di contesto ideale, ove poter promuovere principi di salute, realizzare cultura partecipata di prevenzione, per poter affrontare urgenze formative ed educare alla pratica di stili di vita salutari fin dalla più tenera età.

Anche in conseguenza dell'entrata in vigore della riforma del sistema sanitario regione, le aziende sanitarie devono rivedere la loro organizzazione lavorativa favorendo funzioni trasversali, tra diversi servizi che condividono obiettivi di promozione della salute, identificando responsabilità, modalità del monitoraggio e valutazione della realizzazione dei progetti.
La promozione della salute deve riguardare tutta la vita della persona e tutta la comunità. In coerenza con questo assunto, il Sistema sanitario regionale, considerato che l'attività di promozione della salute non può essere relegata solo ad una fase della vita e ad un unico target di persone (ad es. le fasce giovanili su cui si interviene con programmi educativi), intende farla rientrare nell'impegno corrente di tutti gli operatori sanitari puntando al rafforzamento ed allo sviluppo dei determinanti positivi della salute. Pertanto, tale componente dell'attività deve tenere in debita considerazione il ruolo del distretto quale struttura che svolge la primaria funzione di interfaccia fra il SSR e la collettività, e richiede una stretta e costante collaborazione fra dipartimenti di prevenzione, storicamente depositari di un mandato di prevenzione e distretti , con il necessario coinvolgimento diretto dei medici di medicina generale ed dei pediatri di libera scelta.
Il complessivo Sistema dell'assistenza primaria (Primary Health Care) infatti, vede la prevenzione quale elemento cardine della missione affidatagli dagli organismi mondiali di politica sanitaria. In questo orientamento particolare evidenza viene data dal presente piano alla gestione delle malattie croniche, sia con interventi in fase precoce (azione sui fattori di rischio), sia mediante un'attività pianificata e sistematica con cui gestire e rendere efficace il percorso di cura e di contrasto allo sviluppo di aggravamenti e complicanze. Il presente Piano vuole quindi sviluppare ulteriormente il potenziale preventivo legato all'attività dei servizi distrettuali (area adulti-anziani ed area minori-famiglia) comprendendo il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, in quanto nodi del Sistema dell'assistenza primaria in grado di intercettare, nei diversi contesti, i soggetti a rischio di sviluppare le malattie croniche cardiovascolari e di attivare le necessaria inrtelocuzione con la comunità e i portatori di interesse della stessa.

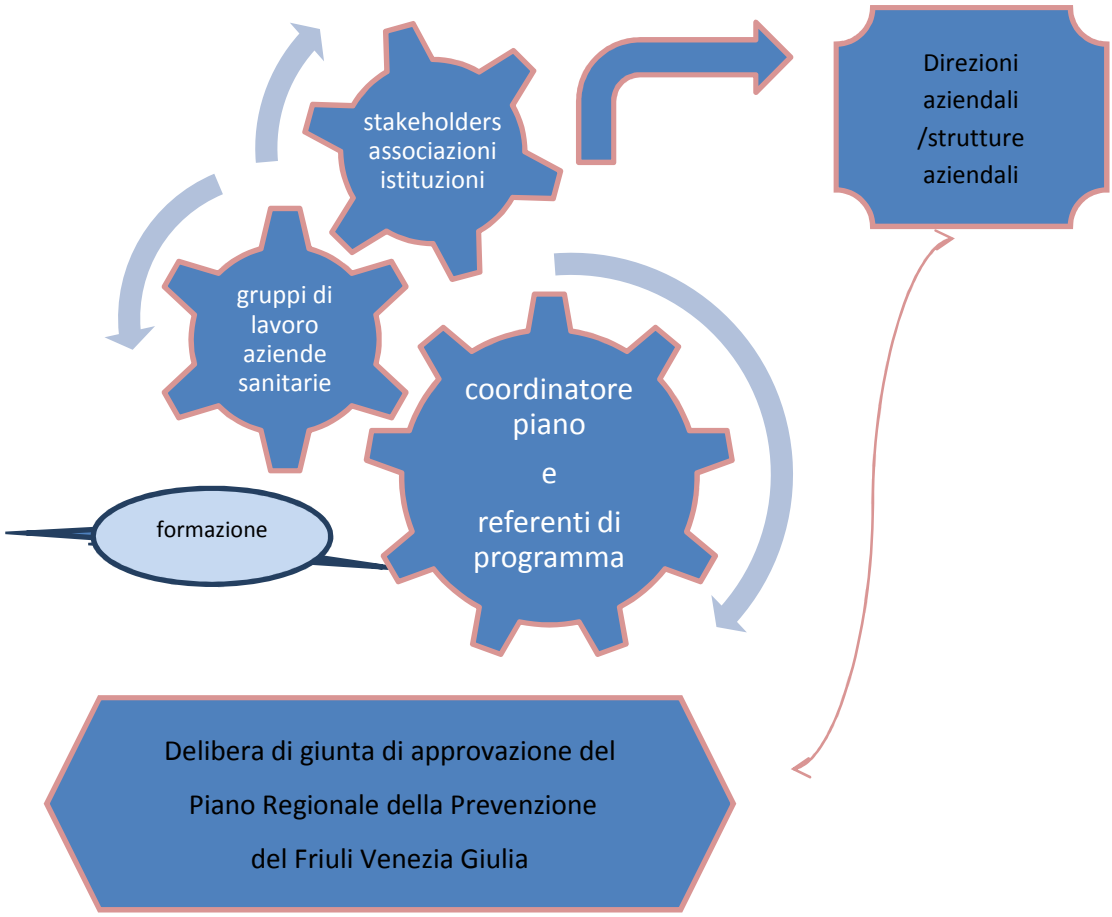
Per quanto riguarda infine la **salute mentale**, in una regione come il Friuli Venezia Giulia che purtroppo presenta un tasso di suicidio e tentativo di suicidio superiore a quello nazionale (il "Progetto Bersaglio" condotto dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, cui partecipano 10 regioni italiane, evidenzia per il triennio 2009-2011 un tasso di mortalità per suicidio di 7,02 standardizzato per 100.000, contro una mediana delle regioni partecipanti di 5,92), ai fini preventivi il ruolo del medico di medicina generale può essere fondamentale per l'individuazione precoce delle situazioni di disagio, in seno ad una rete collaborativa con i dipartimenti di salute mentale, mentre relativamente agli adolescenti e giovani con problemi emozionali, comportamentali e di disagio sociale, fondamentale è la collaborazione tra vari soggetti che entrano in contatto con loro (scuola, medici e pediatri del territorio) e con i servizi distrettuali competenti (Area Minori e Famiglie, Area Neurologia Neuropsichiatria e Neuropsicologia dello Sviluppo).

Il processo organizzativo per la stesura e realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione in Friuli Venezia Giulia

Nella stesura del precedente Piano regionale della prevenzione 2010-12 il Ministero aveva richiesto un approccio metodologico che prevedeva lo sviluppo di nuove competenze e capacità, in particolare nell'utilizzo del modello concettuale del project cycle managment (PCM). E' stato quindi creato un gruppo di pianificatori regionali, oltre venti operatori sanitari di diverse discipline, attraverso un percorso di formazione sul campo, accreditato ecm, che ha fornito le basi teoriche della metodologia e allo stesso tempo ha dato la possibilità al gruppo di confrontarsi e di esercitarsi nella definizione e stesura di progetti utilizzando il PCM. Nello stesso periodo sono state inoltre promosse quattro giornate formative, accreditate ecm, sulle evidenze scientifiche e le buone pratiche da attuare nella prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e sui loro principali fattori di rischio, oltre a un workshop in cui sono stati invitati oltre agli operatori sanitari, coinvolti nella progettazione, anche rappresentanti delle associazioni, dei comuni, referenti dell'ufficio scolastico regionale. In tale occasione era stata utilizzata la metodologia open space technology per facilitare la partecipazione e quale potente strumento di empowerment individuale e di gruppo dove ogni partecipante ha l'opportunità di aprirsi al dialogo costruttivo e al confronto. Tutto il percorso ha permesso di costruire dei rapporti stabili e proficui sia tra operatori delle diverse aziende sanitarie, che con altri settori coinvolti nella prevenzione e promozione della salute, in una visione armonizzata di sanità pubblica e di governance per una pianificazione condivisa.

Il lavoro svolto negli anni ha quindi fatto si che in regione si sia creato un gruppo di operatori sensibili alla promozione della salute ed alla prevenzione e formati sui concetti base di pianificazione e quindi sulla progettazione, quale strumento che porta a ragionare in termini di strategia, efficienza ed efficacia, oltre che di valutazione dei risultati raggiunti. Siamo quindi giunti alla redazione del nuovo Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 con una buona base formativa e una rete di alleanze su cui contare.
Per l'organizzazione del nuovo Piano regionale, nel 2014, sono stati individuati oltre al coordinatore del piano (DGR 2670 del 30 dicembre 2014), i referenti delle diverse linee di lavoro, identificati sulla base dei macro-obiettivi presenti nel PNP, nominati con nota formale inviata dalla direzione centrale salute ai direttori generali delle aziende per l'assistenza sanitaria; al coordinatore è stata assegnata la funzione di regia, sia del gruppo di pianificatori, che di tutte le attività, inclusa la definizione del cronoprogramma per la stesura del piano stesso. I professionisti, referenti di programma, 18 in tutto, sono stati individuati sulla base delle loro competenze professionali, del loro coinvolgimento nel precedente piano, oltre che della loro capacità di mediazione e quindi riconoscendogli un ruolo di steward e leader di gruppo. In effetti i referenti di programma si sono confrontati, in più occasioni, con i rappresentanti di tutte le aziende per l'assistenza sanitaria regionali e con rappresentanti esterni in un rapporto costante di collaborazione e crescita, individuale e di gruppo, con l'obiettivo di condividere i quadri logici di intervento.
Il messaggio dato ai pianificatori è stato quello di sviluppare una strategia e una progettazione regionale che tenesse conto del contesto locale, riconoscendo quindi una specificità del territorio con relativi problemi ma anche con potenzialità e risorse da valorizzare e su cui agire al fine di attivare politiche di tutela della salute da perseguire nel medio e lungo termine.
Dopo la formazione di livello nazionale, su un gruppo ristretto di operatori, si è tenuto in Regione un evento, "Dal Piano nazionale al piano regionale della prevenzione 2014-2018: metodologia operativa", accreditato ecm, rivolto ai referenti di programma, ma anche ad altri soggetti interessati quali ad esempio referenti dell'ufficio scolastico

regionale e la rappresentanza di Federsanità Anci; in tale occasione sono stati condivisi gli obiettivi, i principi e la mission del Piano Nazionale della Prevenzione e la metodologia da utilizzare per la stesura del piano regionale.
Sono stati inoltre avviati incontri, a livello locale, dei vari gruppi di lavoro coordinati dai referenti di programma per lo sviluppo dei piani di intervento sui macrobiettivi o sui diversi setting, mentre a livello centrale il coordinatore regionale riuniva periodicamente i referenti di linea al fine di monitorare costantemente lo sviluppo e l'impostazione della progettazione.
Si è inoltre organizzato un convegno, accreditato ecm, "I sistemi di sorveglianza nella programmazione e valutazione degli interventi in sanità pubblica", in cui si è voluto fare il punto sulla situazione rispetto ad alcuni indicatori sugli stili di vita, presentando i risultati delle sorveglianze attive in regione (Passi, Okkio, HBSC, ecc) e prevedendo l'intervento di un funzionario dell'ufficio statistica regionale per l'apporto delle indagini multiscopo dell'ISTAT; è stato un momento importante per focalizzare il ruolo dei sistemi di sorveglianza come strumenti per la valutazione dell'efficacia degli interventi di prevenzione e come indicatori di esito della programmazione nazionale e regionale. Infatti sono proprio gli indicatori tratti dalle sorveglianze che forniranno indicazioni sugli outcome, sull'insieme degli effetti ed esiti che il programma produrrà a lungo termine, se le strategie messe in campo si sono rivelate efficaci.
Sono stati inoltre promossi dei momenti di confronto con le associazioni di categoria, enti di promozione sportiva, rappresentanze comunali e istituzioni regionali per condividere attività e cogliere suggerimenti per possibili collaborazioni da implementare, ad esempio quella con la direzione trasporti per la prevenzione degli incidenti stradali.
Si è provveduto a presentare il Piano nazionale, la progressione dei lavori del Piano regionale e le linee su cui è necessario intervenire nei prossimi anni sia ai direttori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Dipartimenti delle Dipendenze che ai Direttori Sanitari delle aziende per l'assistenza sanitaria; sono stati tenuti incontri con i Direttori dei Dipartimenti di salute Mentale, con i referenti aziendali di promozione della salute, con i responsabili aziendali (e le segreterie di primo livello) dei programmi di screening e con referenti dei distretti.



Il lavoro tessuto in questi mesi ha avuto l'obiettivo di creare consapevolezza negli operatori e negli stakholders al fine di orientare tutte le forze nel promuovere benessere e salute, nel cercare di riconoscere situazioni di disuguaglianza sociale e porre quanto possibile dei correttivi uniformando l'offerta di servizi e agevolando l'accesso per la popolazione fragile. L'obiettivo che ci si è posti è stato che gli operatori possano riconoscere il piano regionale della prevenzione quale strumento di lavoro e di intervento, oltre che di crescita culturale nel campo della prevenzione e promozione della salute.
La realizzazione del presente Piano si fonda pertanto principalmente sulla consapevolezza e motivazione degli operatori delle aziende sanitarie, che dopo la fase di progettazione in cui sono stati coinvolti a volte direttamente, ma principalmente attraverso i referenti individuati, saranno invitati ad approfondirne i contenuti e le ricadute sulla programmazione aziendale attraverso incontri a tema, accanto ad una importante attività formativa che il Piano stesso ha previsto tra gli obiettivi e/o le azioni dei quadri logici.
Nella realizzazione saranno coinvolte tutte le strutture delle aziende sanitarie: principalmente i Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta ed in integrazione con gli ambiti socioassistenziali, i Dipartimenti delle Dipendenze ed i DSM per alcuni specifici obiettivi, ma anche le strutture ospedaliere, il cui contributo alle azioni di prevenzione deve essere consolidato e riconosciuto a pieno titolo.

La programmazione annuale delle aziende per l'assistenza sanitaria conterrà gli obiettivi del PRP (come già avvenuto per il PRP 2010-2012), in ottemperanza alle indicazioni ("Linee di gestione per la programmazione annuale") che la Regione emana: con un sistema a cascata di budgeting aziendale gli obiettivi saranno assegnati dalle aziende sanitarie, tramite le Direzioni Generali ai Responsabili delle strutture coinvolte, come già avvenuto per il PRP 2010-2012.
Semestralmente le aziende e la regione monitorano l'avanzamento del grado di raggiungimento degli obiettivi, valutato a conclusione dell'anno e formalizzato nel consolidato consuntivo che la regione annualmente adotta.
La regione (Direzione Centrale Salute) assicura il coordinamento (coordinatore operativo e referenti delle diverse linee), con un costante confronto con i direttori delle strutture coinvolte nelle aziende sanitarie, ed è anche impegnata direttamente nella definizione di collaborazioni interistituzionali, a volte formalizzate in accordi previsti da obiettivi specifici, con altre Direzioni Centrali della Regione, con l'Ufficio Scolastico Regionale, con associazioni impegnate attivamente in promozione della salute e prevenzione: associazioni di promozione sportiva (UISP), rete regionale Città Sane, Federsanità ANCI e rete HPH con cui la collaborazione è già stata positivamente sperimentata nel precedente PRP e che nel presente piano agiscono un ruolo ancora più significativo.
La fase operativa sarà necessariamente preceduta da un'analisi secondo il modello Work Breakdown Structure, analisi che la regione intende realizzare entro 3 mesi dall'adozione del Piano con il coinvolgimento dei servizi interni ed esterni al SSR per i quali è previsto un ruolo: si procederà ad una scomposizione gerarchica dei progetti negli elementi ed azioni costitutivi, allo scopo di migliorarne la gestione e il controllo, disaggregando le attività in pacchetti con la specifica del/dei responsabili/e.

Il Profilo di salute e monitoraggio delle disuguaglianze

Al presente PRP è allegato il profilo di salute della regione, che descrive la popolazione del Friuli Venezia Giulia dal punto di vista demografico, sociale e sanitario ed i servizi offerti ed erogati dalle Strutture sanitarie regionali ai propri cittadini. Accanto ai dati di sintesi su incidenza e prevalenza di patologie, che confermano le informazioni già acquisite per il precedente piano ed i trend nazionali, il profilo contiene alcuni indicatori per descrivere lo stato socio economico della popolazione della regione utilizzando dati raccolti nell'ultimo censimento 2011 e dati raccolti nella indagine Multiscopo ISTAT. Come prevedibile, si evidenzia come sia cambiato negli anni il numero di lavoratori, che in generale sono diminuiti, mentre l'unica categoria che ha visto un trend in aumento è quella dei lavoratori temporanei. Conseguenze della crisi del mercato del lavoro è l'impoverimento delle persone/famiglie, che nella regione FVG è più contenuto rispetto al resto dell'Italia: infatti, dall'indagine Multiscopo Istat, l'indice di povertà relativa su 100 famiglie in Italia è quasi del 13%, in regione del 7%.

Allegato al profilo di salute viene prodotto anche un lavoro realizzato a cura del progetto "Equity audit nei Piani regionali di Prevenzione in Italia", approvato all'interno del programma CCM 2014, coordinato dalla SC DoRS dell'ASL TO3 (www.dors.it) e dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia di Grugliasco (TO), che ha elaborato una prima analisi

dell'impatto delle disuguaglianze sui fattori di rischio per tutte le regioni. Tale analisi, pur non evidenziando un forte impatto delle disuguaglianze sociali sulla popolazione del Friuli Venezia Giulia per quanto riguarda i fattori di rischio individuati dal PNP, suggerisce la necessità di porre attenzione alle disuguaglianze in particolare per i fattori di rischio alimentazione scorretta e inattività fisica, nonché per il rischio di infortuni e malattie professionali.

Nel profilo di salute sono inoltre riportati dati sintetici desunti dai registri di patologia di cui dispone la regione FVG (realizzati mediante procedure di linkage di basi dati sanitarie amministrative che consentono da un lato di garantire l'assoluto anonimato delle persone e dall'altro la copertura dell'intero territorio regionale) e sono riportati i dati sui comportamenti e gli stili di vita, rilevati tramite i sistemi di sorveglianza PASSI, OKkio alla Salute, HBSC.

I "costi e benefici economici" della prevenzione

Il concetto di investimento per la salute si va affermando come più appropriato rispetto a quello di costo della sanità, tuttavia è noto che il ritorno dell'investimento in ambito sanitario non è a breve termine, ma a medio lungo termine: questo – che di fatto costituisce una barriera ad un sostanziale cambiamento nell'approccio al tema – è ben presente ai decisori politici ma è anche presente nel percepito dei cittadini. Difficile far sentire l'importanza e l'urgenza di intervenire nella prevenzione delle malattie cardiovascolari già in età infantile, quando il problema si presenterà solo un età adulta o addirittura avanzata. Eppure la strategia vincente, in particolare in questi anni di crisi economica, non può che essere l'investimento su promozione della salute e prevenzione, che si traduce in vantaggi per il singolo e per la società (livelli d'istruzione più elevati favoriti da un migliore stato di salute, minore disabilità e minore perdita di produttività, riduzione dei costi per cura e assistenza di patologie prevenibili) e facilita una maggiore responsabilizzazione del cittadino a proteggere il proprio patrimonio di salute.
Per favorire una migliore conoscenza – da parte dei cittadini – dei risultati anche economici delle scelte fatte dai decisori in ambito di sanità pubblica, nell'ambito di una corretta e doverosa accountability, questa regione intende approfondire la valutazione economica di alcuni programmi di prevenzione.
Verrà fatta una stima dei costi della mancata vaccinazione antiinfluenzale nella popolazione a rischio (l'ultima campagna ha visto un trend negativo preoccupante) e conseguentemente i potenziali risparmi che un'adeguata copertura può garantire nella nostra regione, e saranno approfonditi i risultati del programma di screening oncologico del colon retto con una valutazione anche di impatto economico. Un tanto con un obiettivo di conoscenza, ma soprattutto di informazione e incremento della consapevolezza nei cittadini e negli operatori sanitari.

Cap. 3

I Programmi del Piano regionale Prevenzione 2014-2018 della regione Friuli Venezia Giulia

Programma I: "Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici": macro obiettivo 1, obiettivi centrali 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10;

Programma II: "Gli Screening in regione Friuli Venezia Giulia": macro obiettivo 1, obiettivi centrali 12, 13, 14, 15; macro obiettivo 2, obiettivi centrali 1, 2;

Programma III: "Salute e sicurezza nelle scuole": macro obiettivo 1, obiettivi centrali 1 ,3, 7, 8; macro obiettivo 3, obiettivi centrali 1, 2; macro obiettivo 4, obiettivo centrale 1; macro obiettivo 7, obiettivo centrale 6;

Programma IV: "Prevenzione delle dipendenze": macro obiettivo 4, indicatori regionali;

Programma V: "Promozione dell'attività fisica": macro obiettivo 1, obiettivi centrali 9, 10, 11; macro obiettivo 6, obiettivo centrale 2;

Programma VI "Prevenzione degli incidenti stradali": macro obiettivo 5, obiettivi centrali 1, 2, 3;

Programma VII: "Prevenzione degli incidenti domestici": macro obiettivo 6, obiettivi centrali 1, 3, 4, 5;

Programma VIII: "Miglioramento della qualità nelle attività del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo": macro obiettivo 7, obiettivo centrale 8; macro obiettivo 10, obiettivi centrali 1, 7, 11, 12;

Programma IX: "Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti indicati dal PNP come a maggior rischio": macro obiettivo 7, obiettivi centrali 3, 7;

Programma X: "Emersione e prevenzione delle malattie professionali in FVG e promozione della salute nei luoghi di lavoro": macro obiettivo 7, obiettivi centrali 2, 3, 4, 5; macro obiettivo 1, obiettivi centrali 4, 5, 6, 7, 8;

Programma XI "Miglioramento dei Sistemi informativi e di sorveglianza: macro obiettivo 7, obiettivo centrale 1; macro obiettivo 9, obiettivi 3, 6; macro obiettivo 10, obiettivo centrale 4;

Programma XII " Ambiente e salute: facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello "Salute in tutte le politiche"": macro obiettivo 8, obiettivi centrali 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12;

Programma XIII " Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive": macro obiettivo 9, obiettivi centrali 1, 2, 4, 5, 7, 10, 11, 13; macro obiettivo 10, obiettivi centrali 2, 3, 6;

Programma XIV: "Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze": macro obiettivo 8, obiettivo centrale 6; macro obiettivo 9, obiettivi centrali 5, 7, 8, 9, 12; macro obiettivo 10, obiettivo centrale 5;

Programma XV: "Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile": macro obiettivo 1, obiettivi centrali 1, 2, 7, 8; macro obiettivo 10, obiettivi centrali 9, 10;

Programma XVI: "Prevenzione del randagismo": macro obiettivo 10, obiettivo centrale 8.

ATTORI del PIANO	PROGRAMMA															
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI
Dip Prevenzione	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Dip Salute Mentale	x		x	x												
Dip Dipendenze				x									x	x		
Distretti	x	x	x	x	x		x						x		x	
Area Welfare				x												
Medici di medicina generale	x	x			x		x						x		x	
Pediatri di libera scelta		x	x		x		x						x		x	
Medici competenti				x						x						
Ospedali	x	x										x*	x	x	x	
Farmacie	x	x														
Università degli studi												x	x			
Agenzia Reg. Protez. Ambiente												x	x			
Ist. Zooprof. Sperim. Venezie													x			
Direzione regionale Salute	x	x	x	x		x				x	x	x	x	x	x	x
Direzione regionale Ambiente												x				
Direzione regionale Infrastrutture						x										
Direzione regionale Istruzione			x			x										
Direzione regionale Agricoltura								x							x	
INSIEL		x					x				x					x
Rete regionale Città Sane					x											
Comitato reg. coord. art.7 D.81									x	x						
USR			x			x										
USP – istituti scolastici			x				x									
Comuni/ambiti socioassistenziali		x	x												x	x
Ordini dei Medici					x		x									
Ordini dei Farmacisti							x									
Federsanità ANCI			x		x		x								x	
Federfarma		x					x									
AUSER					x											
ANTEAS					x											
ADA					x											
Comitato regionale UISP					x											
CRIBA							x									
Associazioni di pazienti	x															
Associazioni di genitori			x													
Associazioni di categoria															x	
Associazioni ditte ristorazione			x												x	
Associazioni di volontariato				x												x
Associazioni promozione sportiva			x		x											
Associazioni del soccorso						x										
Forze dell'ordine						x							x			
Autoscuole						x										

*Registro regionale tumori (Centro di Riferimento Oncologico)

Legenda:

USR	Ufficio Scolastico Regionale
USP	Ufficio Scolastico Provinciale
CRIBA	Centro Regionale Informazione Barriere Architettoniche
AUSER	Associazione per l'invecchiamento attivo
ANTEAS	Associazione Nazionale Tutte le Età Attive per la Solidarietà
ADA	Associazione per i Diritti degli Anziani
UISP	Unione Italiana Sport per tutti
INSIEL	Informatica per il Sistema Enti Locali

	I Macroobiettivi del PNP nei Programmi del Piano regionale della prevenzione 2014-2018 del Friuli Venezia Giulia															
Obiettivi	**I**	**II**	**III**	**IV**	**V**	**VI**	**VII**	**VIII**	**IX**	**X**	**XI**	**XII**	**XIII**	**XIV**	**XV**	**XVI**
MO 1																
MO 2																
MO 3																
MO 4																
MO 5																
MO 6																
MO 7																
MO 8																
MO 9																
MO10																
ACC																

Programma I: "Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici"

Programma II: "Gli Screening in regione Friuli Venezia Giulia"

Programma III: "Salute e sicurezza nelle scuole"

Programma IV: "Prevenzione delle dipendenze

Programma V: "Promozione dell'attività fisica"

Programma VI "Prevenzione degli incidenti stradali"

Programma VII: "Prevenzione degli incidenti domestici"

Programma VIII: "Miglioramento della qualità nelle attività del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo"

Programma IX: "Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti indicati dal PNP come a maggior rischio"

Programma X: "Emersione e prevenzione delle malattie professionali in FVG e promozione della salute nei luoghi di lavoro"

Programma XI "Miglioramento dei Sistemi informativi e di sorveglianza

Programma XII " Ambiente e salute: facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello "Salute in tutte le politiche""

Programma XIII " Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive"

Programma XIV: "Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze"

Programma XV: "Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile

Programma XVI: "Prevenzione del randagismo"

PROGRAMMA I: "Migliorare la salute nei soggetti a rischio di malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e malati cronici"

Razionale e descrizione del programma

I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

Dal report più recente (2013) del sistema di sorveglianza PASSI risulta che la prevalenza di ipertesi che riferiscono di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa è alta: diminuire il consumo di sale (88%), controllare il peso corporeo (80%) e svolgere regolarmente attività fisica (82%).

Solo un terzo delle persone 18-69enni (37%) 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 (20%). La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione. Un intervistato su 3 (35%) riferisce che un operatore sanitario si è interessato all'attività fisica che svolge. Il 31% è la percentuale di persone che dichiarano di avere ricevuto il consiglio di effettuare una regolare attività fisica.

Poco meno della metà delle persone di 18-69 anni (42%) presenta un eccesso ponderale (31% 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 e/o con molte difficoltà economiche.

Nel periodo 2010-2013, poco più del 50% degli intervistati in sovrappeso o obesi riferisce di aver ricevuto il consiglio di effettuare una dieta per perdere peso. Questa percentuale sale al 77% tra gli obesi, ma rimane bassa fra coloro che sono in sovrappeso (45%).

La metà degli adulti intervistati (51%) consuma 3 o più porzioni di frutta e verdura al giorno e solo uno su dieci (12%) ne consuma la quantità raccomandata nelle linee guida per una corretta alimentazione, cioè cinque porzioni al giorno.

Circa i due terzi dei 18-69enni in FVG consumano alcol (69%). Complessivamente poco meno di un terzo della popolazione adulta (29%) 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. I bingedrinking rappresentano il 16%, questa modalità di assunzione è più frequente nei giovani 18-24anni (26%) e negli uomini (23% vs 8%). Ancora troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol: nel periodo 2010-2013, solo il 23% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul consumo alcolico e solo il 6% di coloro che sono considerati a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto un consiglio di ridurne il consumo.

Circa la metà delle persone di 18-69 anni (49%) ha dichiarato di essere non fumatore. Gli ex fumatori rappresentano circa un quinto della popolazione e i fumatori un terzo (27%). Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori nelle persone sotto ai 50 anni (35% nelle fascia 18-24 anni e 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.

Nel 2010-2013, circa la metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare. Per quanto riguarda il fumo passivo, la maggior parte delle persone considera il divieto di fumare nei luoghi pubblici rispettato sempre o quasi sempre (96%). La maggior parte dei lavoratori considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato sempre o quasi sempre (93%). Nel 16% delle abitazioni si fuma: 13% in alcune zone e 3% ovunque; in circa una casa su dieci in cui vivono minori o bambini si fuma (8%).

Per quanto riguarda la salute mentale il "Progetto Bersaglio" condotto dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, cui partecipano 10 regioni italiane, evidenzia per il triennio 2009-2011 un tasso di mortalità per suicidio di 7,02 standardizzato per 100.000, contro una mediana delle regioni partecipanti di 5,92, confermando così un dato già noto ai servizi di salute mentale di una maggior mortalità per suicidio nella nostra regione rispetto al dato nazionale.

Il precedente PRP ha focalizzato l'attenzione soprattutto sull'identificazione e valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare e su attività di sensibilizzazione e formazione.

Tra il 2011 ed il 2013 sono state realizzate iniziative di comunicazione per la popolazione in collaborazione con le associazioni di volontariato CV e donatori di sangue, Comuni, ANCI-Federsanità, accanto ad altre iniziative di formazione per operatori sanitari compresa la sperimentazione di un corso di formazione sul campo dedicato ai materiali educazionali per l'alto

rischio, un corso di formazione sul campo "Modelli interattivi intraziendali per la prevenzione cardiovascolare" presso l'ASS 4 Medio Friuli e un corso di formazione a distanza composto da 5 moduli di 1 ora ciascuno. E' stata fatta terapia educazionale per i soggetti ad alto rischio ed in prevenzione secondaria, tramite personale formato e materiale predisposto ad hoc in tutte le strutture cardiologiche e cardiochirurgiche pubbliche della Regione, sia a livello ambulatoriale che degenziale. Il 12 Settembre 2012 è stato firmato dall'Assessore Regionale alla Salute e dai Sindacati della Medicina Generale l'Accordo Integrativo Regionale grazie al quale il 40% dei MMG ha aderito al progetto "Percorso di identificazione e valutazione dei rischi per la salute cardiovascolare".
Il presente Piano vuole sviluppare ulteriormente il potenziale preventivo legato al ruolo degli operatori sanitari che intercettano in vari contesti i soggetti a rischio di sviluppare le malattie croniche, cardiovascolari e non solo. Inoltre si propone di contribuire al miglioramento dei percorsi assistenziali per patologie cardiovascolari e per il diabete, nonchè di migliorare la collaborazione tra medicina generale e servizi di salute mentale per l'intercettazione di soggetti con disturbi d'ansia e depressivi.

Gli obiettivi /strategie
Ridurre il carico di malattia, con particolare riferimento all'obiettivo sulla riduzione della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili./Basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementandoli in modo equo e programmandoli per ridurre le diseguaglianze. Perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

Evidenze
Le schede del NIEBP (Network Italiano per la EvidenceBasedPrevention-Rete italiana per la prevenzione basata su prove di efficacia) http://niebp.agenas.it/progetto.aspx riportano le evidenze per i seguenti interventi efficaci, nelle diverse popolazioni target: 1) Alimentazione non corretta (aumento consumo frutta e verdura, riduzione consumo sale); 2) Sedentarietà/attività fisica; 3) Fumo di tabacco; 4) Consumo dannoso di alcool; 5) Sovrappeso/obesità; 6) Ipertensione; 7) Dislipidemia; 8) Iperglicemia.

Sostenibilità
È il problema più rilevante per questo tipo di interventi, analizzato approfonditamente da un gruppo di lavoro regionale che ha prodotto due documenti: "*Salute e benessere per tutti. Un modello partecipativo di promozione della salute e prevenzione in sanità pubblica*" e "*Modelli organizzativi per la promozione della salute cardiovascolare e generale nella comunità e per la gestione integrata del rischio cardiovascolare*" (http://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA6). Il ruolo di steward della Regione nei confronti delle Aziende Sanitarie è qui fondamentale per la sostenibilità dei programmi nel medio-lungo periodo, non solo con i classici sistemi della programmazione, incentivazione dei propri dirigenti, accordi sindacali, ma anche nello stabilire e mantenere collaborazioni e partnership con i soggetti che rivestono ruoli strategici nelle aree che possono avere un impatto sulla salute e, non ultimo, allocando fondi dedicati.

Contrasto alle diseguaglianze
Le azioni di comunità e gli screening sistematici sono in genere fattori di equità, ed il programma si propone di affrontare il problema delle malattie croniche ricorrendo a modalità organizzative che assicurino uguali possibilità di accesso a tutti, ricordando che i gruppi socialmente più svantaggiati per livello socio-economico e scolarità hanno maggiori fattori di rischio comportamentali e cardiovascolari ed hanno una incidenza e mortalità più elevate in relazione alle MCNT.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione: PASSI, OKkio alla salute, HBSC-GYTS, Obesità in gravidanza, SDO, Certificati di morte.

TARGET: popolazione adulta

SETTING	Scuola **X**	Comunità **X**	Ambienti sanitari **X**	Ambienti di lavoro **X**

ANALISI DEI RISCHI e SOSTENIBILITA'

I rischi principali per l'implementazione del Programma I "Migliorare la salute nei soggetti a rischio di malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e malati cronici" possono essere interni al SSR o esterni ad esso. Pe quanto riguarda i principali **rischi interni,** questi si configurano, se volti al positivo, come elementi di sosteniblità: **a)** l'interazione tra le aree della Direzione Centrale della Salute nella precisa definizione degli interventi (ad esempio per la stesura di modelli di Percorsi Assistenziali sulle malattie cronico-degenerative e cardiovascolari in

particolare, da proporre alle Aziende Sanitarie). **b)** la definizione di indicatori precisi e misurabili sugli obiettivi specifici del programma nelle Linee di Gestione del SSR, il cui raggiungimento sia collegato al sistema incentivante per i Direttori Generali. **c)** l'accordo integrativo regionale per la medicina generale, che, se non fa propri alcuni elementi del piano, in particolare l'identificazione precoce delle persone in condizioni di rischio aumentato per MCNT, può comprometterne l'avanzamento.
I principali **rischi esterni** sono: **a)**l'azione di contrasto delle lobbies regionali sui sussidi e promozioni di alimenti potenzialmente non salutari se consumati in eccesso, come vino, prosciutto, salumi, formaggi grassi. **b)** la scarsa adesione delle istituzioni locali, in particolare i Comuni, e Il Volontariato, alle iniziative concordate per le azioni di comunità. **c)** la "health literacy" (competenza sanitaria) della popolazione e di suoi gruppi particolari, come i più svantaggiati. Questo è forse il principale rischio per il programma, perché, ad esempio, è difficile per molte persone accettare che l'alimentazione tradizionale della Regione sia inadeguata, che assumere regolarmente i farmaci preventivi non sia un comportamento da malati invece che da sani che tutelano la propria salute, che fumare qualche sigaretta o bere un paio di bicchieri di vino a stomaco vuoto con gli amici sia veramente dannoso, etc.

Macro obiettivo	**1.Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT**				
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline 2013	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio	Progetto "Cardio50" .	**1.10.1** Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	Non presente	Entro il 2016 realizzato studio di fattibilità	Studio di fattibilità realizzato
	Progetto pilota per l'identificazione precoce delle persone in condizioni di rischio aumentato per MCNT, tramite programmi di popolazione attuati in collaborazione con medici di famiglia, Distretti e farmacie, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico.	**1.10.2** Attivazione del programma e presenza indicatori di estensione		Avvio programma	Programma avviato
	Creazione di un gruppo regionale per la stesura di modelli di Percorsi assistenziali sulle malattie cronico-degenerative e cardiovascolari in particolare, da proporre a gruppi di lavoro aziendali.	**1.4.1** Prevalenza fumatori nella popolazione	25,33%	-10,0% di 27,2%	-10% (22,8%)
		1.10.3 Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	44,51%	+30%	57,8%

	Avvio di gruppi di lavoro per i percorsi assistenziali aziendali. Formazione degli operatori per gruppi omogenei finalizzata ad inserire nei processi assistenziali il "consiglio breve" sugli stili di vita e, in relazione ai contesti operativi, il calcolo del rischio cardiovascolare globale. Studio di fattibilità di una "app" scaricabile in tablet e smartphone e di un sito web dedicati ai cittadini dai 35 ai 69 anni per la stima autonoma del loro rischio cardiovascolare globale e dei loro stili di vita.	**1.5.1** Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	94,96%	+5% di 91,4%	+ 5% (99,7%)
Ridurre il consumo eccessivo di sale Ridurre il numero dei fumatori Ridurre il consumo di alcol a rischio Aumentare il consumo di frutta e verdura		**1.6.1** Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	30,16%	-15%	- 15% (25,6%)
		1.10.5 Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un op. sanitario il consiglio di ridurre consumo	7,69%	+300%	30,8%
		1.7.1-2 Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno	52,1%	> 10% rispetto al 46,7% del 2013 51,37 nel 2018	Mantenimento/miglioramento tendenziale + 10% (57,3%)
		1.10.4 Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un op. sanitario il consiglio di perdere peso	44,68%	+30%	58,1%
		1.8.1 Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale	87,23%	+ 5%	91,6%
		1.8.2 Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale (definito come soggetti che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale)	28,6%	- 30%	20%
		1.9.1 Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	35,45%	+ 30%	46,1%
		1.9.2 Proporzione di ultra 64enni fisicamente attivi	2013 73,6 (sola provincia di Trieste)[1] Dato PASSI	+15%	84,6% 42% età 64-

[1] Il programma è sviluppato in tutta la regione, l'indicatore è rilevato nella sola provincia di Trieste dove è attivo Passi d'Argento

			36,5% età 64-69		69
	Revisione e ottimizzazione della gestione integrata della patologia diabetica	Indicatore regionale		Protocollo di intervento condiviso adottato	
	Attivare dei percorsi per la presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia, depressivi e fornire risposte ai bisogni di salute mentale nella popolazione	Indicatore regionale		Protocollo di intervento condiviso e adottato in tutte le aziende	

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Risultati	Cardio50 è un progetto CCM che si svolge in 12 Regioni italiane con il Veneto capofila. In Friuli Venezia Giulia coinvolge l'AAS 4 e l'AAS3 per i Distretti di San Daniele e Codroipo ed è gestito dal Dipartimento di Prevenzione dell'AAS4. Esso prevede di attivare un programma di prevenzione cardiovascolare in forma attiva estesa, i cui destinatari sono rappresentati dalla popolazione dei 50enni di entrambi i sessi, sul modello dei programmi di screening. La visita di screening (visita di primo livello) prevede: la rilevazione di alcuni parametri antropometrici (peso, altezza, circonferenza vita); la misurazione della pressione arteriosa; l'esecuzione di uno stick glicemico (qualora non fossero disponibili esami recenti e comunque non anteriori a 3/6 mesi), la valutazione della colesterolemia. Inoltre attraverso la somministrazione di un questionario standardizzato viene fatto uno studio sugli stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica). I dati rilevati verranno raccolti in una scheda valutativa ("bilancio di salute preventivo").	Partecipazione degli eligibili (considerata buona se 50%)	Output del Software ufficiale realizzato dalla Regione Veneto Rapporto dei Responsabili alla Direzione Centrale della salute	ANNO 2015	25% degli eligibili	50% (cumulativo) degli eligibili. Ritorno a 6 mesi del 50% del Gruppo B	-	-

Azioni	1) Pre-valutazione da parte dei MMG per la pulizia delle liste secondo criteri di esclusione (anamnesi positiva per eventi cardiocerebrovascolari maggiori, malattia diabetica, ipertensione in terapia, patologie neoplastiche gravi in fase attiva, non autosufficienza, istituzionalizzazione); 2) chiamata attiva dei soggetti da parte del Centro Screening dell'AAS4 "Friuli Centrale"; 3) visita di screening effettuata da un Assistente Sanitario/ Infermiere Professionale, presso una sede localizzata all'interno del Dipartimento di Prevenzione o in altre sedi territoriali; 4) classificazione del soggetto visitato in un gruppo di rischio; 5) proposta di percorsi specifici per gruppo di rischio. Sulla base della valutazione effettuata, i soggetti verranno classificati in : GRUPPO A – parametri antropometrici, laboratoristici e pressione arteriosa nella norma; GRUPPO B – presenza di fattori di rischio comportamentali; GRUPPO C – nuovi ipertesi, iperglicemici, ipercolesterolemici (indipendentemente dai fattori di rischio comportamentali); GRUPPO D – soggetti considerati non eleggibili dai criteri di esclusione ("sfuggiti" alla pulizia delle liste). Escono dal progetto. 6) Per ciascun gruppo è stato individuato uno standard di intervento che prevede: – l'invito ai soggetti di gruppo A a fungere da "collaboratori attivi" del progetto presso la comunità locale, rafforzando l'attuale buon stile di vita; – per i soggetti di gruppo B, la fornitura di materiali informativi, un intervento di counselling individuale specifico, la facilitazione a sfruttare "le occasioni di salute" disponibili nella comunità locale, e nei Servizi dell'Azienda USL. Essi saranno richiamati dopo 6 mesi/1 anno per la rivalutazione del rischio comportamentale. – per gli utenti del gruppo C è previsto l'invio al proprio MMG per il trattamento adeguato, non farmacologico ed eventualmente farmacologico.			ANNO 2015	Azioni 1-6	Azioni 2-6	-	-

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
1) Pre-valutazione da parte dei MMG per la pulizia delle liste secondo criteri di esclusione	x							
2) Chiamata attiva dei soggetti da parte del Centro Screening dell'AAS4 "Friuli Centrale"		x	x	x				
3) Visita di screening effettuata da un Assistente Sanitario/ Infermiere Professionale, presso una sede localizzata all'interno del Dipartimento di Prevenzione o in altre sedi territoriali		x	x	x				

4) Classificazione del soggetto visitato in un gruppo di rischio: A, B, C, D.		x	x	x				
5) Proposta di percorsi specifici per gruppo di rischio		x	x	x				
6) Per ciascun gruppo è stato individuato uno standard di intervento. Rivalutazione a 6 mesi del Gruppo B		x	x	x				

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Progetto pilota per l'identificazione precoce delle persone in condizioni di rischio aumentato per MCNT, tramite programmi di popolazione attuati in collaborazione con medici di famiglia, Distretti e farmacie, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico.		Realizzazione del Progetto Pilota almeno per i Distretti).	Rapporto dei Responsabili alla Direzione Centrale della salute	ANNO 2015	Inizio del Progetto	Fattibilità nei Distretti	Fattibilità con i MMG e Farmacisti	Valutazione dei tre set operativi.
Risultati	Dato che la prevenzione di iniziativa è programmata in Cardio50 per quanto attiene alle malattie cardiovascolari, questo progetto pilota intende verificare tutte le possibilità di valutare gli stili di vita ed il rischio cardiovascolare globale nella prevenzione di opportunità, in occasione cioè dell'accesso dei cittadini alle strutture sanitarie regionali, in particolare Distretti Sanitari, studi dei MMG e Farmacie. E' infatti estremamente importante la valutazione dei fattori di rischio e dei comportamenti che li sottendono nei soggetti clinicamente asintomatici. Il Progetto pilota, nel corso del quadriennio, deve rispondere anche al quesito della sostenibilità nel tempo.	Accordi o non accordi con le categorie di sanitari non dipendenti SSR interessate: MMG e farmacisti.	Linee di Gestione del SSR per i Distretti. Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale o report Direzione Centrale Salute Accordo a livello regionale con i farmacisti o report Direzione Centrale della Salute.	ANNO 2015	Paragrafo specifico nelle Linee di Gestione 2016.	Operatività nei Distretti.	Operatività o meno negli studi dei MMG e nelle Farmacie	% di utenti coinvolti rispetto alle stime del totale nei set attivati
Azioni	1) Valutazione della possibilità di ampliare il software "CUORE.exe" dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma alla valutazione standardizzata degli stili di vita. 2) Verifica dei costi per la realizzazione del software. Se disponibili avvio delle procedure per la realizzazione. 3) Valutazione con i Distretti ed i Dipartimenti di Prevenzione della possibilità di offrire agli utenti afferenti per altri motivi una valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare globale. 4) Scelta dello strumento per questa valutazione: scheda cartacea per gli stili di vita + carte del rischio del Progetto Cuore; scheda cartacea per gli stili di vita + valutazione online del punteggio CUORE, già disponibile; nuovo software	Esecuzione dell'azione	Rapporto dei Responsabili alla Direzione Centrale della Salute	ANNO 2015	Azioni 1-8	Azioni 5 e 9	Azioni 5 e 9	Azioni 5, 9 e 10

	integrato se disponibile. 5) Operatività nei Distretti 6) Valutazione dell'inclusione della valutazione standardizzata degli stili di vita tramite ampliamento della valutazione CUORE del rischio cardiovascolare nei principali software gestionali dei MMG. 7) Verifica della possibilità di inserire la valutazione degli stili di vita e del rischio cardiovascolare globale nell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale e definizione degli strumenti (vedi Distretti) e degli indicatori di convalida. 8) Verifica della possibilità di integrare la valutazione degli stili di vita e del rischio cardiovascolare globale in un accordo con i farmacisti e definizione degli strumenti (vedi Distretti) e degli indicatori di convalida. 9) Se gli accordi sono siglati, operatività negli studi dei MMG /o nelle farmacie. 10) Calcolo della percentuale di utenti occasionali valutati per gli stili di vita ed il rischio cardiovascolare globale rispetto alle stime di affluenza nei set operativi.							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
1) Valutazione della possibilità di ampliare il software "CUORE.exe" dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma alla valutazione standardizzata degli stili di vita.	x							
2) Verifica dei costi per la realizzazione del software. Se disponibili avvio delle procedure per la realizzazione.	x							
3) Valutazione con i Distretti ed i Dipartimenti di Prevenzione della possibilità di offrire agli utenti afferenti per altri motivi una valutazione standardizzata degli stili di vita e del rischio cardiovascolare globale.		x						
4) Scelta dello strumento per questa valutazione: scheda cartacea per gli stili di vita + carte del rischio del Progetto Cuore; scheda cartacea per gli stili di vita + valutazione online del punteggio CUORE, già disponibile; nuovo software integrato se disponibile.		x						
5) Operatività nei Distretti			x	x	x	x	x	x
6) Valutazione dell'inclusione della valutazione standardizzata degli stili di vita tramite ampliamento della valutazione CUORE del rischio cardiovascolare nei principali software gestionali dei MMG.		x						
7) Verifica della possibilità di inserire la valutazione degli stili di vita e del rischio cardiovascolare globale nell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale e definizione degli strumenti (vedi Distretti) e degli indicatori di convalida		x						

8) Verifica della possibilità di integrare la valutazione degli stili di vita e del rischio cardiovascolare globale in un accordo con i farmacisti e definizione degli strumenti (vedi Distretti) e degli indicatori di convalida.		x						
9) Se gli accordi sono siglati, operatività negli studi dei MMG /o nelle farmacie.			x	x	x	x	x	x
10) Calcolo della percentuale di utenti occasionali valutati per gli stili di vita ed il rischio cardiovascolare globale rispetto alle stime di affluenza nei set operativi.							x	x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Creazione di un gruppo regionale per la stesura di modelli di Percorsi assistenziali (PA) sulle malattie cronico-degenerative e cardiovascolari in particolare da proporre a gruppi di lavoro aziendali. Avvio di gruppi di lavoro per i Percorsi assistenziali aziendali	Designazione del gruppo regionale Percorsi assistenziali da parte della Direzione Centrale della Salute **(INDICATORE SENTINELLA**) Avvio dei gruppi di lavoro per i Percorsi assistenziali aziendali	Report Direzione Centrale della Salute. Rapporti delle Direzioni Aziendali alla Direzione Centrale della Salute	ANNO 2015	Designazione ed avvio gruppo regionale PA	Rapporto gruppo regionale PA sui modelli da applicare a livello aziendale	Avvio di gruppi di lavoro per i PA aziendali	Produzione e operatività PA aziendali

Risultati	Le Linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica (versione 2012) chiariscono molto bene le strategie e le pratiche da applicare per la valutazione del rischio cardiovascolare globale, per l'identificazione, l'inquadramento e le terapie non farmacologiche e farmacologiche appropriate per le singole condizioni a rischio e per gli obiettivi misurabili dei fattori di rischio da raggiungere in base al rischio globale. Tuttavia queste Linee Guida, per avere un impatto preventivo reale devono tradursi a livello locale in Percorsi assistenziali (PA) sostenibili nel medio-lungo periodo e applicabili equamente a tutti i cittadini regionali, in particolare senza distinzioni in base alla residenza o allo stato sociale o alla scolarità. Questi aspetti possono essere fattivamente implementati se si forma un gruppo regionale di esperti (metodologi, igienisti, cardiologi, medici di medicina generale, medici dei Distretti, laboratoristi) che stenda un manuale con modelli costo-efficaci di Percorsi assistenziali per gestione del rischio cardiovascolare globale, ipertensione arteriosa, dislipidemie familiari e ipercolesterolemia poligenica, diabete mellito, disassuefazione dal fumo, valutazione e prescrizione individuale dell'attività fisica. Il lavoro di questi esperti sarà poi consegnato alle Direzioni aziendali perché formino a loro volta gruppi aziendali per l'implementazione circostanziata dei modelli di Percorsi assistenziali in modo che tutti gli attori, ed in primis gli utenti, sappiano quali sono i percorsi realizzati nella propria area per le condizioni a rischio.	Insediamento del gruppo regionale Percorsi assistenziali (PA) in Prevenzione Cardiovascolare. Manuale per i Percorsi assistenziali in Prevenzione Cardiovascolare. Insediamento dei gruppi aziendali Percorsi assistenziali in Prevenzione Cardiovascolare (in tutte le Aziende Sanitarie). Opuscoli con i Percorsi assistenziali Aziendali in Prevenzione Cardiovascolare con i dettagli delle strutture coinvolte (chi fa cosa e in quanto tempo).	Verbali del gruppo regionale PA in Prevenzione Cardiovascolare. Disponibilità del Manuale Verbali di tutti i gruppi aziendali PA in Prevenzione Cardiovascolare. Disponibilità degli Opuscoli per tutte le Aziende Sanitarie.	ANNO 2015	Esistenza gruppo regionale.	Manuale per i P A in Prevenzione Cardiovascolare.	Esistenza gruppi aziendali in tutte le Aziende.	Opuscoli aziendali in tutte le Aziende.
Azioni	1. Identificazione e designazione gruppo regionale PA in Prevenzione Cardiovascolare da parte della Direzione Centrale della Salute. 2. Insediamento e operatività gruppo regionale PA in Prevenzione Cardiovascolare. 3. Manuale regionale per i PA in Prevenzione Cardiovascolare. 4. Identificazione e designazione gruppi aziendali PA in Prevenzione Cardiovascolare da parte delle Direzioni Aziendali. 5. Operatività gruppi aziendali PA in Prevenzione Cardiovascolare. 6. Opuscoli con i PA Aziendali in Prevenzione Cardiovascolare con i dettagli delle strutture coinvolte (chi fa cosa e in quanto tempo). 7. Valutazione degli opuscoli aziendali da parte del gruppo regionale PA in Prevenzione Cardiovascolare. 8. Disseminazione prevalentemente in formato elettronico degli opuscoli ai sanitari ed ai cittadini delle aree di pertinenza.	Esecuzione dell'azione	Rapporto dei Responsabili alla Direzione Centrale della Salute	ANNO 2015	Azioni 1-2	Azioni 3-4	Azioni 5-7	Azione 8

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
1) Identificazione e designazione gruppo regionale PA in Prevenzione Cardiovascolare da parte della Direzione Centrale della Salute.		x						
2) Insediamento e operatività gruppo regionale PA in Prevenzione Cardiovascolare.		x						
3) Manuale regionale per i PA in Prevenzione Cardiovascolare.			x					
4) Identificazione e designazione gruppi aziendali PA in Prevenzione Cardiovascolare da parte delle Direzioni Aziendali				x				
5) Operatività gruppi aziendali PA in Prevenzione Cardiovascolare.					x			
6) Opuscoli con i PA Aziendali in Prevenzione Cardiovascolare con i dettagli delle strutture coinvolte (chi fa cosa e in quanto tempo).						x		
7) Valutazione degli opuscoli aziendali da parte del gruppo regionale PA in Prevenzione Cardiovascolare.						x		
8) Disseminazione prevalentemente in formato elettronico degli opuscoli ai sanitari ed ai cittadini delle aree di pertinenza.							x	x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Formazione degli operatori per gruppi omogenei finalizzata ad inserire nei processi assistenziali il "consiglio breve" sugli stili di vita e, in relazione ai contesti operativi, il calcolo del rischio cardiovascolare globale.	N° corsi FAD specifici per gruppi omogenei, organizzati a livello regionale e loro riedizioni aggiornate **(INDICATORE SENTINELLA**).	Accreditamento AGENAS o REGIONALE	ANNO 2015	3	5	5	5
	N° corsi residenziali aziendali organizzati per varie categorie professionali sulla sorveglianza delle MCNT, sulla promozione della salute e prevenzione cardiovascolare.	Accreditamento REGIONALE	ANNO 2015	1	5	5	5

Risultati	Incremento progressivo del personale sanitario a tutti i livelli che acquisisce competenze operative nella valutazione degli stili di vita, nel counselling finalizzato a stili di vita salutari e nella stima del rischio cardiovascolare globale se coinvolto nelle cure primarie o in contesti di prevenzione attiva (Distretti, Ospedali) dei fattori di rischio e delle patologie cardiovascolari.	Percentuale di personale sanitario che ha partecipato ai corsi FAD e Aziendali con valutazione positiva e acquisizione dei crediti formativi	Rapporti di Enti o Agenzie accreditanti	ANNO 2015	5% per ogni categoria	7% per ogni categoria (percentuale cumulativa)	9% per ogni categoria (percentuale cumulativa)	15% per ogni categoria (percentuale cumulativa)
Azioni	1) Verifica della disponibilità di una Piattaforma aziendale su cui inserire i corsi FAD. 2) Identificazione PROVIDER per l'accreditamento dei corsi FAD. 3) Identificazione di un gruppo regionale di formatori competenti per la realizzazione dei corsi FAD. 4) Identificazione di un fornitore di Piattaforme FAD per la realizzazione dei corsi. 5) Attivazione dei seguenti corsi FAD di promozione della salute e prevenzione cardiovascolare per: – medici di medicina generale (riedizione) – cardiologi ed altri specialisti ospedalieri – professionisti sanitari non medici – medici di sanità pubblica – operatori sanitari coinvolti in Cardio 50 (indicatore 1.10.1) o corsi simili se il programma di cui all'indicatore 1.10.2 viene attivato 6) Istruzioni alle Aziende Sanitarie per l'attivazione dei corsi di formazione in sorveglianza MCNT, promozione della salute e prevenzione cardiovascolare nelle Linee di Gestione del SSR deliberate annualmente.	Esecuzione dell'azione.	Rapporto dei Responsabili alla Direzione Centrale della salute Delibera per le Linee di gestione del SSR	ANNO 2015	6 fasi per anno	6 fasi per anno	6 fasi per anno	6 fasi per anno

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
1) Verifica della disponibilità di una Piattaforma aziendale su cui inserire i corsi FAD.	x		x		x		x	
2) Identificazione PROVIDER per l'accreditamento dei corsi FAD.	x		x		x		x	
3) Identificazione di un gruppo regionale di formatori competenti per la realizzazione dei corsi FAD.	x		x		x		x	
4) Identificazione di un fornitore di Piattaforme FAD per la realizzazione dei corsi.	x							
5) Attivazione dei seguenti corsi FAD di promozione della salute e prevenzione cardiovascolare per: – medici di medicina generale (riedizione) – cardiologi ed altri specialisti ospedalieri – professionisti sanitari non medici – medici di sanità pubblica		x		x		x	x	

– operatori sanitari coinvolti in Cardio 50 (indicatore 1.10.1) o corsi simili se il programma di cui all'indicatore 1.10.2 viene attivato								
6) Istruzioni alle Aziende Sanitarie per l'attivazione dei corsi di formazione in sorveglianza MCNT, promozione della salute e prevenzione cardiovascolare nelle Linee di Gestione del SSR deliberate annualmente.		x		x		x		

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Studio di fattibilità di una "app" scaricabile in tablet e smartphone e di un sito web dedicati ai cittadini dai 35 ai 69 anni per la stima autonoma del loro rischio cardiovascolare globale e dei loro stili di vita.		Esecuzione dello studio di fattibilità	Rapporto dell'assegnatario dello sviluppo del software identificato con le regole della finanza pubblica.	ANNO 2015	Avvio procedure. Completamento studio fattibilità	Sviluppo del software se studio di fattibilità positivo e fondi reperiti	Completamento TEST se studio di fattibilità positivo	App e sito web disponibili
Risultati	Aumentare la consapevolezza dei cittadini, specie più giovani, sugli stili di vita salutari, sulla promozione della salute e sulla prevenzione delle MCNT, in particolare cardiovascolari. Rendere i cittadini protagonisti attivi su questi temi in un'ottica partecipativa.	Se realizzata TEST con un numero di utenti paragonabile a PASSI Friuli Venezia Giulia Se gradita numero di cittadini utilizzatori	Rapporto del Servizio Epidemiologico regionale. Rapporto del Servizio Epidemiologico regionale.	ANNO 2015			n° partecipanti al TEST	n° cittadini utilizzatori se app e sito web attivi
Azioni	1) Identificazione di un gruppo di lavoro regionale. 2) Stesura di una bozza di software. 3) Verifica della sostenibilità economica dello sviluppo del software e della sua manutenzione. 4) Redazione del rapporto sulla fattibilità. 5) Identificazione dei fondi necessari. 6) Se disponibili i fondi, attivazione di procedure di assegnazione dello sviluppo del software. 7) Realizzazione del software.	Esecuzione dell'azione	Rapporto dei Responsabili alla Direzione Centrale della salute	ANNO 2015	Azioni 1-5	Azioni 6-8	Azione 9	Azione 10

	8) Valutazione del software da parte degli esperti informatici della Regione. 9) TEST del software con un numero di cittadini simile a quello di PASSI FVG. 10) Se test positivo, messa a disposizione del pubblico e adeguata informazione tramite i media.							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
1) Identificazione di un gruppo di lavoro regionale	x							
2) Stesura di una bozza di software		x						
3) Verifica della sostenibilità economica dello sviluppo del software e della sua manutenzione		x						
4) Redazione del rapporto sulla fattibilità		x						
5) Identificazione dei fondi necessari		x						
6) Se disponibili i fondi, attivazione di procedure di assegnazione dello sviluppo del software			x					
7) Realizzazione del software			x	x				
8) Valutazione del software da parte degli esperti informatici della Regione				x				
9) TEST del software con un numero di cittadini simile a quello di PASSI Friuli Venezia Giulia					x	x		
10) Se test positivo, messa a disposizione del pubblico e adeguata informazione tramite i media							x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Revisione e ottimizzazione della gestione integrata della patologia diabetica		Protocollo di intervento condiviso	Atti	Non disponibili	-	-	-	Adottato da tutte le aziende
Risultati	percorso diagnostico/terapeutico condiviso e applicato da operatori sanitari - formati ad hoc- nell'ambito di un team territoriale Valutazione qualità percepita ed efficacia dei corsi per diabetici	n. eventi formativi n. report	Atti				1	 1
Azioni	Elaborazione di un documento condiviso per la gestione integrata da parte del "Tavolo tecnico sulla malattia diabetica" Condivisione e applicazione del percorso diagnostico/terapeutico Formazione Valutazione della qualità percepita e dell'efficacia in termini clinici dei corsi di educazione sanitaria estivi Valorizzare il ruolo di steward delle associazioni per promuovere pratiche preventive efficaci nei soggetti diabetici (attività motoria, vaccinazioni) Promuovere iniziative di comunicazione in collaborazione con le associazioni diabetici							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Costituzione di un gruppo di lavoro interprofessionale e associazioni	x							
Elaborazione di un documento condiviso per la gestione integrata		x	x	x				
Condivisione e applicazione del percorso diagnostico/terapeutico					x	x	x	x
Formazione						x		
Effettuare la valutazione dei corsi				x				

	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
	Attivare dei percorsi per la presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia, depressivi e fornire risposte ai bisogni di salute mentale nella popolazione	Protocollo di intervento condiviso	Atti	Non disponibili	-	-	Adottato da tutte le aziende	Adottato da tutte le aziende
Risultati	Applicazione di nuovi modelli organizzativo/funzionali orientati all'integrazione di diversi servizi e professionalità con l'obiettivo di individuare precocemente i soggetti con disturbi d'ansia, depressivi e psicotici	n. eventi formativi MMG aderenti alla rete	Atti atti	Non disponibile		1	1 10%	2 cumulativo 30%
Azioni	Definire e sperimentare nuove modalità di comunicazione e collaborazione tra i servizi di salute mentale e MMG e PLS Individuare e sperimentare strategie integrate di risposta tra gli attori della rete territoriale per gli esordi psicotici, affettivi e tentamen e altre forme di disagio (anche negli adolescenti) Avviare percorsi formativi							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Costituzione di un gruppo di lavoro interprofessionale (psichiatri, MMG, operatori della salute mentale e del distretto)			x					
Definizione modalità di comunicazione e collaborazione tra attori coinvolti			x	x				
Individuazione metodo di valutazione dei soggetti con disturbo d'ansia e depressione mediante l' MhGAP						x	x	x
Avvio di percorsi formativi per MMG e PLS				x			x	

PROGRAMMA II: " Gli Screening in regione Friuli Venezia Giulia"

Razionale e descrizione del programma

Per quanto riguarda i programmi di screening oncologici, gli indicatori mostrano che sono stati raggiunti e mantenuti nel tempo livelli di qualità molto buoni, in linea con gli standard nazionali ed europei. L'adesione all'invito si mantiene intorno al 60% per gli screening femminili ed è cresciuta dal 50,5% del 2009 al 59,8% del 2013 per lo screening del colon retto. Nonostante siano state attuate diverse strategie di intervento per incrementare ulteriormente la partecipazione, sia a livello regionale, come campagne di comunicazione e coinvolgimento dei medici di medicina generale, sia a livello locale, si evidenzia la difficoltà a raggiungere e mantenere i livelli di adesione auspicati. Tra gli interventi adottati per favorire l'aumento dell'adesione è stato introdotto nel 2011 e mantenuto negli anni successivi l'invio di una lettera di sollecito ai non rispondenti allo screening del colon retto, che continua a contribuire all'incremento della partecipazione a questo programma. Il coinvolgimento della medicina generale, mediante l'accordo integrativo regionale, che prevede la presenza della firma del MMG nell'invito, non ha sortito effetti sull'adesione ai programmi di screening femminili, che mantengono percentuali di adesioni stabili.

Nel presente Piano ci si propone pertanto di affiancare ad azioni di miglioramento del sistema di chiamata (compresi interventi sulle anagrafi di riferimento), azioni di informazione e formazione rivolte alla popolazione ed agli operatori sanitari, con l'obiettivo di mantenere la buona estensione raggiunta dai 3 programmi e migliorarne l'adesione.

Proseguendo nella linea intrapresa dal precedente PRP per il tumore del colon retto, si lavorerà per addivenire a protocolli condivisi a livello regionale, per l'individuazione dei soggetti a rischio eredo-familiare di tumore della mammella e l'offerta di percorsi personalizzati.

Inoltre, in un'ottica di miglioramento della qualità, efficienza e sostenibilità dei programmi di prevenzione, è prevista la riconversione del programma di screening per la prevenzione dei tumori della cervice uterina con introduzione del test HPV-DNA. Per quanto riguarda gli screening neonatali (vista e udito) la situazione attuale ne vede la presenza non sistematizzata né standardizzata per cui ci si propone di definire le procedure ed i percorsi, nonché la registrazione sistematica dei risultati.

Evidenze

Esiste una chiara evidenza scientifica che uno screening con test clinicamente validati per il DNA di HPV oncogeni come test di screening primari e con un protocollo appropriato è più efficace dello screening basato sulla citologia nel prevenire i tumori invasivi del collo dell'utero e si accompagna a un aumento di effetti indesiderati che, qualora presente, risulta comunque limitato sia in termini di inutile invio ad approfondimenti diagnostici sia di sovradiagnosi e conseguente sovratrattamento di lesioni spontaneamente regressive. (Epidemiol Prev 2012; 36 (3-4) suppl 1: e1-72).

I dati della letteratura attribuiscono inoltre valore di solida efficacia ad interventi di tipo comunicativo quali il layout delle lettere, la semplicità dei relativi contenuti, i solleciti postali dei non aderenti (Camilloni et al Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review; BMC Public Health. 2013; 13: 464).

Il rischio di carcinoma della mammella conferito dalla familiarità è stato valutato in molteplici studi epidemiologici con evidenza di risultati in generale coerenti (Breast cancer risks and risk prediction models, Engel C, Fischer C., Breast Care Basel. 2015 Feb;10(1):7-12).

Contrasto alle diseguaglianze

La letteratura dimostra che vi sono disuguaglianze sociali e territoriali che fanno sì che i programmi di screening non riescano a coinvolgere alcuni gruppi di popolazione, ipotesi supportata anche da recenti evidenze nazionali basate sull'Indagine ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari e da studi locali (Francovich L. et al Screening dei tumori femminili: evoluzione delle diseguaglianze sociali e territoriali. AIE, Napoli 6.11.2014; Gallo F. et al. Partecipazione e indicatori diagnostici nei programmi piemontesi per gli screening femminili: differenza tra donne italiane e donne immigrate, ibidem).

Anche l'appartenere a gruppi con disagio mentale può implicare minore adesione: per questo motivo è in corso un progetto finanziato (bando CCM 2012) per valutare eventuali differenze di adesione e realizzare interventi di promozione degli screening tra le utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Inoltre, per valorizzare ulteriormente i programmi di screening quali modalità organizzativa che consente (e attivamente promuove) l'accesso ad una diagnosi precoce ed agli eventuali trattamenti superando le disuguaglianze (culturali, sociali, economiche) ed offrendo a tutta la popolazione target interventi di qualità, si intende adottare provvedimenti regionali finalizzati a privilegiare i programmi organizzati rispetto allo screening spontaneo, intervenendo sui criteri di esenzione ticket.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione Nell'ambito dei programmi organizzati di screening è prevista la raccolta sistematica dei dati necessari al monitoraggio e alla valutazione, dati che vengono regolarmente utilizzati per inviare le survey annuali all'Osservatorio Nazionale Screening e per i flussi verso il DWH nazionale e verso il Ministero. Inoltre a livello regionale vengono sistematicamente monitorati i principali indicatori GISCi, GISMa e GISCoR per la valutazione dei programmi anche ai fini del monitoraggio dei piani aziendali. Per la valutazione del piano di comunicazione (screening oncologici) è prevista l'effettuazione di una survey ad hoc.				
TARGET: Screening del cancro della cervice uterina: donne da 25 a 64 anni Screening del cancro della mammella: donne da 50 a 69 anni, esteso a 74 anni nelle donne già aderenti Screening del cancro del colon retto: uomini e donne da 50 a 69 anni esteso a 74 anni nelle persone già aderenti Screening audiologico, screening oftalmologico, screening metabolici: 0-36 mesi				
SETTING	Scuola ☐	Comunità **X**	Ambienti sanitari **X**	Ambienti di lavoro ☐
ANALISI DEI RISCHI E SOSTENIBILITÁ				
L'introduzione dell'HPV-Dna come test primario per lo screening della cervice uterina comporta riconversione del programma, cambiamento culturale nella popolazione target con compresenza di modalità di screening diverse a seconda dell'età, difficoltà di gestione dell'esito positivo in presenza di paptest negativo, resistenza dei professionisti. Si tratta di programmi definiti finanziati e gestiti dalla regione: a contrasto dei rischi sopraelencati, sono pianificate azioni di formazione del personale, iniziative di comunicazione adeguate per la popolazione target. Le criticità di tipo organizzativo sono gestite nell'ambito dell'ordinaria negoziazione degli obiettivi aziendali.				

Macro obiettivo	**1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT**				
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	Mantenere l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening) >=95%	**1.12.1** Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della cervice uterina sulla popolazione bersaglio	Anno 2014: 97,9%%	100%	100%
		1.12.1 Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening mammografico sulla popolazione bersaglio	Anno 2014: 98,9%%	100%	100%
		1.12.1 Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening colorettale sulla popolazione bersaglio	Anno 2014: 98,2%	100%	100%

Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	Aumentare l'adesione e la copertura dei tre programmi di screening anche con iniziative finalizzate a raggiungere i non aderenti	**1.13.1** Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (screening cervicale)	Anno 2013: 65,9% (fonte ONS)	50%	70%
		1.13.1 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (screening mammografico)	Anno 2013: 55,1% (fonte ONS)	60%	70%
		1.13.1 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (screening colorettale)	Anno 2013: 61,57 (fonte ONS)	50%	70%
Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	Progettare la riconversione del programma di screening per la prevenzione dei tumori della cervice uterina. Predisporre i criteri e il capitolato della gara regionale d'appalto per l'acquisto del test HPV-DNA	**1.14.1** Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)	non rilevato	100% entro 2016	100% entro 2016
		1.14.2 Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	non rilevato	100%	100%
Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	Definire protocolli regionali condivisi per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella ed il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza	**1.15.1** Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	non rilevato	100% entro 2016	100% entro 2016
		1.15.2 Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	non rilevato	100%	100%

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza 2014	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Mantenere l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening) >95%	**1.12.1**	Banca dati regionale	97,9% cervice 98,9 mammella 98,2 colon	mantenimento	miglioramento	miglioramento	100%

Risultati	Diminuzione delle lettere inesitate	% lettere inesitate	accesso DB INSIEL	:colon retto 4287 (1,8%) cervice 2180 (2,1%) mammella 1167 (1,1%)	mantenimento	decremento	decremento	<5%
	Aumento percentuale di comuni con anagrafe allineata	% comuni allineati	INSIEL	2014: 87% (188 comuni su 216)	mantenimento	aumento	aumento	96% (208 comuni allineati su 216)
Azioni	Monitorare le lettere inesitate Allineamento, con INSIEL, dell'anagrafica sanitaria con anagrafiche comunali: Verifica di fattibilità, stato attuale, numero di comuni allineati, sollecito ai comuni in favore dell'integrazione tra anagrafe sanitaria e anagrafe comunale, Monitoraggio integrazione							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Monitorare le lettere inesitate	X		X		X		X	
Allineamento, con INSIEL, dell'anagrafica sanitaria con anagrafiche comunali: verifica di fattibilità, stato attuale, numero di comuni allineati	X		X		X		X	
Sollecito ai comuni in favore dell'integrazione tra anagrafe sanitaria e anagrafe comunale		X		X		X		
Monitoraggio integrazione							X	X

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza ANNO 2013	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Aumentare l'adesione e la copertura dei tre programmi di screening anche con iniziative finalizzate a raggiungere i non aderenti	**1.13.1 INDICATORE SENTINELLA**[2]	Sistema informativo regionale ONS	65,9% cervice	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
			55,1% mammella	miglioramento	miglioramento	miglioramento	>60%
			61,57 colon	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento

[2] Adesioni definite e documentate su ONS e Sistema Informativo Sanitario Regionale

						mento	mento	mento
Risultati	Delibera regionale di modifica dei criteri di esenzione alla partecipazione alla spesa Un evento formativo per MMG; tre eventi formativi per operatori dei programmi Accordo e protocollo operativo regione Federfarma per lo screening colorettale Accordo partecipazione MMG ai programmi regionali di screening	Delibera Eventi formativi Delibera Delibera	Atti della regione	2014: non rilevato	DGR 25% accordo accordo	50% protocollo	75%	100%
Azioni	Adottare provvedimenti regionali finalizzati a privilegiare i programmi organizzati rispetto allo screening spontaneo con modifica dei criteri di esenzione. Programmare eventi formativi per operatori dei programmi e MMG. Formalizzare la partecipazione dei farmacisti nel programma di screening colorettale. Riorganizzare il coinvolgimento attivo dei MMG per raggiungere le persone non aderenti							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Adottare provvedimenti regionali finalizzati a privilegiare i programmi organizzati rispetto allo screening spontaneo con modifica dei criteri di esenzione		X						
Programmare eventi formativi per operatori dei programmi e MMG		X		X		X		X
Formalizzare la partecipazione dei farmacisti nel programma di screening colorettale		X						
Estendere ai privati accreditati la partecipazione ai programmi regionali di screening		X						

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Predisporre un piano di comunicazione per la diffusione della conoscenza dei programmi di screening		Piano recepito con atto regionale		ANNO		1		
Risultati	Attuazione del piano per la comunicazione in tema di screening	Consulenza Mappatura			1 1			

Azioni	Acquisire una consulenza qualificata in tema di comunicazione. Effettuare una mappatura dell'esistente con analisi dei motivi di non adesione, con coinvolgimento degli stakeholders. Redigere piano di comunicazione. Coinvolgere proattivamente gli operatori dell'informazione. Formare gli operatori impegnati nel dialogo con i cittadini.							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Acquisire una consulenza qualificata in tema di comunicazione		X						
Effettuare una mappatura dell'esistente con analisi dei motivi di non adesione, con coinvolgimento degli stakeholders		X	X					
Redigere piano di comunicazione			X					
Coinvolgere proattivamente gli operatori dell'informazione		X	X	X	X			
Formare gli operatori impegnati nel dialogo con i cittadini				X	X			

Obiettivo specifico		Indicatori **INDICATORI SENTINELLA**[3]	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Progettare la riconversione del programma di screening per la prevenzione dei tumori della cervice uterina. Predisporre i criteri e il capitolato della gara regionale d'appalto per l'acquisto del test HPV-DNA.		Programma definito	Atti regionali	ANNO Non disponibile				Programma avviato
Risultati	Programma definito Analisi conclusa Personale formato Laboratorio unico per analisi hpv-dna test e per la refertazione dei paptest	Analisi		2014: non rilevato	presente			
		Programma definito		2014: non rilevato		presente		
		Capitolato per test hpv-dna		2014: non rilevato			presente	
Azioni	Effettuare un'analisi delle implicazioni organizzative, economiche e cliniche per la riconversione del programma a livello regionale e conseguente individuazione dei criteri per la formulazione del capitolato per test hpv-dna. Pianificare e svolgere formazione del personale. Iniziative di comunicazione adeguate per la popolazione target. Inserire obiettivi aziendali specifici in negoziazione.							

[3] Documentati da atti formali e/o relazioni specifiche della regione

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Effettuare un'analisi delle implicazioni organizzative, economiche e cliniche per la riconversione del programma a livello regionale e conseguente individuazione dei criteri per la formulazione del capitolato per test hpv-dna		x	x	x				
Pianificare e svolgere formazione del personale					x	x		
Iniziative di comunicazione adeguate per la popolazione target						x	x	x
Inserire obiettivi aziendali specifici in negoziazione					x	x		

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Definire protocolli regionali condivisi per l'identificazione delle donne con profilo di rischio eredo-familiare per tumore della mammella ed il loro inserimento in programmi individualizzati di controlli periodici di sorveglianza		Documento proposto per l'adozione		2014: non rilevato		presente		
Risultati	Protocollo regionale definito							
Azioni	Istituire gruppo di lavoro per la stesura di una proposta di protocollo regionale rivedere il protocollo con gli specialisti. Individuare i centri di riferimento per il rischio eredo-famigliare.							

CRONOPROGRAMMA

	2015		2016		2017		2018	
Istituire gruppo di lavoro per la stesura di una proposta di protocollo regionale		X						
Rivedere il protocollo con gli specialisti			X					
Individuare i centri di riferimento per il rischio eredo-famigliare				X				

Macro obiettivo	**2 Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali**				
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Consolidamento del progetto regionale di identificazione precoce del danno uditivo permanente in età pediatrica, miglioramento dell'organizzazione e informatizzazione e implementazione della sorveglianza audiologica 0-36 mesi da parte dei pediatri di libera scelta.	**2.1.1** Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	Screening presente nei punti nascita ma non standardizzato né registrato	Tutte le Regioni hanno attivato lo screening in tutti i punti nascita	Attivato lo screening audiologico neonatale in tuti i punti nascita
Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Consolidamento e sviluppo dello screening oftalmologico neonatale in tutti i Punti nascita	**2.2.1** Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale	Screening presente nei punti nascita ma non standardizzato né registrato	Tutte le Regioni hanno attivato lo screening in tuti i punti nascita	Attivato lo screening oftalmologico neonatale in tuti i punti nascita
Screening neonatale metabolico esteso	Produrre un report annuale regionale del monitoraggio del TSH neonatale Valutazione sulla attivazione di un programma di i screening neonatale metabolico esteso, come da indicazioni ministeriali	**10.10.1** Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale in ottemperanza all'Intesa Stato regioni del 22 febbraio 2009	Non rilevato	In ogni Regione è attivato il sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in uso	Attivo il sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in uso

	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
	Consolidamento e sviluppo dello screening oftalmologico neonatale in tutti i Punti nascita.	n° neonati sottoposti a screening	Sistema informativo regionale	Dato non disponibile				100% dei nati
Risultati	In ogni punto nascita verranno applicate le procedure standardizzate sullo screening identificando il percorso per le indagini di primo e secondo livello, il cui esito sarà registrato sul sistema informativo regionale, al fine di avere non solo un report con il numero di neonati scrinati ma anche con l'obiettivo di avere l'esito e seguirli nel percorso di secondo livello, attivando correttivi per evitare eventuali perdite di controlli, interessando al proposito tutti gli operatori coinvolti nel percorso diagnostico.	Procedura per l'esecuzione dello screening oftalmologico regionale	Atti			1	1	

Azioni	Ricognizione delle modalità operative di screening in uso nei centri nascita Individuazione di referenti dello screening dei punti nascita Stesura di una procedura certificata di screening regionale con identificazione dei percorsi di Indagine di primo e secondo livello Diffusione e applicazione della procedura in tutti centri nascita Informazione e formazione sulla procedura degli operatori coinvolti nello screening e dei pediatri di libera scelta Inserimento nel sistema informativo regionale della rilevazione ed esito dello screening	N. eventi organizzati	Presenze operatori					

CRONOPROGRAMMA

Azioni	*2015*		*2016*		*2017*		*2018*	
Ricognizione delle modalità operative di screening in uso nei centri nascita		x						
Individuazione dei referenti dello screening in tutti i punti nascita		x						
Stesura di una procedura certificata di screening regionale con identificazione dei percorsi di screening di primo e secondo livello		x	x					
Diffusione e applicazione della procedura in tutti centri nascita				x	x	x		
Informazione e formazione sulla procedura degli operatori coinvolti nello screening e dei pediatri di libera scelta				x	x	x		
Inserimento nel sistema informativo regionale della rilevazione ed esito dello screening				x	x	x	x	

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Consolidamento del progetto regionale di identificazione precoce del danno uditivo permanente in età pediatrica, miglioramento dell'organizzazione e informatizzazione e implementazione della sorveglianza audiologica 0-36 mesi da parte dei pediatri di libera scelta		n° neonati sottoposti a screening	Sistema informativo regionale	Dato non disponibile				100% dei nati
Risultati	Ogni centro nascita deve avere la dotazione strumentale conforme agli standard definiti e un percorso definito in caso di guasto dell'apparecchiatura. Applicare le procedure validate per l'esecuzione dello screening il cui esito sarà registrato sul sistema informativo regionale. Gli operatori saranno formati al fine di uniformare le attività e la manutenzione della strumentazione.	Procedura per l'esecuzione dello screening audiologico regionale	Atti			1		
Azioni	Ricognizione della dotazione strumentale in uso nei centri nascita. Individuazione di referenti dello screening dei punti nascita. Valutazione per eventuale acquisizione regionale di nuove apparecchiature. Stesura di procedure standardizzate e validate per l'esecuzione dello screening. Diffusione delle procedure in tutti i punti nascita. Formazione degli operatori addetti allo screening. Inserimento nel sistema informativo regionale della rilevazione ed esito dello screening.	n° eventi organizzati	Presenze operatori				1	

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Ricognizione della dotazione strumentale in uso nei centri nascita		x						
Individuazione di referenti dello screening dei punti nascita		x						
Valutazione per eventuale acquisizione regionale di nuove apparecchiature			x					
Stesura di procedure standardizzate e validate per l'esecuzione dello screening e loro diffusione		x	x	x				
Formazione degli operatori addetti allo screening					x	x		
inserimento nel sistema informativo regionale della rilevazione ed esito dello screening				x	x	x	x	

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Valutazione sulla attivazione di un programma di i screening neonatale metabolico esteso, come da indicazioni ministeriali Produrre un report annuale regionale del monitoraggio del TSH neonatale		**10.10.1** Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale in ottemperanza all'Intesa Stato regioni del 22 febbraio 2009	Atti della regione Banca dati ISS	Non disponibile				Attivo il sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in uso
Risultati	Elaborato uno studio di estensione del programma regionale di screening metabolico esteso Diffuso e applicato nei centri nascita il format per la trasmissione del monitoraggio neonatale del TSH all'ISS	report all'ISS del TSH	Report		-	1	2	3
Azioni	Recepire le indicazioni ministeriali, diffonderle ed applicarle in tutti i punti nascita standardizzare secondo accordo stato regione 26/02/09 trasmissione all'ISS del monitoraggio TSH neonatale Studio su estensione del programma di screening neonatale metabolico secondo indicazioni ministeriali	studio si estensione screening neonatale	documento				1	

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Studio sull' estensione del programma di screening neonatale metabolico secondo indicazioni ministeriali			x	x	x	x		
Standardizzare la trasmissione del TSH neonatale all'ISS in tutti i centri nascita			x	x	x	x	x	x

Programma III: "Salute e sicurezza nelle scuole – Benessere dei giovani"

Razionale e descrizione del programma

Dallo studio multicentrico internazionale, svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa, HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), emerge che in Friuli Venezia Giulia 6 ragazzi su 10 riferiscono insonnia, ansia e disturbi dell'umore oltre che digestivi, per più di una volta alla settimana. Lo sviluppo e la severità di queste condizioni dipende principalmente dalla vulnerabilità individuale, dall'esposizione a fattori ambientali avversi, dalla frequenza degli eventi stressanti. I risultati di alcuni studi mostrano che le ore di sonno sono inversamente correlate alle variabili di ideazione suicidaria, ansia, problemi emotivi, di condotta e di relazione tra pari . Indagando la percezione del contesto scolastico da parte degli studenti si nota che sono i ragazzi di 11 anni e le ragazze di 15 anni a sentire in maniera più forte lo stress associato alla vita scolastica. Rispetto al coinvolgimento degli studenti nell'organizzazione all'interno della scuola, solo 1 ragazzo su 2 dice di sentirsi coinvolto. Solo il 40% dei ragazzi e delle ragazze pensa di essere trattato in modo giusto dai propri insegnanti sebbene più della metà ritenga di poter ricevere un aiuto supplementare. Inoltre il 50% del campione non si sente incoraggiato a esprimere il proprio punto di vista. Probabilmente è anche per questo che al 40% dei ragazzi non piace tanto o per nulla la scuola.

I fattori che promuovono la resilienza in età evolutiva sono riassumibili in:

1. esistenza di un legame significativo con un adulto, non necessariamente un genitore o un congiunto, in grado di sostenere e accompagnare il giovane nei momenti di difficoltà;
2. appartenenza a un gruppo che assicuri un livello adeguato di sostegno sociale, anche attraverso il riconoscimento delle capacità di ruolo;
3. capacità di cogliere un significato e una direzione nelle proprie esperienze, sottraendole a un vissuto di caos e di destino inesorabile;
4. percezione di un senso profondo del valore di sé come persona.

Le competenze educative dei genitori (o in generale degli adulti nel ruolo di caregiver) sono importanti nel favorire i processi di resilienza.

Le life skills risultano essere la strategia complessiva di riferimento per aumentare la resilienza e ridurre la vulnerabilità individuale nei confronti di agenti stressanti (OMS 1993) ed è su questo principio che le strategie dedicate ai giovani in Friuli Venezia Giulia intendono raggiungere con la logica life-course, la maggior parte degli interlocutori disponibili nella comunità. Poiché un alto livello di benessere è sinergico anche ad un maggior livello di apprendimento, obiettivo tradizionale dell'educazione, il contesto scolastico sarà particolarmente importante nella costruzione di percorsi. Essi saranno articolati in un flusso di continuità, per garantire l'equità nel trasferimento delle life skills, la capacità di riconoscere i fattori di rischio con l'attivazione di piani di rinforzo personalizzati sulla resilienza e la presa in carico ove necessario. Un umore positivo induce aumento dell'attenzione, pensiero creativo e olistico, al contrario un umore negativo produce disattenzione, aumento del pensiero critico e analitico. Il benessere dovrebbe essere insegnato a scuola come antidoto alla depressione, come veicolo per aumentare la propria soddisfazione nella vita, e come aiuto per migliorare l'apprendimento e la creatività. In questa logica si articola il percorso di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare che si pone l'obiettivo di sostenere i contesti di vita e di apprendimento, a favore della salute dei giovani nelle età dello sviluppo.

Tutto quanto sopra esposto sostiene un programma che vede nelle scuole il setting privilegiato per promuovere comportamenti sani, ed in ragione di ciò diventa indispensabile anche intervenire sul contesto favorendo da parte della scuola e degli enti gestori un'offerta alimentare più salubre e promuovendo interventi sulla tutela della sicurezza e salute negli ambienti di vita, studio e lavoro, attraverso un'attività educativa e informativa, ma anche preventiva, indirizzata prioritariamente nei confronti dei giovani cittadini e dei futuri lavoratori. In linea con l'approccio di Guadagnare salute, che integra l'azione sui comportamenti con quella di contesto e sui fattori ambientali, si intende lavorare in raccordo con le istituzioni scolastiche per migliorare aspetti della vita scolastica che possono influire sulle condizioni di salute dei ragazzi (mense scolastiche, distribuzione automatica di alimenti, utilizzo di zaini troppo pesanti, percorsi casa scuola…)

Evidenze

- Marsland AL, Adversity and inflammation among adolescents: a possible pathway to long-term health risk, Psychosom Med. 2013 Jun;75(5):438-41. doi: 10.1097/PSY.0b013e3182983ea6. Epub 2013 May 30;
- Charmandari, Achermann, Carel, Soder, Chrousos, Stress response and child health, Sci Signal. 2012 Oct 30;5(248):mr1. doi: 10.1126/scisignal.2003595.
- Constantine Tsigos, CharikleiaStefanaki, George I Lambrou, Dario Boschiero, George P Chrousos, Stress And Inflammatory Biomarkers And Symptoms Are Associated With Bio-Impedance Measures. European Journal of ClinicalInvestigation 11/2014; DOI:10.1111/eci.12388
- Dobbins, M., De Corby, K., Robeson, P., Husson, H., &Tirilis, D. (2009). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents

aged 6-18. Cochrane Database SystRev, 1(1)

- Langford, R., Campbell, R., Magnus, D., Bonell, C. P., Murphy, S. M., Waters, E., & Gibbs, L. F. (2011). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well - being of students and staff. The Cochrane Library

Contrasto alle diseguaglianze

I progetti proposti sono di tipo universalistico. Vi è evidenza dell'accessibilità ai servizi disponibili da parte di tutta la popolazione interessata. Il materiale è prodotto in più lingue e sperimentato nella sua fruibilità da parte delle associazioni dei cittadini

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

Il programma fa riferimento al programma nazionale HBSC e ai questionari presenti nel testo di riferimento "Definizione di obiettivi e soluzione dei problemi" Morosini P. e Gigantesco A.

TARGET: alunni e docenti delle scuole primarie e secondarie

SETTING	Scuola ☒	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐

ANALISI DEI RISCHI e Sostenibilità:

La sostenibilità è garantita dall'alleanza del sistema sanitario con partner istituzionali ed esperti di linguaggi social e media.

Possibili rischi – da contrastare nella programmazione con le aziende sanitarie – la frammentazione degli interventi e la mancanza di coordinamento del setting sanitario

Macro obiettivo	**1.Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT** **3.Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti** **4.Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)** **5.Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti** **7.Prevenire infortuni e malattie professionali** **Accountability e sostenibilità: rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci**

Obiettivi centrali	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale Rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci	Accordo quadro con ufficio scolastico regionale per definire e sostenere le linee di intervento in promozione della salute nelle scuole Realizzazione di un piano strategico con l'obiettivo di estendere la rete di scuole che promuovono la salute e di assicurare uguali possibilità di accesso a progetti efficaci a tutte le scuole del territorio regionale	**1.1.1** Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	Accordo scaduto da oltre due anni	Da definire	Accordo rinnovato
		1.1.2 Proporzione di regioni che hanno recepito gli accordi	Da definire a livello nazionale		Atti recepiti

Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	Promuovere e diffondere progetti riconducibili alla cornice delle scuole che promuovono salute anche in continuità con le esperienze già in corso	**1.3.1** Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Non rilevato	100% regione raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione	10%
Aumentare il consumo di frutta e verdura Ridurre il consumo eccessivo di sale	Sostenere l'adozione delle Linee guida regionali sulla alimentazione in collaborazione con Comuni, Ambiti e istituzioni educative, a garanzia anche del benessere e equità sociale per tutti	**1.7.2** Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano abitualmente 2 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	38% frutta 36% verdura	+15%	43,7% frutta 41,4 % verdura
		1.8.2 Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero del sale	2013 28,6%	-30%	20%
Rafforzare le capacità di resilienza Aumentare la percezione del rischio e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	Avviare iniziative per stimolare l'intelligenza emotiva e le competenze socio-emozionali attraverso la traduzione didattica multidisciplinare e azioni sul contesto: condivisione delle strategie di intervento	**3.1.1** Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Non rilevato	100% regione raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione	10%
		4.1.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	30%		Almeno 30 % degli istituti scolastici
Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	Promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	**7.6.1** Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Non rilevato	100% regione raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione	10%
Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale Analisi del flusso segnalazione/presa in carico di soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o disturbi del comportamento alimentare (DCA) e dei percorsi in atto sul rinforzo delle life skill	**3.2.1** Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi (definito come Numero di incontri tra professionisti sanitari e della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale)	Non disponibile	Almeno 1 incontro/anno in ogni regione	Almeno 1 incontro/anno

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Accordo quadro con ufficio scolastico regionale per definire e sostenere le linee di intervento in promozione della salute nelle scuole		**1.1.1** accordo quadro intersettoriale attivato **INDICATORE SENTINELLA**	Atti	Accordo scaduto		1		
Risultati	Realizzati degli incontri Scritto accordo con finalità e obiettivi Formalizzato l'atto e diffuso nelle scuole e aziende sanitarie	Verbali Accordo Delibera/decreto						
Azion	Avvio dei contatti con soggetti interessati Stesura accordo con finalità ed obiettivi in particolare riconducibili alla rete SHE Formalizzazione e diffusione dello stesso							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	*2015*		*2016*		*2017*		*2018*	
Avvio dei contatti con soggetti interessati		x						
Stesura accordo con finalità ed obiettivi in particolare riconducibili alla rete SHE			x	x				
Formalizzazione e diffusione dello stesso				x				

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Realizzazione di un piano strategico con l'obiettivo di estendere la rete di scuole che promuovono la salute e di assicurare uguali possibilità di accesso a progetti efficaci a tutte le scuole del territorio regionale		n. Scuole che hanno aderito alla rete SHE **INDICATORE SENTINELLA**		zero	-	-	2	4 (cumulativo)
Risultati	- Costituito un gruppo di lavoro - Redatti i requisiti di accreditamento per la certificazione delle scuole che promuovono salute - Avviati contatti con la rete SHE e identificazione prassi per l'adesione - Scuole informate sulla rete SHE - Catalogo regionale di programmi che promuovono la salute - Mappatura delle associazioni di genitori - evento	n. Scuole raggiunte dalla proposta di progettazione	Atti				20%	50%

Azioni	-Identificazione stakeholders e organizzazione di un gruppo di lavoro - Elaborazione dei requisiti necessari all'accreditamento e del cronoprogramma utile alla certificazione delle scuole -Coordinamento con SHE (Schools for Health in Europe) -Diffusione nelle scuole del progetto di accreditamento -Elaborazione di una bozza di catalogo regionale condivisa con il tavolo regionale sui programmi che promuovono salute; -Ricognizione ONLUS famiglie/genitori attive sul territorio e rappresentanti dei genitori eletti presso le scuole; -Attivazione circuito di comunicazione con le ONLUS di genitori e i rappresentanti dei genitori in ambito scolastico per promuovere percorsi formativi su temi inseriti in HBSC o di interesse locale; -Organizzazione di un evento con i rappresentanti di tutti i contesti sociali per il consolidamento delle strategie di empowerment di comunità.							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Identificazione stakeholders e organizzazione gruppo di lavoro Elaborazione dei requisiti necessari all'accreditamento e del cronoprogramma utile alla certificazione delle scuole			x	x				
Coordinamento con SHE (Schools for Health in Europe)				x				
Diffusione nelle scuole del progetto di accreditamento					x	x	x	x
Elaborazione di una bozza di catalogo regionale condivisa con il tavolo regionale sui programmi che promuovono salute;						x		
Ricognizione ONLUS famiglie/genitori attive sul territorio e rappresentanti dei genitori eletti presso le scuole;						x	x	x
Attivazione circuito di comunicazione con le ONLUS di genitori e i rappresentanti dei genitori in ambito scolastico per promuovere percorsi formativi su temi inseriti in HBSC o di interesse locale;							x	x
Organizzazione di un evento con i rappresentanti di tutti i contesti sociali per il consolidamento delle strategie di empowerment di comunità.								x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Promuovere e diffondere progetti riconducibili alla cornice delle scuole che promuovono salute anche in continuità con le esperienze già in corso	**4.1.1** Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	report	30%	mantenimento			30%

Risultati	- Incontri con i docenti delle scuole aderenti - Evento formativo a inizio anno scolastico - Implementazione di progetti validati - Realizzato evento	n. buone partiche avviate	report	report	1	2	3	4 cumulativo
Azioni	- Avviare degli incontri con docenti e studenti delle scuole per consolidare programmi di benessere scolastico sostenibile - Formazione dei docenti sulla strategia life skills come base di riferimento su tutti i fattori di rischio - Continuità delle buone pratiche (unplugged, luoghi per la salute, progetti di peer education o di sviluppo delle life skills, educazione normativa, open mind… ecc)							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	*2015*		*2016*		*2017*		*2018*	
Avviare degli incontri con docenti e studenti delle scuole coinvolte per consolidare programmi di benessere scolastico sostenibile	x	x	x	x	x	x	x	x
Formazione dei docenti sulla strategia life skills come base di riferimento su tutti i fattori di rischio		x		x		x		x
Continuità delle buone pratiche (unplugged, luoghi per la salute, progetti di peereducation o di sviluppo delle life skills)		x		x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Sostenere l'adozione delle Linee guida regionali sulla alimentazione in collaborazione con Comuni, Ambiti e istituzioni educative, a garanzia anche del benessere e equità sociale per tutti Inserito nel Programma XV "Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile"		% di gare con elementi finalizzati a promuovere stili alimentari salutari	Banca dati dei SIAN	Non disponibile	Avvio lavori		5%	10%
Risultati	gare di appalto in grado di favorire e garantire nella ristorazione scolastica maggior consumo di frutta e verdura, meno sale ma iodato, prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta (vedi programma XV) formatori delle imprese formati	n. corsi formazione formatori imprese di ristorazione collettiva	atti		Avvio lavori	1 regionale	1/anno aziendale	1/anno aziendale

Azioni	**1.Supportare PA e Enti pubblici nella stesura delle gare:** - sensibilizzare PA e Enti (Federsanità ANCI) - censire le attività/sedi di ristorazione collettiva soggette a gara - partecipare alla stesura della gare d'appalto per favorire, attraverso l'applicazione delle linee guida regionali, il maggior consumo di frutta e verdura, la diminuzione del consumo di sale, utilizzando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta - verificare e monitorarel'applicazione/adesione alle linee guida regionali/nazionali nel setting "scuola" 2. **Realizzare una formazione per formatori OSA , in collaborazione con Associazioni/ditte di Ristorazione Collettiva, finalizzata a promuovere stili alimentari salutari** a) organizzare corso di formazione regionale b) replicare a livello aziendale	**INDICATORE SENTINELLA**						

Cronoprogramma presente nel programma XV

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Avviare iniziative per stimolare l'intelligenza emotiva e le competenze socio-emozionali attraverso la traduzione didattica multidisciplinare e azioni sul contesto: condivisione delle strategie di intervento sul modello Sistema What's Up		n. iniziative promosse nei contesti di studio e vita	Report	Non disponibile	10% dei contesti individuati è stato coinvolto	15% dei contesti individuati è stato coinvolto	20% dei contesti individuati è stato coinvolto	50% dei contesti individuati è stato coinvolto
Risultati	1. Sono raccolti ed analizzati i bisogni che emergono dai gruppi di interesse (esempio modello Faceschool) 2. Inserimento nella didattica di strategie interattive con i ragazzi protagonisti 3. Sono in uso metodologie comunicative adeguate al mondo giovanile 4. Identificate associazioni sportive da coinvolgere nella progettazione 5. Avviati gruppi di lavoro per la diffusione di percorsi di benessere in ambito sportivo	n. Incontri aziende sanitarie che coinvolgono le associazioni sportive	verbali			1 25%	2 75%	3 100%

Azioni	1. attivare dei focus group con studenti, insegnanti e stakeholders della comunità 2. condivisione e progettazione dei programmi educativi utilizzando le nuove tecnologie e la strategia Learning by doing-imparare facendo" per favorire l'apprendimento 3. attivare incontri formativi ed interattivi sul corretto uso dei moderni modelli comunicativi di tipo tecnologico 4. identificare associazioni sportive per avviare progetti sulle life skills 5. attivare gruppi di lavoro su promozione e diffusione di percorsi di benessere in ambito sportivo							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	*2015*		*2016*		*2017*		*2018*	
attivare dei focus group con studenti, insegnanti e stakeholders della comunità				x		x		x
condivisione e progettazione dei programmi educativi utilizzando le nuove tecnologie e la strategia Learning by doing-imparare facendo" per favorire l'apprendimento				x		x		
attivare incontri formativi ed interattivi sul corretto uso dei moderni modelli comunicativi di tipo tecnologico				x	x	x	x	x
identificare associazioni sportive per avviare progetti sulle life skills						x	x	x
attivare gruppi di lavoro su promozione e diffusione di percorsi di benessere in ambito sportivo							x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico		**7.6.1** Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Atti AAS	2014 non disponibile	-	3%	6%	10%
Risultati	Istituzione di rete di lavoro con le scuole per promuovere la cultura della salute e sicurezza nella scuola Studenti formati sulla salute e sicurezza sul lavoro Sito web "sicurscuola" aggiornato	Tavolo di confronto Sito web aggiornato						
Azioni	Istituire tavolo di confronto tra Ufficio Scolastico Regionale, Scuole e aziende sanitarie su temi di salute (compresa la eventuale gestione di studenti diabetici) e sicurezza nelle scuole Collaborare con USR alla formazione delle figure interne che compongono i Servizi di Prevenzione e Protezione delle Scuole; Collaborare alla formazione degli studenti su salute e sicurezza sul lavoro Mettere in rete esperienze e materiali							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Istituire tavolo di confronto tra Ufficio Scolastico Regionale, Scuole e PSAL su temi di salute e sicurezza nelle scuole			x					
Collaborare con USR alla formazione delle figure interne che compongono i Servizi di Prevenzione e Protezione delle Scuole;			x	x	x	x		
Collaborare alla formazione degli studenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro				x	x	x	x	
Mettere in rete esperienze e materiali		x		x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale Analizzare il flusso segnalazione/presa in carico di soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o disturbi del comportamento alimentare e i percorsi in atto sul rinforzo delle life skills (strategia inclusa nel Sistema What's Up)		**3.2.1** Numero di incontri tra professionisti sanitari e della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio sociale) **INDICATORE SENTINELLA**	Verbali			1	2	3 (cumulativo)
Risultati	- disponibilità di una flow chart a livello aziendale - disponibilità check list sul rischio e sperimentazione - utilizzo della check list nei contesti educativi da parte dei soggetti formati - percorsi definiti	Flow chart a livello aziendale Check list			1	1		
Azioni	- Definizione da parte di un gruppo di professionisti (DSM, neuropsichiatria e neuropsicologia dello sviluppo, pediatria ospedaliera, pediatri di libera scelta, consultori) di una flow chart per identificare i percorsi di collegamento fra scuola e servizi sanitari - Identificazione di una check list sul rischio in adolescenza. - Formazione dei docenti per l'applicazione della check list - Avvio di un percorso per l'inserimento in progetti personalizzati di resilienza	Evento formativo				1	2	3 (cumulativi)

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Definizione di una flow chart per identificare i percorsi di collegamento fra scuola e servizi sanitari			x		x		x	
Identificazione di una check list sul rischio in adolescenza		x						
Formazione per l'applicazione della check list			x		x		x	
Avvio di un percorso per l'inserimento in progetti personalizzati di resilienza				x		x		x

Programma IV: "Prevenzione delle dipendenze"

Razionale e descrizione del programma

Nella Regione Friuli Venezia Giulia il fenomeno delle dipendenze sta avendo un impatto sempre maggiore sui sistemi sanitari e sociali soprattutto per il carico di costi umani e sociali delle malattie e delle morti direttamente e indirettamente correlate al problema. Si stima che circa un quinto della mortalità totale sia correlato a problematiche di dipendenza. Dai dati raccolti dai Servizi per le dipendenze emergono importanti aumenti degli utenti con problemi comportamentali come il gioco d'azzardo patologico (utenza triplicata rispetto al 2011) e dati preoccupanti sui giovani relativamente a comportamenti di addiction per alcol, fumo e cannabinoidi. Da una survey effettuata nel 2013 emerge che il 7% dei ragazzi intervistati dichiara di aver consumato tali sostanze prima dei 14 anni. Relativamente all'utenza che si rivolge ai servizi, nel corso del 2013, i Dipartimenti delle dipendenze hanno preso in carico quasi 10.000 persone, principalmente per problemi alcol correlati o di tossicodipendenza. Questo dato naturalmente non esaurisce, ma sottostima il numero di persone con problemi di addiction. All'interno di questa situazione particolarmente difficile e complessa, i giovani rappresentano la fascia di popolazione più a rischio e più indifesa. Risulta indispensabile, per questi motivi, rafforzare la rete, articolata e coordinata, di attori pubblici, del privato sociale e delle organizzazioni di volontariato, attualmente garantita dal lavoro dei Dipartimenti delle Dipendenze. La prevenzione, primaria e secondaria, gioca un ruolo rilevante nell'arginare il fenomeno della dipendenza da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali (GAP, sex addiction, internet addiction, shopping compulsivo, etc.). Pertanto è essenziale definire strategie integrate focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita attraverso i metodi di "early detection", "life skills education" e "peer education". Si tratta sia di diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza, sia di sviluppare modalità di riconoscimento e aggancio precoce.

Evidenze

Tra gli interventi sui determinanti ambientali le strategie indicate che rivestono importanza sono quelle che mirano alla de-normalizzazione dell'uso di sostanze nel quadro di un approccio di promozione della salute. Le prove scientifiche sono ancora limitate, ma suggeriscono alcuni interventi di setting:

- scuole che promuovono la salute, con l'adozione di policy in cui il fumo e l'alcol sono esplicitamente proibiti in ogni ambiente scolastico e in ogni orario (inclusi gli spazi pubblici antistanti la scuola, le gite scolastiche ecc.);
- famiglie che promuovono salute, in cui i genitori escludano l'uso di tabacco nelle case e utilizzino l'alcol in modo moderato nei limiti del pasto;
- interventi di regolazione dell'uso dell'alcol e del fumo in ambiente di lavoro, di vita, di svago, nel quadro di strategie di promozione della salute.

Anche gli interventi di comunicazione per la salute (attraverso vecchi e nuovi media) e di marketing sociale, volti alle de-normalizzazione dell'uso di tabacco e dell'abuso di alcol cominciano ad avere apprezzabili prove di efficacia.

La prevenzione del Gioco d'azzardo patologico merita un esame a parte, in quanto ha caratteristiche differenti: ha un apparato di ricerca molto inferiore e più recente, che impedisce ancora di riconoscere interventi chiaramente efficaci; inoltre i gruppi di popolazione a rischio non sono completamente sovrapponibili.

Le strategie in campo riguardano comunque anche nel caso del GAP:

- interventi universali di tipo socio-ambientale, quali la riduzione o eliminazione della pubblicità sui diversi "media" e l'allontanamento fisico dei luoghi del gioco da tutti gli spazi di aggregazione giovanile e dalle scuole (che possono richiedere azioni centrali e/o locali);
- interventi individuali di prevenzione universale, quali percorsi scolastici di potenziamento delle abilità personali (life skills), riconoscimento delle reali probabilità di vincere e media education, al fine di sviluppare abilità di resistenza alla pressione dei media.

Tra le strategie da mettere in campo per il conseguimento del macro obiettivo è importante identificare gli interventi promettenti da sottoporre a valutazione scientifica, l'adattamento alla situazione italiana di interventi che hanno fornito prove di efficacia in altri contesti e la messa a disposizione degli interventi efficaci disponibili attraverso appropriati strumenti che permettano di accedere ai materiali, alle istruzioni di applicazione e anche alle prove di efficacia.

TARGET: tutta la popolazione a rischio e familiari di persone con dipendenza

SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro ☐

Macro obiettivo	**4. Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)**

Obiettivi centrale	Obiettivi specifici	Indicatori regionali	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	Attivare programmi di intervento precoce (early detection) per persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio	Programmi di intervento precoce	Non disponibile		100% aziende
	Prevenire e ridurre i disagi e le conseguenze negative per i famigliari delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio e/o dipendenza attiva	Programma specifico	Non disponibile		100% aziende

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Attivare programmi di intervento precoce (early detection) per persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio		modalità organizzativa applicata in tutti i Servizi per le dipendenze.	Atti delle AAS	Non disponibile				1
Risultati	Sperimentazione di una modalità organizzativa regionale atta a intercettare, riconoscere e prendere in carico persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio.	- report con esiti sperimentazione	Atti delle AAS					1
	Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta, Medici dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri formati per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e l'intervento breve nei confronti del consumo alcolico.	- corsi di formazione dedicati				1	2	3
	Verifica dello stato di attuazione alle delibere regionali su alcol e lavoro (DGR 2020/2009) e tossicodipendenza e lavoro (DGR 1486/2010) in particolare per quanto riguarda le funzioni dei servizi per le dipendenze e la collaborazione con la rete territoriale	- report sul numero di segnalazioni dei medici competenti						1
		- report numero						1

Azioni	- Censimento delle procedure utilizzate nei diversi servizi per le dipendenze nel gestire le seguenti segnalazioni: - Condivisione di una modalità organizzativa unica per attivare delle modalità di intervento precoce nelle segnalazioni target. - Attivare una sperimentazione regionale sulla modalità organizzativa condivisa; - Stesura di un report con gli esiti della sperimentazione regionale. - sviluppo di un percorso formativo unico anche in collaborazione con altri servizi (DSM dip. Prev) per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio di dipendenza e consumo di alcol - Partecipazione in qualità di relatori ai moduli formativi relativi all'identificazione precoce dei soggetti a rischio di dipendenza; Censimento sul numero di segnalazioni dei medici competenti - Censimento sul numero di proposte di prese in carico terapeutica a seguito degli invii dai medici competenti	proposte di prese in carico terapeutica a seguito degli invii dai medici competenti **INDICATORI SENTINELLA** (monitorati con relazione specifica annuale dei servizi)						

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Censimento delle procedure utilizzate nei diversi servizi per le dipendenze nel gestire le seguenti segnalazioni:		x	x	x				
Condivisione di una modalità organizzativa unica per attivare delle modalità di intervento precoce nelle segnalazioni target.			x	x				
Attivare una sperimentazione regionale sulla modalità organizzativa condivisa;				x	x			
Stesura di un report con gli esiti della sperimentazione regionale.							x	x
sviluppo di un percorso formativo unico anche in collaborazione con altri servizi (DSM dip. Prev) per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio di dipendenza e consumo di alcol			x	x	x	x	x	
Partecipazione in qualità di relatori ai moduli formativi relativi all'identificazione precoce dei soggetti a rischio di dipendenza; Censimento sul numero di segnalazioni dei medici competenti				x		x		x
Censimento sul numero di proposte di prese in carico terapeutica a seguito degli invii dai medici competenti							x	x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Prevenire e ridurre i disagi e le conseguenze negative per i famigliari delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio e/o dipendenza attiva	programma specifico condiviso	Atti delle AAS	Non disponibile		25% aziende	75% aziende	100% aziende

Risultati	Avviato specifico programma condiviso a livello regionale anche in collaborazione con le associazioni di volontariato e di supporto per i famigliari delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio e/o dipendenza attiva.							
Azioni	Censimento delle procedure utilizzate nei diversi servizi per le dipendenze Effettuare un'analisi delle buone pratiche presenti in letteratura Identificare, congiuntamente a tutti i servizi per le dipendenze, un programma di supporto per i famigliari delle persone con comportamenti di addiction e di consumo a rischio e/o dipendenza attiva							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Censimento delle procedure utilizzate nei diversi servizi per le dipendenze;		x	x					
Condivisione e avvio specifico programma a livello regionale				x	x			
Effettuare un'analisi delle buone pratiche presenti in letteratura;				x	x	x		
Identificare, un programma di supporto per i famigliari						x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Prevenire e ridurre i disagi e le conseguenze negative per i famigliari delle persone con comportamenti di dipendenza attiva in particolare sul gioco d'azzardo		Report prodotto dai centri di sostegno aziendale	Atti delle AAS	Anno 2014 Non disponibile		report	report	report
Risultati	Creata o rafforzata una "rete sociale" importante, con la finalità di aumentare la conoscenza e coscienza collettiva attenta a cogliere, monitorare e segnalare i comportamenti o situazioni a rischio e promuovere una cultura del gioco quale dimensione positiva							
Azioni	attivare la creazione o il rafforzamento di una "rete sociale" comprendente tutti gli attori coinvolti, promuovere iniziative informazione e formazione contestualizzate nel territorio diffondere il logotipo "Marchio Slot Free_ FVG" e *warnings* per chi ha installato apparecchi; avviare studio/ricerca di livello regionale e/o transfrontaliero inerente il fenomeno del gioco d'azzardo e le sue caratteristiche							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Attivare la creazione o il rafforzamento di una "rete sociale" comprendente tutti gli attori coinvolti,		x	x					
Promuovere di iniziative informazione e formazione		x	x	x				
Diffondere il logotipo "Marchio Slot Free _ FVG" e *warnings* per chi ha installato apparecchi			x	x	x	x		
Avviare studio/ricerca			x					

PROGRAMMA V: "Promozione dell'attività fisica"

Razionale e descrizione del programma

Già da alcuni anni la programmazione sviluppata annualmente dalle aziende sanitarie sulla base degli indirizzi regionali prevede progetti ed interventi di promozione dell'attività fisica, che sono stati attuati con attenzione ai vari contesti: età scolare e promozione dei piedibus, dipendenti delle aziende sanitarie con iniziative varie (partecipazione ad eventi sportivi, camminate) finalizzate ad accrescere la sensibilità sull'importanza di contrastare la sedentarietà, popolazione adulta e anziana con i gruppi di cammino e con attività fisica adattata. Nonostante ciò secondo la sorveglianza PASSI solo un terzo delle persone 18-69enni (37%) 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 (20%). La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione. Un intervistato su 3 (35%) riferisce che un operatore sanitario si è interessato all'attività fisica che svolge.
Il 31% è la percentuale di persone che dichiarano di avere ricevuto il consiglio di effettuare una regolare attività fisica.

A partire da queste premesse epidemiologiche e di contesto e dalla consapevolezza che le malattie croniche vanno combattute soprattutto agendo sui fattori di rischio, tra i quali la sedentarietà gioca un ruolo fondamentale, il programma V si propone la messa a punto delle condizioni necessarie per promuovere l'attività fisica sia come fattore di prevenzione delle malattie croniche sia come strumento di miglioramento del benessere in soggetti già affetti da tali patologie, e quindi prevede la definizione e adozione di indirizzi regionali per la promozione dell'esercizio fisico da parte dei medici, e la formazione di operatori sanitari finalizzata ad inserire nella pratica assistenziale il consiglio di praticarlo.
Accanto a ciò ci si propone di valorizzare la sinergia con le associazioni presenti sul territorio e con gli enti locali, per sostenere e promuovere progetti di promozione dell'attività fisica anche nell'ottica di un invecchiamento attivo ed in salute, obiettivi ricompresi nella cornice di un accordo di collaborazione tra la regione FVG, Federsanità ANCI ed associazioni rivolte prioritariamente a fasce di età anziane (AUSER, ANTEAS, e altre). Si vuole inoltre rinforzare e sviluppare ulteriormente i rapporti con il Comitato regionale UISP per la promozione di attività sportiva e ludico motoria, analogamente ad esperienze avviate in altre regioni.

Nei confronti degli enti locali sarà inoltre avviato, in collaborazione con la rete regionale Città Sane e con Federsanità ANCI, un progetto di sensibilizzazione alla salute in tutte le politiche per orientare le scelte degli amministratori e dei tecnici

Evidenze

Interventi di supporto sociale in ambito comunitario: questa tipologia di intervento si basa su robuste evidenze relative all'efficacia dell'incremento dell'attività fisica tra gli adulti. RACCOMANDATO febbraio 2001 http://www.thecommunityguide.org/pa/behavioralsocial/community.html
Progettazione urbana territoriale su scala comunitaria per adozione di policy: questa tipologia di intervento si basa su sufficienti evidenze relative all'efficacia dell'incremento dell'attività fisica. RACCOMANDATO Giugno 2004 http://www.thecommunityguide.org/pa/environmental-policy/communitypolicies.html
Creazione di accessi a luoghi dove si svolge attività fisica associati con attività informative: questa tipologia di intervento si basa su robuste evidenze relative all'efficacia dell'incremento dell'attività fisica. RACCOMANDATO Maggio 2001http://www.thecommunityguide.org/pa/environmental-policy/improvingaccess.html
Inoltre sono raccomandazioni di grading 1 (Cipriani F., Baldasseroni A., Franchi S. "Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica" Linee guida SNLG novembre 2011):

- Per diminuire il numero di adulti obesi e degli adulti sedentari, gli operatori sanitari dovrebbero attuare interventi di modifica dei comportamenti, quali interventi di counselling su dieta e attività fisica.
- Per incrementare la pratica dell'attività fisica e migliorare la forma fisica, i decisori e gli operatori di cure primarie dovrebbero promuovere reti sociali che favoriscano relazioni di supporto al cambiamento dei comportamenti correlati alla pratica dell'attività fisica, e gli interventi dovrebbero incoraggiare la formazione di gruppi di persone per praticare attività fisica, per realizzare gruppi di cammino o per garantire relazioni amicali e di sostegno.
- Per incrementare la pratica dell'attività fisica, i decisori e gli operatori di cure primarie, coinvolgendo strutture e organizzazioni sportive territoriali, dovrebbero migliorare l'accesso agli spazi dedicati e dovrebbero garantire l'offerta di interventi educativi; si dovrebbe prevedere l'offerta di facilitazioni, quali la riduzione del prezzo di ingresso.
- Per ridurre il rischio di lesioni da caduta, gli anziani che vivono in comunità ad alto rischio di caduta dovrebbero svolgere esercizi per mantenere o migliorare l'equilibrio.

- Gli anziani con una o più patologie croniche per le quali l'attività fisica ha una funzione terapeutica, oltre che preventiva, dovrebbero svolgere attività fisica secondo le modalità che garantiscono un miglioramento efficace e sicuro.

Contrasto alle diseguaglianze

Dati nazionali confermano un eccesso significativo di persone che non fanno alcun tipo di attività fisica tra gli operai e le operaie (85% e 72% in più) rispetto alle classi dirigenti. Non sono disponibili stime sull'impatto delle disuguaglianze sulla sedentarietà e sull'alimentazione scorretta, tuttavia è ragionevole ritenere che esse abbiano un ruolo nel determinare la differenza nell'esposizione ai fattori di rischio per le malattie correlate: patologie metaboliche, cardiovascolari, tumorali, ostearticolari4.

Dai dati PASSI risulta che la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione.

Le strategie di contrasto alle disuguaglianze individuate per il presente programma si fondano sostanzialmente sul coinvolgimento di enti locali ed associazioni per favorire lo svolgimento di attività fisica nei contesti urbani, in luoghi messi a disposizione a costi contenuti o – ove possibile – gratuitamente, sulla messa in atto di iniziative anche specificamente dedicate al target degli anziani, su accordi con le associazioni finalizzati a garantire l'uniformità dell'applicazione del decreto ministeriale n. 243 del 18 ottobre 2014 su tutto il territorio regionale, riaffermando con chiarezza la scelta del legislatore di separare l'auspicabile valutazione ed il monitoraggio delle condizioni di salute di coloro che vogliano svolgere attività ludico motoria dall'inopportuna certificazione di tipo medico legale, non richiesta (in base all'articolo 42-bis del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69 convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98), pena una grave diminuzione dell'avviamento e mantenimento nella pratica sportiva e motoria, soprattutto per le fasce più disagiate della popolazione.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

La programmazione annuale delle attività di competenza delle aziende sanitarie (dipartimenti di Prevenzione, servizi di promozione della salute, Distretti) è monitorata semestralmente dalla regione, con valutazione annuale del grado di raggiungimento degli obiettivi.

Il sistema di sorveglianza PASSI monitora i risultati (svolgimento attività fisica, consiglio degli operatori sanitari).

TARGET: popolazione adulta e anziana

SETTING	Scuola ☐	Comunità ×	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐

ANALISI DEI RISCHI e SOSTENIBILITA'

Il programma si basa sull'assunzione che le collaborazioni in fieri con le associazioni vengano mantenute e che vi sia la disponibilità a collaborare da parte degli enti locali: tali condizioni potrebbero venir meno.

La definizione di indirizzi regionali condivisi potrebbe risultare difficile per la necessità di coinvolgere professionisti di diverse discipline.

La sostenibilità del programma sarà assicurata inserendo obiettivi coerenti con esso nelle Linee annualmente emanate dalla regione per la programmazione delle aziende sanitarie; la collaborazione con enti locali e associazioni sarà sostenuta mantenendo con loro un costante rapporto, monitorando le eventuali criticità e valorizzando adeguatamente il loro contributo nella comunicazione e negli atti. Il percorso formativo avviato con Città sane e finalizzato a sensibilizzare gli amministratori su salute in tutte le politiche fornirà un fondamentale supporto culturale.

Nella creazione del gruppo interdisciplinare per la definizione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico sarà posta attenzione a tutte le discipline potenzialmente interessate e nel coordinamento sarà dato un ruolo primario all'Ordine dei medici.

[4] Costa G., Bassi M., Marra M. et al, L'equità in salute in Italia, 2014

Macro obiettivo	**1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT** **6. Prevenire gli incidenti domestici**				
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	Creazione gruppo di lavoro interdisciplinare per la definizione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico	**1.11.1** Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	Anno 2014 Non disponibile	100% (tutte le regioni)	Documento adottato entro il 2016 e attuato entro il 2018
	Offerta di interventi/programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà in collaborazione con associazioni ed enti locali	**1.9.1** Prevalenza di soggetti fisicamente attivi (18-69)	2013 35,45%	+ 30%	46,1%
		1.9.2 Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi	2013 73,6 (sola provincia di Trieste)[5] Dato PASSI 36,5% età 64-69	+15%	84,6% 42% età 64-69
		1.9.3 Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)	12,8‰	-15% (di 13‰)	11‰
Aumentare l'attività fisica delle persone	Formazione degli operatori sanitari finalizzata ad inserire nella pratica assistenziale il consiglio di praticare attività fisica	**1.10.6** Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	Anno 2013: 36,58%	+30%	47,6%
Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	Estensione dei progetti di promozione dell'attività fisica negli anziani in collaborazione con Federsanità-ANCI, AUSER, ANTEAS e ADA a tutto il territorio	**6.2.1** Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	2013 73,6 (sola provincia di Trieste)[6] Dato PASSI 36,5% età 64-69	+15%	84,6% 42% età 64-69

[5] Il programma è sviluppato in tutta la regione, l'indicatore è rilevato nella sola provincia di Trieste dove è attivo Passi d'Argento

[6] Il programma è sviluppato in tutta la regione, l'indicatore è rilevato nella sola provincia di Trieste dove è attivo Passi d'Argento

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza ANNO 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Creazione gruppo di lavoro interdisciplinare per la definizione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico		Gruppo di lavoro multidisciplinare	Atti regionali	0	Lavori avviati			
Risultati	Gruppo di lavoro attivo Indirizzi regionali condivisi e formalizzati Indirizzi regionali diffusi nelle sedi opportune ed applicati entro il 2018	Incontri del gruppo di lavoro	Verbali degli incontri	0	1			
Azioni	Individuare le discipline mediche interessate ed i relativi referenti ed il coordinatore del gruppo coinvolgendo gli ordini dei medici Coinvolgere rappresentanti delle associazioni di promozione dell'attività sportiva e ludicomotoria	Documento formalizzato	Atti regionali	0		1		
	Convocare il gruppo di lavoro Produrre il documento di indirizzo per la promozione dell'esercizio fisico, con attenzione ai soggetti con patologie croniche ed alle fasce d'età anziana Diffondere il documento ad aziende sanitarie, ordini dei medici, società scientifiche, associazioni interessate	Documento diffuso **INDICATORI SENTINELLA**	monitoraggio	0			50%	100%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Individuazione delle discipline mediche interessate ed i relativi referenti ed il coordinatore per la costituzione del gruppo coinvolgendo gli ordini dei medici		x						
Elaborazione da parte del gruppo del documento di indirizzo per la promozione dell'esercizio fisico, con attenzione anche ai soggetti con patologie croniche			x	x	x			
Formalizzazione del documento e sua diffusione ad aziende sanitarie, ordini dei medici, società scientifiche						x	x	x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Offerta di interventi/programmi finalizzati alla riduzione del rischio sedentarietà in collaborazione con associazioni ed enti locali	Interventi attivi nelle AAS	Atti AAS	ANNO 2014	100% delle AAS	100% delle AAS	100% delle AAS	100% delle AAS

Risultati	- Stipula accordo (protocollo o lettera di intenti) con UISP e realizzazione di una formazione condivisa tra operatori sanitari e operatori sportivi - Catalogo aziendale delle offerte/opportunità di attività fisica presenti sul territorio finalizzato ad informare i MMG - Progetti/iniziative di promozione dell'attività fisica in contesti urbani e di vita realizzati in collaborazione con le associazioni e gli enti locali (compresi i gruppi di cammino). - Amministratori formati ed incremento adesioni alla rete "Città Sane" del FVG	Accordo	Atti regione	non disponibile		1	1	1
		Catalogo annuale	Relazione annuale			1	1	1
		-Programma formativo -focus group con politici e tecnici -valutazione (sec. il modello di Kirckpatrick)	Atti progetto formativo	0	1 1 1			
Azioni	Acquisire disponibilità e stipulare accordo Condividere modi e metodi della formazione e realizzarla Concordare i criteri di costruzione del catalogo, anche in collaborazione con le associazioni Realizzare il catalogo e tenerlo aggiornato Effettuare una ricognizione delle risorse disponibili nella comunità (associazioni, enti locali) e delle eventuali criticità Definire accordi locali per l'attivazione/mantenimento di iniziative, con attenzione alla loro sostenibilità ed equità nell'accesso Concordare con le associazioni modalità di applicazione della legge 9 agosto 2013, n. 98, (non obbligatorietà del certificato medico per lo svolgimento di attività ludico-motoria) Fornire supporto all'attivazione di gruppi di cammino Realizzare una formazione degli amministratori locali per estendere la cultura della salute e sensibilizzarli sui determinanti di salute	n. amministrazioni comunali aderenti a Città Sane **INDICATORI SENTINELLA**	Atti rete regionale Città Sane	58 su 216 comuni				>58

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Acquisire disponibilità e stipulare accordo		x						
Condividere modi e metodi della formazione e realizzarla		x	x	x				
Concordare i criteri di costruzione del catalogo, anche in collaborazione con le associazioni			x	x				
Realizzare il catalogo e tenerlo aggiornato				x	x	x	x	x
Effettuare una ricognizione delle risorse disponibili nella comunità (associazioni, enti locali)		x	x					
Definire accordi locali per l'attivazione/mantenimento di iniziative				x				
Fornire supporto all'attivazione di gruppi di cammino		x	x	x	x	x	x	x
Realizzare una formazione degli amministratori locali per estendere la cultura della salute e sensibilizzarli sui determinanti di salute	x	x						

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Formazione degli operatori sanitari finalizzata ad inserire nella pratica assistenziale il consiglio di praticare attività fisica		N corsi realizzati per gruppi omogenei	Atti AAS	ANNO 2014 Non disponibile	--	1	2	3 (cumulativo)
Risultati	Corsi realizzati Operatori formati (mmg, specialisti, medici di sanità pubblica, IP e AS)							
Azioni	Definire un programma formativo accreditato ECM Valutare la fattibilità della modalità FAD e l'integrazione in altre iniziative formative (programma I) Realizzare la formazione in collaborazione con azienda sanitaria capofila nella modalità definita (residenziale e/o FAD)							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Definire un programma formativo accreditato ECM		x	x					
Valutare la fattibilità della modalità FAD e l'integrazione in altre iniziative formative (programma I)		x	x					
Realizzare la formazione in collaborazione con azienda sanitaria capofila nella modalità definita				x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Estensione dei progetti di promozione dell'attività fisica negli anziani in collaborazione con Federsanità-ANCI, AUSER, ANTEAS e ADA a tutto il territorio		Iniziative di attività fisica adattata all'età	Relazione annuale/atti delle AAS	ANNO 2014 Non disponibile		25% delle aas	50% delle aas	100% delle aas
Risultat	In tutte le aziende sanitarie, in collaborazione con le associazioni e Federsanità-ANCI, sono realizzate iniziative e offerte, indirizzate alla popolazione anziana, per l'effettuazione di attività fisica adattata all'età							
Azioni	Attivare iniziative in collaborazione tra strutture aziendali e associazioni Individuare strutture accreditate Formare gli operatori Condivisione del percorso con i MMG							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Attivare iniziative in collaborazione tra strutture aziendali (Distretti, DP, servizi riabilitativi) e associazioni		x	x	x	x	x	x	x
Individuare strutture accreditate			x		x		x	
Formare gli operatori				x				
Condivisione del percorso con i MMG, distretti e ambiti				x	x	x	x	x

PROGRAMMA VI "Prevenzione degli incidenti stradali"

Razionale e descrizione del programma

Il Friuli Venezia Giulia nel decennio 2000 – 2010 ha significativamente ridotto gli incidenti stradali ottenendo una diminuzione percentuale poco al di sotto del 50% , obiettivo fissato dall'Unione Europea. In generale gli incidenti avvengono prevalentemente nelle aree urbane, mentre nelle strade extraurbane avvengono complessivamente un minor numero di incidenti, ma con conseguenze più gravi. Le autostrade che attraversano la regione sono interessate da un numero di incidenti minori di quelli che caratterizzano le altre regioni, ma anche in questo caso con esiti più gravi. Per quanto riguarda le persone coinvolte, i pedoni, ed in particolare tra ultrasessantacinquenni, hanno un rischio più elevato dei conducenti. Nel 2010 sono stati rilevati 3.933 incidenti stradali in Friuli Venezia Giulia, per un totale di 103 morti e 5.137 feriti ad essi imputabili, nel 2013 sono stati rilevati 3.459 incidenti stradali di questi 76 mortali con 84 morti e 4.567 feriti, dimostrando un'ulteriore trend negativo. La diminuzione percentuale degli incidenti nel 2010 rispetto al 2009 risulta pari al 12,5% ,dato che si riconferma tra il 2010 e il 2013. Già in conclusione del precedente PRP è stata registrata una flessione nel trend degli incidenti stradali nella fascia di età 14-18 (in base agli accessi in PS), e dal rapporto PASSI risulta che in regione FVG l'utilizzo del casco e della cintura anteriore è molto diffuso (rispettivamente 99% e 93%); molto limitato rimane invece l'utilizzo della cintura posteriore (38%). Una quota non trascurabile di genitori di un minore sotto ai 14 anni(15%) ha riferito di non far indossare sempre il dispositivo di sicurezza al minore.

Nel quadriennio 2010-2013, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver guidato un'auto, o una moto, sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni prima dell'intervista (cioè dopo aver bevuto due o più unità alcoliche standard un'ora prima di mettersi alla guida), si è ridotta progressivamente, fino a raggiungere nel 2013 il valore del 12%, pari a meno della metà rispetto a quello rilevato nel 2009. mentre l'8% degli intervistati dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Nel PRP 2010-2013 è stato sviluppato il progetto Sicuramente coordinato da referenti della Direzione Regionale della Scuola (USR), della Direzione Centrale Mobilità, della Direzione Centrale Salute, di FVG STRADE, con la realizzazione di incontri formativi per docenti nei tre ordini di scuola (infanzia-primaria secondaria I e II grado) su pacchetto formativo prodotto dalle Aziende Sanitarie con materiale condiviso tra ASS , USR,ACI Polizia Municipale. Per la Sanità l'obiettivo ha riguardato la percezione del rischio in adolescenza e il potenziamento delle life skills. E' stata individuata l'Area per la realizzazione di un Campo Scuola , ove poter effettuare le esercitazioni pratiche di guida. E' stato aggiornato il sito web con il materiale prodotto da ragazzi e docenti, effettuato un modulo formativo per la terza età. Attuato il Concorso di Idee 2012-2013. Con il contributo dell'Università degli Studi di Udine è stato elaborato un questionario- intervista, effettuato all'uscita delle sale cinematografiche durante la presentazione dello "spot premiato" del Concorso di Idee.

Inoltre è attivo in regione FVG un Osservatorio che produce report periodici sugli incidenti stradali integrando – con il programma Mitris – informazioni relative a luogo e modalità dell'accadimento e conseguenze sanitarie, ricavate da banche dati differenti (organi di polizia, Pronto soccorso ospedalieri, georeferenziazione).

Il presente Piano si propone di intervenire, tramite una rete territoriale forte e motivata, con strategie comunicative adeguate, e di mantenere attivo il sistema di sorveglianza specifico. In particolare si cercherà di attivare una sinergia con la direzione centrale infrastrutture e lavori pubblici, per incidere sempre più nell' evidenziare situazioni pericolose e per sostenere i bandi regionali per la messa in sicurezza dei percorsi casa-scuola o sviluppo di aree 30 (aree con velocità limitata a 30KM/h). Sul territorio già da anni sono attivi il corpo della polizia stradale e municipale con interventi di educazione stradale nelle scuole, a partire da quelle primarie, le aziende sanitarie nel caso possono proporre azioni, anche sulla base di dati epidemiologici, per promuovere la cultura della sicurezza. Inoltre, nell'ambito del Programma V di promozione dell'attività fisica, è prevista una formazione/sensibilizzazione degli amministratori locali e dei tecnici sui determinanti ambientali della salute, compresa la pianificazione urbanistica che necessariamente impatta anche sulla sicurezza stradale.

Evidenze

http://niebp.agenas.it/matrice.aspx, rapporti ISTISAN

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione: SDO, Centro di monitoraggio della sicurezza stradale (CRMSS), ISTAT

TARGET: tutta la comunità

SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐

ANALISI DEI RISCHI e sostenibilità

E' necessaria una modifica degli atteggiamenti, dei comportamenti e dei valori collettivi, che permetta una maggiore consapevolezza del rischio incidentalità da parte di tutti, e in particolare dei

soggetti più coinvolti, giovani maschi, che assumono, ancora comportamenti poco responsabili alla guida, quali l'assunzione di bevande alcoliche. Ciò implica da un lato il rispetto delle norme e dall'altro la condivisione del problema in tutti i settori che possono essere coinvolti direttamente e indirettamente.

Macro obiettivo	**5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti**				
Obiettivi centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline Anno 2013:	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Ridurre il numero di decessi per incidente stradale Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	creare alleanze al fine di costruire una rete territoriale tra operatori della sanità e moltiplicatori dell'azione preventiva che operano in contesti del divertimento o educativi/formativi (insegnanti di autoscuola, associazioni del soccorso, Forze dell'Ordine, peer educator, gestori di locali e di eventi, ad es. sagre, festival, eventi sportivi) con la finalità di sensibilizzarli, informarli e formarli. favorire l'individuazione di strategie comunicative adeguate per agire sulla percezione del rischio e sull'aumento della consapevolezza nel target finale anche con particolare riferimento ai pedoni e ciclisti mantenere il sistema di rilevazione e sorveglianza degli incidenti stradali su tutto il territorio regionale: Centro di monitoraggio della sicurezza stradale (CRMSS) favorire la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione e di informazione nei luoghi del divertimento, agendo sulla percezione del rischio (guida dopo assunzione di alcol, droghe, farmaci). Continuità ed eventuali sviluppi del progetto Overnight	**5.1.1** Tasso di decessi per incidente stradale	67,5/1.000.000 abitanti	-20%	54/1.000.000 abitanti
		5.2.1 Tasso di ricoveri per incidente stradale	6,9%	-10% del valore nazionale 7,2%	≤ 6,48%
		5.3.1 Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	Età 18-69 Uso cinture posteriori 35%	Età 18-69 Uso cinture posteriori 20,2% +50%	Età 18-69 Uso cinture posteriori 52,4%
			Età 18-69 uso del casco 98,5%	Età 18-69 uso del casco 95,3% >95%	Età 18-69 uso del casco >95%
		5.3.2 Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)	Età 18-69 10%	Età 18-69 -30%	Età 18-69 7%

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Creare alleanze al fine di costruire una rete territoriale tra operatori della sanità e moltiplicatori dell'azione preventiva che operano in contesti del divertimento o educativi/formativi (insegnanti di autoscuola, associazioni del soccorso, Forze dell'Ordine, peer educator, gestori di locali e di eventi, ad es. sagre, festival, eventi sportivi) con la finalità di sensibilizzarli, informarli e formarli.		accordi con moltiplicatori dell'azione preventiva	Atti	--	-	-	-	1
Risultati	- Stipula accordo con direzione regionale infrastrutture, direzione regionale istruzione, ufficio scolastico regionale	- Mappatura degli stakeholder - mappatura iniziative locali attive **INDICATORI SENTINELLA**	Report aziendale			1	5 cumulativo	
	- Ogni azienda ha una mappatura degli stakeholder individuando dei possibili moltiplicatori dell'azione preventiva, e monitorato attività di prevenzione già attive					1	3	5 cumulativo
	- avviate iniziative di sensibilizzazione se necessarie							
Azioni	- Avvio dei contatti con la direzione regionale infrastrutture, direzione istruzione regionale, ufficio scolastico regionale per stipula accordo di collaborazione nella prevenzione degli incidenti stradali - Individuazione nel proprio territorio di soggetti che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva e rilevazione attività già attive localmente - sensibilizzazione moltiplicatori avvio di attività laddove non ci siano							

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Favorire l'individuazione di strategie comunicative adeguate per agire sulla percezione del rischio e sull'aumento della consapevolezza nel target finale anche con particolare riferimento ai pedoni e ciclisti		Report attività	documentazione	0	0	1	1	2
Risultati	Promosse e avviate iniziative							

Azioni	Promuovere iniziative, contestualizzate nel territorio, al fine di aumentare la percezione del rischio nei diversi target finali: adolescenti, pedoni e ciclisti							

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Mantenere il sistema di rilevazione e sorveglianza degli incidenti stradali su tutto il territorio regionale: Centro di monitoraggio della sicurezza stradale (CRMSS)		Relazione sullo stato dell'incidentalità in FVG	CRMSS	1 nel 2010				1 entro il 2018
Risultati	- Presenza del referente regionale della direzione salute alle riunioni - Prodotto un report sull'incidentalità stradale in FVG - Diffusi i risultati tra gli interessati	Riunioni convocate dalla direzione infrastrutture Presenza di un report (**INDICATORE SENTINELLA**)	Verbali disponibilità documento			1 1		2
Azioni	- Partecipare alle riunioni operative del Centro di monitoraggio della sicurezza stradale e alla Consulta degli incidenti stradali del FVG - Elaborare report sulla dimensione, caratteristiche ed esiti del fenomeno sul territorio regionale - Diffondere tra gli interessati i risultati dell'analisi epidemiologica e le ricadute in termini di salute e benefici economici sul territorio	evento	atti			1		

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
favorire la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione e di informazione nei luoghi del divertimento, agendo sulla percezione del rischio (guida dopo assunzione di alcol, droghe, farmaci). Continuità ed eventuali sviluppi del progetto Overnight		Report attività	documentazione	Non rilevato	-	-	-	1
risultati	- Mappa regionale dei luoghi di aggregazione/divertimento per fasce d'età - Progettualità avviate e realizzate	Mappa luoghi aggregazione		Non disponibile	-	-	2	3
azioni	- Identificare luoghi di divertimento di maggior aggregazione - Avviare specifiche progettualità di sensibilizzazione e informazione nei principali luoghi di divertimento regionali							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Avvio dei contatti con la direzione regionale infrastrutture, direzione istruzione regionale, ufficio scolastico regionale per stipula accordo di collaborazione nella prevenzione degli incidenti stradali		x						
Individuazione nel proprio territorio di soggetti che possono diventare moltiplicatori dell'azione preventiva e rilevare attività già promosse localmente sensibilizzazione moltiplicatori all'avvio e implementazione di attività laddove non ci siano		x	x	x	x	x	x	x
Partecipare alle riunioni operative del Centro di monitoraggio della sicurezza stradale e alla Consulta degli incidenti stradali del FVG		x	x	x	x	x	x	x
Elaborare report sulla dimensione, caratteristiche ed esiti del fenomeno sul territorio regionale			x	x	x	x		
Diffondere tra gli interessati i risultati dell'analisi epidemiologica				x				
Mappatura principali luoghi di divertimento regionali , avvio specifiche progettualità di sensibilizzazione e informazione nei				x	x	x	x	x
promuovere iniziative, contestualizzate nel territorio, al fine di aumentare la percezione del rischio nei diversi target finali: adolescenti, pedoni e ciclisti					x	x	x	x

PROGRAMMA VII: "Prevenzione degli incidenti domestici"

Razionale e descrizione del programma

L'incidenza degli infortuni domestici, sia su scala nazionale che regionale, risulta ampiamente sottostimata. Fra le cause di questa sottostima vanno considerati senz'altro problemi di misclassificazione degli accessi al pronto soccorso, così come la mancata rilevazione di quei casi che non sono ricorsi alle cure ospedaliere, ma che hanno comunque necessitato di cure ambulatoriali e, da ultimo, appare non trascurabile una carenza nell'implementazione delle informazioni relative alle schede di morte ISTAT. Vanno peraltro considerate anche le differenti modalità di rilevazione e di definizione del fenomeno nelle indagini comunemente utilizzate sul territorio nazionale e regionale. Nella nostra Regione sono state effettuate indagini mirate alla conoscenza delle modalità di accadimento degli infortuni e della loro frequenza, oltre che della presenza di fattori di rischio presenti nelle abitazioni o dovuti a comportamenti o fragilità, sia nell'ambito di progetti di ricerca su scale nazionale (ISPESL, ISTAT, ISS-SINIACA), che locale, ma manca ancora un efficace sistema "corrente" di rilevazione. Al fine di quantificare i ricoveri in pronto soccorso legati ad incidenti domestici, la nostra Regione, attraverso il Servizio epidemiologia e flussi informativi ha pertanto attivato un percorso che porterà alla corretta registrazione, informatizzata e standardizzata degli eventi, con inizio già dal 2015. Parallelamente, al fine di stimare gli eventi più lievi, che non necessitano di ricovero, la Regione si propone di adeguare i sistemi di sorveglianza esistenti (target la popolazione anziana).

Sulla base dei risultati dell'Indagine multiscopo ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" del 2012, effettuata su di un campione di 1.222 abitanti della nostra regione, sono stati stimati circa 76.700 incidenti domestici all'anno, corrispondenti ad un'incidenza di 62,2 eventi ogni 1.000 abitanti.

Secondo il sistema di sorveglianza PASSI, nel periodo 2010-2012 nella fascia di età fra i 18 e i 69 anni, la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver avuto un infortunio domestico nei 12 mesi precedenti, per il quale è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale è, in regione FVG, del 4,39% (IC95%: 3,84-5,02), significativamente più elevato rispetto alla media nazionale, che corrisponde a 3,57% (IC95%: 3,43-3,72). Considerando poi la popolazione anziana (con più di 64 anni), secondo il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, realizzato nella sola Area Triestina, in due diverse indagini nel corso del 2012 (502 intervistati) e nel 2013 (467 intervistati) la percentuale di persone che hanno riferito di essere cadute negli ultimi 30 giorni è del 9% nell'indagine 2012 e del 6% nel 2013, entrambe più basse rispetto alla media rilevata nel Pool nazionale (11%). Si rileva che, senza neppure tener conto degli eventi occorsi nelle pertinenze dell'abitazione, il 50% di tali eventi accade tra le mura domestiche. Parallelamente, con riferimento alla popolazione degli ultra sessantaquattrenni, le azioni di prevenzione e promozione della salute messe in atto dalla Regione hanno portato ad una significativa riduzione del tasso standardizzato di ricovero per fratture di femore (dal 94,7 al 74,9 x 10.000).

Il percorso mirato alla prevenzione degli incidenti domestici messo in atto negli ultimi anni ha visto il gruppo di lavoro regionale diventare referente nazionale CCM per la formazione degli operatori di tutte le aziende sanitarie italiane ed ha portato alla redazione del primo manuale tecnico per gli operatori della prevenzione mirato alla prevenzione degli incidenti domestici, prodotto con la collaborazione di operatori di tutta Italia sotto l'egida del Ministero della Salute. A livello regionale il percorso si è estrinsecato in attività di formazione per i tecnici e gli operatori della prevenzione, oltre che dei care giver, di informazione dei cittadini, con la produzione anche di materiale multilingue, di supporti alla progettazione sicura, con il coinvolgimento delle istituzioni e dei portatori di interesse presenti sul territorio. Sono stati attivati percorsi di analisi congiunta del fenomeno con le diverse strutture aziendali, con il mondo della scuola, i professionisti, il sindacato e le imprese del territorio e sono state implementate azioni mirate a promuovere percorsi finalizzati all'invecchiamento in salute ed attività, oltre che alla prevenzione dei rischi per i soggetti con disabilità (Consulta Disabili e CRIBA).

In questi anni si è inoltre consolidata la collaborazione con le Istituzioni (Comuni, Scuola, Università e Province in particolare), con le Associazioni ed ONLUS (Federsanità- ANCI, AUSER, ANTEAS, ADA, CRIBA, Consulta Disabili), oltre che con le associazioni imprenditoriali e professionali, ed è dall'interazione delle specifiche competenze che ci si propone di sviluppare un percorso di prevenzione condiviso ed efficace.

Inoltre, relativamente alla tematica delle cadute accidentali, è stato avviato un percorso per la valutazione del rischio clinico sia in ambito ospedaliero che residenziale, che porterà alla produzione di un protocollo per l'identificazione dei soggetti a maggior rischio di caduta sia all'ingresso che alla dimissione dall'ospedale e nelle strutture residenziali, alla comunicazione del rischio nella lettera di dimissione ed alla consegna di un documento contenente consigli per prevenire le cadute.

Evidenze

Gli studi mirati alla prevenzione degli incidenti domestici tra le persone con meno di 15 anni evidenziano come le campagne di informazione siano efficaci nel ridurre l'incidenza degli infortuni

domestici soltanto quando associate alla fornitura di dispositivi per la sicurezza o al counselling rivolto ai genitori da parte di operatori della prevenzione (Pressley 2005, Ytterstad 1995). Tali interventi vedono la loro maggiore efficacia, anche in termini di adozione di corretti comportamenti, quando si costituisce una rete di collaborazione tra il sistema socio-sanitario, della scuola ed i caregivers (Sznajder&Coll. 2003, Posner&Coll. 2004, Kendrick&Coll. 2012, NICE public healthguidance 2010).
Vi è evidenza come lo stato socio-economico influisca sull'incidenza degli eventi infortunistici tra i bambini e sull'efficacia degli interventi preventivi messi in atto (Pearson&Coll. 2009, Smithson&Coll. 2009).
Per quanto concerne la popolazione anziana (>65 anni) le ricerche di letteratura hanno evidenziato che il rischio di caduta è più alto nel genere femminile e aumenta al crescere dell'età; numerosi fattori aumentano il rischio di caduta, fra cui: storia di precedenti cadute, paura di cadere, polifarmacoterapie (Hammond T; Epub 2013; Zia, Epub 2014)) e assunzione di farmaci particolari (NICE 2004), alterazioni della vista, isolamento sociale , alterazione della mobilità, rischi ambientali domestici (Nice 2004). Diversi studi, inoltre, (West 2004) evidenziano un aumentato rischio di cadute nei soggetti soli, che hanno un basso reddito o una situazione socio-economica svantaggiata o che non svolgono attività sociali (Kelly Age Ageing 2003; West, PublicHealth 2004; Ozcan, BMC Public Health 2005), quadro che peraltro rappresenta molto bene la situazione di vaste aree della nostra regione.
Numerosi studi evidenziano l'efficacia di interventi multifattoriali, multidisciplinari e personalizzati nella prevenzione delle cadute ricorrenti nella popolazione anziana (Nice 2004; Davidson et al 2005), come evidenziato anche all'interno delle linee guida nazionali del 2009 sulla Prevenzione cadute da incidente domestico negli anziani - PNLG 13 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_975_allegato.pdf) e nelle linee guida americane pubblicate dal CDC (A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: whatworks for community dwellingolder adults; disponibile all'indirizzo http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/Falls/compendium.html).
Il percorso preventivo, pertanto, deve perseguire sia le abilità del soggetto, favorendo il miglioramento delle abilità in termini di forza ed equilibrio (Campbell 1997, Barnett 2003, Skelton 2005), che la riduzione/eliminazione dei rischi presenti nelle abitazioni (Close 1999, Cumming 1999, Nikolaus 2003, Campbell 2005), accanto ad una attenta valutazione periodica della terapia assunta, soprattutto fra coloro che prendono 4 o più farmaci (Zia Epub 2014; Nice 2004) e alla promozione di corretti comportamenti (A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: whatworks for community dwellingolder adults. disponibile all'indirizzo http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/Falls/compendium.html).
Inoltre, alcuni studi condotti sulla popolazione con meno di 65 anni, hanno evidenziato l'efficacia degli interventi e dei programmi di promozione della sicurezza domestica in diversi strati sociali della popolazione (Timpka, Public Health 2006).

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione
La programmazione annuale delle attività di competenza delle aziende sanitarie (Dipartimenti di Prevenzione, Servizi di promozione della salute, Distretti) è monitorata semestralmente dalla Regione, con valutazione annuale del grado di raggiungimento degli obiettivi.
Il sistema di sorveglianza PASSI e, per alcune Aziende, il Sistema PASSI d'argento, monitora i risultati (conoscenze acquisite, percezione del rischio, anche in funzione della situazione sociale.
Altre fonti informative sono rappresentate da rilevazioni dirette delle condizioni di rischio all'interno delle abitazioni da parte di operatori dell'assistenza o stakeholder che impiegano le check list CCM, e dal Sistema Informativo Emergenza della Regione. La rilevazione dei ricoveri per avvelenamento viene effettuata in specifici centri di riferimento.

TARGET: tutte le fasce di età, con particolare attenzione ai bambini, agli anziani ed ai soggetti con disabilità

SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☐

ANALISI DEI RISCHI

Il programma si basa su una collaborazione interdisciplinare tra gli operatori del SSR, le Istituzioni, gli stakeholder, i media, le associazioni professionali e di categoria, gli Ordini dei medici, oltre che le Strutture di ricerca.
Per il raggiungimento degli obiettivi, sono necessari un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ed il mantenimento e consolidamento della collaborazione con i partner e gli stakeholder, fattori che potrebbero rappresentare un elemento di criticità. Inoltre, la riorganizzazione del SSR che si andrà a compiere nel corso dei primi anni del piano potrebbe comportare criticità nelle risorse, intese anche come variazione della rete di collaborazione interaziendale esistente.
Inoltre, alcuni obiettivi richiedono la disponibilità di risorse economiche per la produzione/traduzione/stampa di materiale o per l'eventuale ingaggio di testimonial.
Potrebbero, ancora, verificarsi differenti livelli di integrazione/collaborazione con i soggetti citati nelle diverse aree territoriali, fatto che comporterebbe possibili disuguaglianze.

Macro obiettivo	**6. Prevenire gli incidenti domestici**				
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	Promozione di corretti stili di vita attraverso una rete di collaborazione che coinvolga tutte le strutture aziendali, gli Enti locali, la scuola e gli stakeholder.	**6.1.1** Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	2014 Stima del Tasso grezzo di incidenti domestici seguiti da ricovero 159,8/100.000 abitanti (fonte Pronto Soccorso, non comprensiva dell'intero territorio)	Fermare il trend in ascesa	Fermare il trend in ascesa
Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei caregiver	Promozione della cultura della sicurezza nella popolazione fragile Informazione di caregiver e collaboratori familiari, con particolare attenzione alle categorie a maggior rischio, sulla prevenzione incidenti domestici, sulla polifarmacoterapia e sull'interazione fra alcol e farmaci.	**6.3.2** Misurazione della percezione del rischio PASSI - PASSI D'Argento entro 5 anni **6.3.1** Adeguamento del sistema di sorveglianza entro 2 anni	2013: Il 6,4% (IC95% 5,2-7,9) degli intervistati PASSI della regione FVG ritiene alto o molto alto il rischio di infortunio domestico	+30% Estensione dei moduli incidenti domestici in PASSI e PASSI d'argento	Atteso PASSI 8.3% modulo incidenti domestici presente in PASSI
Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	Formazione sull'uso dei farmaci in sicurezza per operatori sanitari, MMG e PLS.	**6.4.1** Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni	2013: il 17,1% degli intervistati PASSI del FVG ha dichiarato di aver avuto informazioni su come prevenire gli infortuni 2012: Il 10.3% degli intervistati PASSI D'Argento (PDA), attivato nella sola provincia di Trieste, ha dichiarato di aver avuto informazioni su come evitare di cadere.	+ 100%	Atteso PASSI 34,3% Atteso PDA 20,5% sulla medesima area di rilevazione
Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in	Consolidamento del sistema informatizzato di rilevazione e	**6.5.1** Potenziamento dei flussi informativi strutturati per la	Non disponibile il dato puntuale	100% produzione di	disponibilità report

ambiente domestico	monitoraggio nei pronto soccorsi regionali	conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico		un report in tutte le regioni	regionale annuale

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Promozione di corretti stili di vita attraverso una rete di collaborazione che coinvolga tutte le strutture aziendali, gli Enti locali, la Scuola e gli stakeholder.		Numero di iniziative di informazione/sensibilizzazione	atti	Non rilevato			1	2
Risultati	Attivare/consolidare a livello regionale la collaborazione tra le istituzioni, le associazioni di categoria, i portatori di interesse ed i media. Attività di informazione nei confronti dei caregivers e della popolazione. Realizzazione di strumenti di lavoro per la progettazione sicura di strutture, impianti ed attrezzature, in particolare in funzione dei soggetti fragili	- Gruppo di comunicazione - Gruppo per la progettazione - Numero di iniziative di informazione	Atti		1	1	1	1
Azioni	Costituzione gruppo di comunicazione aperto a tutte le componenti della società mirato all'implementazione della rete informativa. Attività di informazione e sensibilizzazione in collaborazione con il gruppo Costituzione di un gruppo interaziendale con esperti, Associazioni, Onlus, Università, CRIBA, media ed imprenditoria mirato a produrre un documento di indirizzo							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Costituzione gruppo interistituzionale con gli stakeholder		x						
Attività di informazione e sensibilizzazione in collaborazione con il gruppo						x	x	x
Costituzione di un gruppo interaziendale con esperti per la realizzazione di un documento di indirizzo			x					
Realizzazione del documento di indirizzo							x	

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Promozione della cultura della sicurezza abitativa nella popolazione fragile.		N° di abitazioni valutate **INDICATORE SENTINELLA**	report	Non rilevato		Formazione inizio delle rilevazioni	250 rilevazioni	500 rilevazioni (cumulativo)
Risultati	Numero di operatori sanitari formati; Numero di scuole coinvolte	atti report				1		 1
Azioni	Rilevazione dei rischi in un campione di abitazioni di anziani e soggetti con patologie, attraverso gli operatori dell'assistenza domiciliare, previa formazione degli stessi, mediante l'utilizzo della check list CCM. Collaborazione con la Scuola finalizzata a formare gruppi di studenti che, a cascata, formano i loro compagni sulla rilevazione dei rischi nelle proprie abitazioni, mediante l'uso della check list. Avvio del progetto di educazione alla sicurezza negli ambienti domestici destinato ai bambini fascia 0-7 ed alle loro famiglie, ("Lucette e cerotti"), previa formazione di un pool di insegnanti e la stampa e distribuzione di un kit specifico, anche in lingua friulana, slovena e nelle lingue delle etnie più rappresentate in regione.							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Coinvolgimento delle aziende sanitarie regionali nell'attività di rilevazione dei rischi nelle abitazioni		x						
Formazione degli operatori dell'assistenza domiciliare			x					
Rilevazione dei rischi e analisi dei risultati				x	x	x		
diffusione nel gruppo degli stakeholder dell'analisi effettuata						x	x	
Formazione a cascata fra gli studenti e diffusione della sceda per la rilevazione dei rischi						x	x	x
Aggiornamento del materiale del progetto rivolto rivolto alla prima infanzia				x				
Formazione degli operatori sanitari sul progetto					x			
Formazione dei docenti						x		
Redazione report								x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Formazione sull'uso dei farmaci in sicurezza per operatori sanitari, MMG e PLS.		Numero eventi	Registrazione corsi e partecipanti	Non rilevato	2	3	4	5 (cumulativo)
Risultati	Aumento della conoscenza fra gli operatori sanitari dei rischi di interazione farmacologica legata all'utilizzo contemporaneo di diversi principi attivi nella popolazione anziana e della interazione fra farmaci ed alcol	Report sul monitoraggio	documenti		1		1	1
Azioni	Organizzazione di corsi per operatori sanitari e dell'assistenza sulle tematiche relative ai rischi di interazione farmacologica in caso di polifarmacoterapia, dell'interazione fra farmaci ed alcol con il coinvolgimento degli Ordini dei Medici, degli Ordini dei Farmacisti, delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria, di Ceformed ("Progetto polifarmacoterapia nel paziente anziano in FVG") Monitoraggio regionale prescrizioni farmaceutiche MMG e PLS							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Organizzazione eventi formativi		x		x				x
Monitoraggio regionale delle prescrizioni		x				x		
Elaborazione report		x				x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Informazione popolazione e caregiver sugli interventi per prevenire infortuni e cadute, con particolare attenzione alle categorie a maggior rischio, e sui rischi legati alla polifarmacoterapia e all'interazione fra alcol e farmaci		Produzione di materiale informativo per anziani e caregiver **INDICATORE SENTINELLA**					1	2
Risultati	Numero di eventi formativi	Registri presenza corsi di formazione operatori sanitari			1	2	3	4

Azioni	Diffusione informazioni per prevenire gli incidenti domestici soprattutto nella popolazione a maggior rischio, anche attraverso i caregiver ed i collaboratori familiari Diffondere informazioni nella popolazione anziana e nei caregiver dei rischi di interazione fra farmaci ed alcol e dei comportamenti da tenere per ridurre i rischi legati all'assunzione contemporanea di diversi farmaci e medicamenti	Numero di iniziative di informazione per la cittadinanza					1	1
	Proseguire con la formazione degli operatori sanitari e dell'assistenza sulle tematiche relative ai rischi degli infortuni domestici, con il coinvolgimento degli Ordini dei Medici, delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria, di Ceformed Predisposizione di pacchetti informativi rivolti alle persone anziane e dei caregiver e dei familiari sui rischi dell'interazione fra alcol e farmaci e sui comportamenti corretti in caso di assunzione contemporanea di più farmaci, coivolgendoFederfarma, MMG, media e stakeholder							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Eventi formativi rivolti agli operatori sanitari		x		x		x		x
Elaborazione di materiale informativo per le persone anziane e sua diffusione						x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Consolidamento del sistema informatizzato di rilevazione e monitoraggio nei pronto soccorsi regionali		Report annuale	Sistema Informativo Emergenza	Sistema in fase di attivazione, non esteso a tutta la regione		1	2	3
Risulta	Implementazione delle informazioni raccolte a livello dei PS con la registrazione degli eventi infortunistici in ambiente domestico in tutte le strutture ospedaliere regionali							
Azioni	Registrazione delle informazioni relative ai ricoveri nei "Pronto Soccorso" a seguito di avvelenamenti in ambiente domestico Registrazione delle informazioni relative ai ricoveri presso l'IRCCS Burlo Garofolo su avvelenamenti in ambiente domestico occorsi a bambini							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Implementazione della corretta codifica degli eventi				x	x	x	x	x
Elaborazione report con i dati dei Pronti Soccorsi in cui è la rilevazione è a regime						x		x

PROGRAMMA VIII: "Miglioramento della qualità nelle attività del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo"

Razionale e descrizione del programma: L'attenzione ai modelli organizzativi come determinanti di interventi più efficaci e/o di maggiore qualità diventa elemento essenziale anche della pianificazione in prevenzione. Da anni i sistemi sanitari del FVG sono sollecitati a ristrutturarsi nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, compreso, in particolare, il rapporto costo-efficacia dei servizi/interventi offerti.

L'attenzione alla qualità dell'organizzazione rappresenta quindi un obiettivo prioritario sia per la efficacia degli interventi pianificati, sia della sostenibilità della prevenzione. Nel tempo è inoltre maturata la necessità di sviluppare un sistema di gestione con un reale approccio per processi, considerati come l'unità logico-operativa di base per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni in funzione della soddisfazione del cittadino/utente e dei rapporti con gli stakeholder (istituzioni, imprese ecc.). Attraverso l'analisi dei processi è possibile quindi realizzare un necessario sistema di monitoraggio e controllo interno delle attività erogate in una logica di miglioramento continuo della qualità. Questo complesso processo, seppur avviato in tutte le realtà regionali, non può attuarsi se non viene accompagnato da specifiche scelte progettuali e programmatorie e da una adeguata attività di formazione degli operatori.

Nel contempo bisogna rilevare come si sia assistito in questi anni in alcuni ambiti allo sviluppo della tecnica dell' AUDIT. Tale tecnica ha permesso di verificare la corretta applicazione del sistema di gestione per la qualità nell'ambito delle attività e dei servizi erogati dalle singole Unità Organizzative al fine di garantire uniformità applicativa e dimostrata efficacia. Il sistema di verifica tramite Audit ha trovato particolare affermazione nei programmi di controllo della filiera alimentare non coinvolgendo altri ambiti in cui il SSR sta svolgendo funzioni di Vigilanza e Controllo. Anche nell'ambito dei controlli afferenti all'area dell'Igiene pubblica è importante riorientare le modalità di intervento, affiancando alle verifiche sulle strutture quelli sulle procedure gestionale rivolte prevenire i maggiori rischi sanitari presenti. In particolare, per la riduzione dei rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o a lunga durata - oltre al rafforzamento della sorveglianza ed alle attività di sensibilizzazione, informazione e formazione - è emersa l'importanza di ridurre la trasmissione delle epatiti virali e delle altre infezioni a trasmissione ematiche anche attraverso una migliore attività di controllo nei settori lavorativi ove ci sono evidenze riguardo ai rischi infettivi (tatuatori, piercer, estetisti, ecc).

Sempre negli ultimi anni infine vi è stato l'avvio dell'applicazione della norma sulla trasparenza negli atti della Pubblica Amministrazione. Si è inteso con tale norma garantire l'accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. L'articolo 14 "Semplificazione dei controlli sulle imprese" del D.L. 9 febbraio 2012 n.5, convertito con L. del 4 aprile 2012 n.35, impone a tutte le Pubbliche amministrazioni di pubblicare sul proprio sito istituzionale la lista dei controlli di propria pertinenza a cui sono assoggettate le imprese. Con le Linee guida in materia di Controlli ai sensi dell' art. 14, comma 5 del decreto legge 9 febbraio 2012, n. 5 convertito in legge 4 aprile 2012, n. 35 definite dall'Intesa sancita in Conferenza Unificata sono stati definiti i Principi secondo i quali procedere all'applicazione di tale norma. I singoli punti analizzati a) della chiarezza della regolazione, b) della Proporzionalità al rischio, c) del Coordinamento delle attività di controllo, d) dell'approccio collaborativo del personale, e) della Formazione e aggiornamento del personale e f) della Pubblicità e trasparenza dei risultati dei controlli, necessitano un maggior coordinamento territoriale al fine di garantire uguaglianza di trattamento della P.A. e un attivo contrasto della corruzione. Tutti questi temi impegnano i Dipartimenti di Prevenzione ad una valutazione qualitativa non solo quantitativa delle attività. Ciò assume particolare rilievo ove il Servizio sanitario Regionale svolga opera di vigilanza o controllo su aspetti di impatto economico in questo periodo congiunturale come ad esempio l'ambito produttivo o quello alimentare.

Gli obiettivi/strategie: 1)consolidamento del percorso di miglioramento della qualità e dell'omogeneità dell'attività di vigilanza del Dipartimento di Prevenzione anche attraverso l'incremento di strumenti di enforcement quali l'audit; 2) adozione, secondo quanto prevede il PNP e i piani di settore, di varie procedure i vigilanza e controllo in alcuni comparti a maggior rischio; 3) formazione rivolta a sostenere le capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane dei dirigenti e coordinatori dei Dipartimenti di Prevenzione.

Evidenze:

- Cultural competence education for health professionals; Lidia Horvat, Dell Horey, Panayiota Romios, John Kis-Rigo - Editorial Group: Cochrane Consumers and Communication Group

- Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes; Noah Ivers, GroJamtvedt, Signe Flottorp, Jane M Young, Jan Odgaard-Jensen, Simon D French, Mary Ann O'Brien, Marit Johansen, Jeremy Grimshaw, Andrew D Oxman - Editorial Group: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group

- Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes; Louise Forsetlund, Arild Bjørndal, Arash Rashidian , GroJamtvedt, Mary Ann O'Brien, Fredric M Wolf, Dave Davis, Jan Odgaard-Jensen, Andrew D Oxman - Editorial Group: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group .

- Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in overweight and obese adults; GerdFlodgren, Katherine Deane,

Heather O Dickinson, Sara Kirk, Hugh Alberti, Fiona R Beyer, James G Brown, Tarra L Penney, Carolyn D Summerbell, Martin P Eccles - Editorial Group: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group .
- Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals; Marie-Pierre Gagnon, France Légaré, Michel Labrecque, Pierre Frémont, Pierre Pluye, Johanne Gagnon, Josip Car, Claudia Pagliari, Marie Desmartis, Lucile Turcot, Karine Gravel - Editorial Group: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group
- Guide to Community Preventive Services (Community Guide) - http://www.epicentro.iss.it/ebp
The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance; Elena Parmelli, GerdFlodgren, Mary Ellen Schaafsma, Nick Baillie, Fiona R Beyer, Martin P Eccles - Editorial Group: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group
I dati SEIEVA 2013 (http://www.iss.it/seieva/) evidenziano tra i fattori di rischio identificato esposizioni parenterali dovute a piercing,tatuaggi, manicure/pedicure.

Contrasto alle diseguaglianze Le eventuali disomogeneità nell'applicazione delle linee guida nel territorio regionale verranno contrastate con la creazione di gruppi di lavoro regionali e di effettuazione periodica di sopralluoghi congiunti tra operatori delle varie aziende per l'assistenza sanitaria regionali

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione: SISAVER, SICER, applicativi del Vet Info, Sistema georeferenziale molluschicoltura

TARGET(indicare la fascia di età) a cui si rivolge il programma: attraverso il sistema di vigilanza e controllo delle aziende sanitarie è interessata tutta la popolazione				
SETTING	Scuola ☐	Comunità ☒	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro ☒

ANALISI DEI RISCHI

Mancanza di atti di indirizzo nazionale su vigilanza grandi opere e coperture. Mancata realizzazione corsi nazionali per formatori sui PNE e PNA. Indisponibilità del finanziamento dei corsi per Auditor e Dirigenti. Le richieste di ordine analitico subiscono modifiche e integrazioni in relazione a nuove matrici o nuovi pericoli da cercare. La rete dei laboratori pubblici è in genere in grado di rispondere tempestivamente alle nuove richieste, ma in alcuni casi si può verificare un allungamento dei tempi per la disponibilità del materiale diagnostico.

Macro obiettivo	**7. Prevenire infortuni e malattie professionali**				
Obiettivi centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza del Dipartimento di Prevenzione anche attraverso l'incremento di strumenti di enforcement quali l'audit	Omogeneizzazione dell'attività di vigilanza in edilizia Diffusione tra tutti gli operatori dei servizi degli indirizzi e degli obiettivi del Piano Nazionale Edilizia Omogeneizzazione dell'attività di vigilanza in agricoltura Diffusione tra tutti gli operatori dei servizi degli indirizzi e degli obiettivi del Piano Nazionale Agricoltura	**7.8.1** Adozione di atti di indirizzo nazionali/regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio	Anno 2014 Non presente	100% atti nazionali recepiti con atti regionali	100% atti nazionali recepiti

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza ANNO 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Omogeneizzazione dell'attività di vigilanza in edilizia Diffusione tra tutti gli operatori dei servizi degli indirizzi e degli obiettivi del Piano Nazionale Edilizia		Percentuale di recepimento (100%) degli atti di indirizzo nazionali finalizzati a garantire la trasparenza e uniformità nell'attività di vigilanza e controllo entro 180 giorni dalla loro formalizzazione	Atti di recepimento della DCS e trasmissione alla AAS	Non presenti atti regionali.	0	100%	100%	100%
Risultati	Adozione di atti finalizzati a garantire trasparenza e uniformità della vigilanza in edilizia (per grandi opere, palchi e fiere, lavori su coperture).Formare i formatori regionali	Presenza di atti di indirizzo regionali su procedure di vigilanza per grandi opere, palchi e fiere, lavori su coperture. Elenco dei formatori Corso aggiornamento con la presenza di almeno il 75% degli operatori	Sito internet regionale/siti aziendali	ANNO 2015 Non presenti atti regionali. 0 0	0	1		
	Realizzazione corso di aggiornamento su vigilanza in edilizia per operatori dei servizi				0	1		
Azioni	Elaborazione e diffusione ai portatori di interesse di procedure di vigilanza con particolare riguardo a grandi opere, palchi e fiere, lavori sulle coperture. Partecipazione al corso di formazione nazionale rivolto ai formatori regionali, individuati all'interno del Gruppo Regionale Edilizia, sugli indirizzi e obiettivi del PNE Realizzazione di un corso di formazione regionale rivolto agli operatori sugli indirizzi e obiettivi del PRP nel settore dell'edilizia			0	0	50%	75%	75%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Elaborazione e diffusione ai portatori di interesse di procedure di vigilanza con particolare riguardo a grandi opere, palchi e fiere, lavori sulle coperture.			x	x				
Partecipazione al corso di formazione nazionale rivolto ai formatori regionali, individuati all'interno del Gruppo Regionale Edilizia, sugli indirizzi e obiettivi del PNE				x	x	x		
Realizzazione di un corso di formazione regionale rivolto agli operatori sugli indirizzi e obiettivi del PRP nel settore dell'edilizia				x	x			

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Omogeneizzazione dell'attività di vigilanza in agricoltura Diffusione tra tutti gli operatori dei servizi degli indirizzi e degli obiettivi del Piano Nazionale Agricoltura		Percentuale di recepimento (100%) degli atti di indirizzo nazionali finalizzati a garantire la trasparenza e uniformità nell'attività di vigilanza e controllo.	Delibere di recepimento della DCS e trasmissione alla AAS.	Non presenti atti regionali.	0	100%	100%	100%
Risultati	Adozione di atti finalizzati a garantire trasparenza e uniformità della vigilanza in agricoltura Formati i formatori regionali Realizzazione corso di aggiornamento su vigilanza in agricoltura per operatori dei servizi agricoltura.	Presenza di atti di indirizzo regionali su procedure di vigilanza in agricoltura. Elenco dei formatori	Sito internet regionale/siti aziendali	Non presenti atti regionali.	0 1	1 1		
Azioni	Elaborazione e diffusione ai portatori di interesse di procedure di vigilanza in agricoltura con particolare riguardo a requisiti sicurezza macchine Partecipazione al corso di formazione nazionale rivolto ai formatori regionali, individuati all'interno del Gruppo Regionale Agricoltura, sugli indirizzi e obiettivi del PNA Realizzazione di un corso di formazione regionale rivolto agli operatori sugli indirizzi e obiettivi locali del PNA	Corso aggiornamento con la presenza di almeno il 75% degli operatori			0	50%	75%	75%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Elaborazione e diffusione ai portatori di interesse di procedure di vigilanza in agricoltura con particolare riguardo a requisiti sicurezza macchine			x	x				
Partecipazione al corso di formazione nazionale rivolto ai formatori regionali, individuati all'interno del Gruppo Regionale Agricoltura, sugli indirizzi e obiettivi del PNA				x	x	x		
Realizzazione di un corso di formazione regionale rivolto agli operatori sugli indirizzi e obiettivi locali del PNA				x	x			

Macro obiettivo	**9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie**				
Obiettivi centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, HCV…)	Migliorare la qualità e l'omogeneità dei controlli per le attività correlate alle pratiche estetiche	**9.5.2** Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/iL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV	Anno 2014 56%	-25%	39%

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Migliorare la qualità e l'omogeneità dei controlli per le attività correlate alle pratiche estetiche, inclusi i tatuaggi		Percentuale di recepimento da parte delle AAS degli atti regionali di indirizzo	Atto regionale	ANNO 2014 Non disponibile	0	0	0	100%
Risultati	Presenza di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli; inoltre avere operatori formati.	Presenza linee guida Presenza di protocolli operativi	Atto regionale	Non disponibile	Avvio lavori	bozza	1 1	
Azioni	1. Elaborazione e diffusione di linee guida regionali per la prevenzione dei rischi infettivi 2. Elaborazione e diffusione di protocolli operativi su trasparenza e uniformità dei controlli 3. Formazione operatori sanitari addetti al controllo	Numero corsi svolti					1	2

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Elaborazione e diffusione di linee guida regionali per la prevenzione dei rischi infettivi		x	x	x	x			
Elaborazione e diffusione di protocolli operativi su trasparenza e uniformità dei controlli		x	x	x	x			
Formazione operatori sanitari addetti al controllo				x	x	x	x	x

Macro obiettivo	**10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli**				
Obiettivi centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura Attuazione dei contenuti dell'accordo Stato regioni del 7/2/2013 concernente "linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle autorità competenti in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria": Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004	Piano di monitoraggio integrato per la gestione dei rischi nelle matrici alimentari e alimenti per animali Piano di audit: produzione primaria essicatoi (centro di raccolta) Riqualificare le aree di molluschicoltura in regione FVG in funzione del rischio biologico, chimico e ambientale attraverso georeferenziazione (GISFVG) Aggiornamento elenco Auditors Ufficiali e diffusione della procedura regionale per la conduzione degli Audit su OSA e SSR Predisporre programma di mantenimento qualifica degli Auditors regionali	**10.1.1** Adozione di atti di indirizzo nazionali/regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio **10.11.1** Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai servizi della AC **10.12.1** Rendicontazione dell'attività svolta	Non presente 36 su 173 In linea con accordi febbraio 2013	100% atti nazionali recepiti con atti regionali 100% del personale addetto al controllo formato per il primo percorso 100% (vedi standard previsto)	100% atti nazionali recepiti 50/173 Audit di tutti i settori e di sistema nelle 5 AAS regionali
Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	Programma di verifica sulle metodiche previste dalle linee guida ministeriali	**10.7.1** Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013	Evidenza documentale annuale della valutazione	Evidenza documentale annuale della valutazione	Evidenza documentale annuale della valutazione

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Piano di monitoraggio integrato per la gestione dei rischi nelle matrici alimentari e alimenti per animali		Piani di campionamento mais e latte	Atti	Piano di controllo sul latte crudo		1	1	1
Risultati	Osservatorio regionale aflatossine attivo Redazione, di concerto con l'agricoltura, di manuali di buone prassi per la coltivazione del mais Piano di monitoraggio integrato campo/tavola	manuali di buona prassi agronomica osservatorio aflatossine	Documento documento			1 1		
Azioni	Creazione di concerto con agricoltura e parco agroalimentare dell'osservatorio regionale aflatossine e dei manuali di buona prassi Riunione con i rappresentanti dei produttori e i raccoglitori di mais Programmazione e realizzazione dei piani di monitoraggio mais e latte							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Creazione osservatorio		x						
Riunione con i rappresentanti dei produttori e i raccoglitori di mais		x		x		x		x
Redazione, di concerto con l'agricoltura, di manuali di buone prassi per la coltivazione del mais				x				
Programmazione e realizzazione dei piani di monitoraggio mais e latte	x		x		x		x	

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Piano di audit produzione primaria essiccatoi (centri di raccolta)		N. audit **INDICATORE SENTINELLA**	Rapporti di audit OSA	ANNO	1	3	5	7
Risultati	Disponibilità di programma e piani di audit su essiccatoi							
Azioni	Predisposizione programma e piani di audit su essiccatoi							
Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Riqualificare le aree di molluschicoltura in regione in funzione del rischio biologico, chimico e ambientale attraverso georeferenziazione (GISFVG)		Approvazione, emanazione e attuazione nuova delibera	Pubblicazione verifica	Georeferenziazione attualmente esistente	Approvazione e delibera	Nuova georeferenziazione		

Risultati	Aumento della sicurezza delle produzioni conoscenza sull'andamento delle contaminazioni, velocità di reazione dei produttori ad eventuali risultati sfavorevoli							
Azioni	Approvazione delibera Georeferenziazione delle aree di produzione							
Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Aggiornamento elenco degli auditors ufficiali e diffusione della procedura regionale per la conduzione degli audit su OSA e SSR		Numero di auditor formati su totale dipendente AC	Delibera regionale	36/173	36	36	43	50
Risultati	Formazione teorico/pratica di operatori attraverso corsi di formazione specifici	n. eventi				1		
Azioni	Predisposizione e attuazione corso di formazione per operatori SIAN SVET Formazione sul campo degli operatori con formazione teorica							
Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Predisporre programma di mantenimento di qualifica degli auditor regionali		Report al ministero **INDICATORE SENTINELLA**	atti	6 audit di sistema nel 2014	1 con 10 audit	2con 10 audit	3con 10 audit	4con 5 audit
Risult	Mantenimento di almeno 50 operatori nella lista di auditor formati	n. eventi	atti				1	
Azioni	Formazione teorica degli auditors presenti nella lista regionale Realizzare gli audit previsti dall'art 4 paragrafo 6 del regolamento 882/2004							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Predisposizione programma e piani di audit su essiccatoi		x		x		x		x
Approvazione delibera		x						
Nuova georeferenziazione			x					
Predisposizione e attuazione corso di formazione per operatori SIAN SVET			x	x				
Formazione sul campo degli operatori con formazione teorica			x	x				
Programma di audit		x						
Piani di audit e audit in campo		x	x	x	x	x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Programma di verifica sulle metodiche previste dalle linee guida ministeriali		Presenza del documento del riesame	Nota Direttore del Servizio	Non disponibile	Implementazione	Presenza	Presenza	presenza
Risultati	Riesame annuale della capacità dell'IZS delle Venezie e di ARPA FVG di garantire le necessità di Controllo Ufficiale della ACR e ACL							
Azioni	Stesura procedura e avvio annuale : rilevazione delle nuove esigenze di ordine diagnostico, verifica di disponibilità di metodi accreditati, percorso e tempistica accreditamento metodi, stesura documento riesame							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Stesura procedura	x							
Rilevazione annuale delle nuove esigenze di ordine diagnostico	x		x		x		x	
verifica di disponibilità di metodi accreditati,	x		x		x		x	
percorso e tempistica accreditamento metodi, stesura documento riesame	x		x		x		x	

Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione					
Sviluppare il ruolo di steward della prevenzione a livello sia regionale sia di azienda sanitaria nella relazione con i portatori di interesse non del sistema sanitario e con le altre strutturazioni organizzative del sistema sanitario.	Sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane dei dirigenti e coordinatori dei Dipartimenti di Prevenzione	Indicatore regionale Numero di dirigenti, coordinatori e PO dei Dipartimenti di Prevenzione formati	-	-	80%
	Realizzazione di un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo e edile, con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Indicatore regionale - Numero di auditor formati - N. di aziende coinvolte nei programmi di audit	-	-	15 25
	Applicazione della normativa nazionale sulla trasparenza alle procedure di vigilanza dei Dipartimenti di Prevenzione	Indicatore regionale Numero di procedure di vigilanza adottate dal Dipartimento di Prevenzione nei piani mirati e di comparto	-	-	100%

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza ANNO 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane dei dirigenti e coordinatori dei Dipartimenti di Prevenzione		% dei dirigenti, coordinatori e PO dei Dipartimenti di Prevenzione formati **(INDICATORE SENTINELLA)**	Verbale corsi	Non disponibile	0	25%	50%	80 %
Risul	Dirigenti e coordinatori formati Miglioramento delle capacità organizzative dei dirigenti/coordinatori/Po	Corso di aggiornamento	Verbale corsi			1	2 cumulativo	2 cumulativo
Azion	Realizzazione due edizioni corso di aggiornamento per dirigenti e coordinatori / PO Realizzare corso di rinforzo periodico	Corso di rinforzo						1
Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza ANNO 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Realizzazione di un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo e edile, con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali		N. di aziende coinvolte nei programmi di audit (50 aziende nel triennio 2016-2018, a livello	Verbale	Zero	0	10	15	25

		regionale).						
Risultati	Diffusione della tecnica di audit tra gli operatori PSAL. Realizzazione scheda di audit per il comparto edilizia e il comparto agricoltura. Enforcement della capacità di gestione della sicurezza da parte delle aziende regionali.	N. di auditor formati (almeno 3 operatori per AAS).	Verbale corsi	Zero operatori	0	10	15 cumulativo	15 cumulativo
Azioni	Programmazione e realizzazione del corso regionale. Realizzazione scheda di audit. Realizzazione audit nelle aziende.							

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza ANNO 2014	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Applicazione della normativa nazionale sulla trasparenza alle procedure di vigilanza dei Dipartimenti di Prevenzione	Numero di procedure di vigilanza adottate dal Dipartimento di Prevenzione nei piani mirati e di comparto	report		0	100%	100%	100 %
Risult Uniformare a livello regionale la lista dei controlli sulle imprese Disponibilità di una Lista di controllo regionale Portatori di interesse informati	Presenza di lista regionale dei controlli sulle imprese svolti dalle varie Strutture Dipartimentali	Sito regionale e siti AAS		0	1	1	1
Azioni Revisione liste controllo esistenti in regione. Realizzazione lista controllo regionale. Diffusione del documento ai portatori di interesse							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Realizzazione due edizioni corso di aggiornamento per dirigenti e coordinatori / PO			x	x	x	x		
Realizzare corso di rinforzo periodico							x	x
Programmazione e realizzazione del corso regionale.			x					
Realizzazione scheda di audit				x				
Realizzazione audit nelle aziende				x	x	x	x	x
Revisione liste controllo esistenti in regione			x	x				
Realizzazione lista controllo regionale			x	x				
Diffusione del documento ai portatori di interesse				x	x			

PROGRAMMA IX: "Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti indicati dal PNP come a maggior rischio"

Razionale e descrizione del programma:
Per quanto riguarda gli obiettivi connessi alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali si deve partire dagli ottimi risultati registrati, in particolare devono essere segnalati i risultati dalle azioni realizzate nel precedente piano regionale della prevenzione (i dati su infortuni e malattie professionali, in calo, sono disponibili sul sito della regione). Il presente piano regionale della prevenzione deve quindi svilupparsi ulteriormente e migliorare la qualità delle azioni in essere, realizzando interventi, anche trasversali, che prevedano il coinvolgimento di tutte le istituzioni preposte a tutelare la salute e sicurezza negli ambienti di lavoro (INAIl, DTL, organismi paritetici e bilaterali) con particolare attenzione ai settori più a rischio (edilizia, agricoltura) ed a i fattori di rischio emergenti (malattie muscolo scheletriche, stress lavoro correlato ed agenti cancerogeni) coinvolgendo tutte le strutture dei Dipartimenti di Prevenzione.
Negli ultimi anni si è verificato un andamento decrescente degli infortuni sul lavoro in tutti i settori, e in particolare anche nei settori a più elevati indici infortunistici. Nel settore delle costruzioni il calo è stato più rilevante rispetto a tutti gli altri comparti produttivi. Nonostante ciò il tasso di gravità rimane sempre più alto rispetto a quello calcolato per il totale degli altri comparti (valore di 6,5 infortuni gravi per mille addetti nel 2012). Anche nel comparto agricoltura **l'andamento infortunistico del periodo 2008-2014**, desunto dal sistema informativo INAIL, mostra un trend favorevole, con una riduzione degli infortuni totali nel quinquennio 2008-2012 pari al 20%, ma con una stabilità del numero degli infortuni mortali. Per questo motivo le azioni da mettere in campo dovranno riguardare il mantenimento di un'adeguata azione di vigilanza con il monitoraggio dei risultati ottenuti, un'azione di assistenza rivolta a tutti i soggetti della prevenzione realizzata attraverso interventi informativi e formativi e sviluppando i rapporti con gli enti bilaterali e parti sociali per sviluppare e diffondere soluzioni di sicurezza. Il presente Programma recepisce per le parti di interesse le azioni previste dal Piano Nazionale Edilizia e dal Piano Nazionale Agricoltura ratificati dalla conferenza Stato Regioni. I risultati dovranno misurarsi in termini di miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e di emersione del fenomeno di mancata segnalazione di eventi avversi ed in particolare di malattie professionali.

Gli obiettivi /strategie
Accanto alle classiche attività di vigilanza dovranno essere promossi interventi di assistenza proattiva sia con la diffusione di linee guida e buone prassi sia promuovendo attività di informazione rivolte agli operatori del Dipartimento di Prevenzione ed a tutti i soggetti della prevenzione dai datori di lavoro, ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, ai medici competenti, agli addetti dei servizi di prevenzione e protezione.

Evidenze
http://niebp.agenas.it/matrice.aspx ; M.O.: Prevenire gli infortuni e le malattie professionali; Fattori di rischio e determinanti: 25) Inadeguatezza ed inidoneità/uso scorretto di macchine ed attrezzature , 26) Lavori in quota, 30) Invecchiamento della popolazione lavorativa;

Contrasto alle diseguaglianze
Sarà posta particolare attenzione alle fasce dei lavoratori precari e anziani. L'attività di vigilanza e di promozione dovrà porre attenzione ad una equa distribuzione territoriale al fine di evitare la creazione di aree geografiche ove minore possa risultare l'attenzione ai temi della SSL.
Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione
Il sistema gestionale informatizzato (Me.La.) attualmente in uso da parte delle strutture deputate alla vigilanza nei luoghi di lavoro; il sistema flussi INAIL Regioni.

TARGET: tutta la popolazione occupata e in età lavorativa

SETTING	Scuola ☐	Comunità ☐	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro X

ANALISI DEI RISCHI Sostenibilità:

La collaborazione tra i diversi portatori di interessi deve essere facilitata da azioni di livello centrale nazionale e/o regionale

Macro obiettivo	**7. Prevenire infortuni e malattie professionali**				
Obiettivo centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni.	Mantenere un'adeguata azione di vigilanza Assistenza/informazione/formazione nei confronti di tutti i soggetti della prevenzione nel settore edile e agricolo Sviluppo dei rapporti con gli Enti bilaterali, parti sociali e professionali e diffusione di soluzioni di sicurezza.	**7.7.1** Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a comparto agricoltura e comparto edilizia	Anno 2012 IF tutti gruppi Ateco 5,42 IF solo costruzioni 9,75 Infortuni gravi o mortali agricoltura 174 Anno 2013 Percentuale Inf.Gravi sul totale per tutti i settori 24,8% (1891) Per il comparto edilizia 28,7%(249); per il comparto agricoltura 32,8%(164)	-10 % di IF4,41 ogni 1000 addetti per tutti i settori Ateco (no agricoltura) IF 7,62 ogni 1000 addetti costruzioni Agricoltura 11417 infortuni gravi	IF tutti i gruppi Ateco 4,878 IF solo costruzioni 8,775 Infortuni gravi o mortali agricoltura 157
		7.3-4-5.1 Adozione di programmazione in seno ai Comitati Regionali di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs 81/08 di azioni di promozione - Monitoraggio dell'attività di coordinamento con gli Enti preposti al controllo : report annuale		Tutte le Regioni programmano azioni di promozione	Programmate azioni di promozione

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Mantenere un'adeguata azione di vigilanza con particolare riguardo ai settori edile e agricolo	5% delle aziende vigilate (LEA, patto per la salute),	Dati Flussi INAIL Regioni(Obiettivi LEA) e Me.La INSIEL	ANNO 2014 Numero aziende da visitare 2536	5%	5%	5%	5%

Risultati	Azione di vigilanza secondo i parametri definiti a livello nazionale. 5% delle aziende vigilate Agricoltura: 5% delle rivendite macchine agricole del territorio regionale e 10% degli allevamenti. Edilizia:Numero di cantieri ispezionati in rapporto al numero delle notifiche preliminari pervenute l'anno precedente	Agricoltura: 5% delle rivendite macchine agricole del territorio regionale e 10% degli allevamenti. Edilizia:Numero di cantieri ispezionati in rapporto al numero delle notifiche preliminari pervenute l'anno precedente **INDICATORE SENTINELLA**	(rendicontazione).					
Azioni	1) Attività di vigilanza nel 5% delle imprese del territorio; 2) Vigilanza nei cantieri edili in rapporto proporzionalmente coerente con il numero di cantieri notificati l'anno precedente, garantendo le proporzioni degli ultimi 5 anni; 3) Redazione di report annuale sulle violazioni in edilizia, con particolare riferimento alle violazioni riguardanti il "minimo etico" e gli aspetti organizzativi; 4) Censimento attività di riparazione macchine agricole; 5) Attività di verifica macchine e attrezzature agricole in commercio. 6) Attività di verifica condizioni di sicurezza in zootecnia.							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Attività di vigilanza nel 5% delle imprese del territorio;		X		X		X		X
Vigilanza nei cantieri edili in rapporto proporzionalmente coerente con il numero di cantieri notificati l'anno precedente, garantendo le proporzioni degli ultimi 5 anni		X		X		X		X
Redazione report annuale sulle violazioni in edilizia		X		X		X		X
Censimento attività di riparazione macchine agricole		X						
Attività di verifica macchine e attrezzature agricole in commercio				X		X		X
Attività di verifica condizioni di sicurezza in zootecnia.				X		X		X

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Assistenza/informazione/formazione nei confronti di tutti i soggetti della prevenzione nel settore edile e agricolo.	Riduzione dei tassi di frequenza degli infortuni, con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali	Dati INAIL	ANNO 2013 IF tutti gruppi Ateco 5,42 IF solo costruzioni 9,75 Infortuni gravi o mortali agricoltura 174	-1%	-3%	-7	-10%

Risultati	Incremento delle attività di assistenza/informazione e formazione ai soggetti della prevenzione operanti nel settore agricolo.	N. schede informative predisposte	Documenti	0	1	2	2	3
		N. incontri/iniziative informative/formative per AAS, all'anno		1	1	2	3	4
Azioni	1) Redazione di schede informative sulla sicurezza delle macchine agricole da parte Gruppo Regionale Agricoltura (GRA). 2) Supporto alla formazione di venditori/riparatori di macchine agricole da parte GRA.	N. soggetti della prevenzione dei comparti edile/agricolo partecipanti ai corsi di formazione organizzati. Report annuale	Firme di partecipazione Atti incontri	Non disponibile 0	1	2	3	4
		% di richieste di assistenza evase (>= 90%).		Non disponibile	0	>50	>70	>90

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Redazione di schede informative sulla sicurezza delle macchine agricole da parte GRA		x						
Supporto alla formazione di venditori/riparatori di macchine agricole da parte GRA.		x						

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Sviluppo dei rapporti con gli Enti bilaterali, parti sociali e professionali e diffusione di soluzioni di sicurezza.		Riduzione dei tassi di frequenza degli infortuni, con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali	Dati INAIL	ANNO 2013 IF tutti gruppi Ateco 5,42 IF solo costruzioni 9,75 Infortuni gravi o mortali agricoltura 174	-1%	-3%	-7	-10%
Risultati	Adozione di programmazione in seno ai Comitati Regionali di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs 81/08 di azioni di promozione	Programma condiviso	Verbali del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs 81/08 e dell'Ufficio Operativo	Non rilevato		1		2 (cumulativo)
Azioni	Programmazione condivisa con altri Enti di vigilanza/Enti bilaterali/etc. delle azioni di promozione alla salute e sicurezza Presentazione di un programma di assistenza in Agricoltura ed edilizia ai componenti del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs 81/08							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Presentazione programma di assistenza in Agricoltura ed edilizia al Comitato Reg. di Coordin. ex art. 7 D. Lgs 81/08			X				X	
Report sui programmi di assistenza in Agricoltura ed edilizia al Comitato Reg. di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs 81/08				X		X		X

PROGRAMMA X: "Emersione e prevenzione delle malattie professionali in FVG e promozione della salute nei luoghi di lavoro"

Razionale e descrizione del programma

Il fenomeno delle malattie professionali ha subito un drastico cambiamento sia in Italia che nella nostra regione dopo le modifiche intercorse alle normative relative alla segnalazione delle patologie osteoarticolari. Nono-stante l'aumento registrato nelle patologie di sospetta origine professionale molto resta ancora da fare soprattutto in alcuni comparti e alcune categorie di lavoratori. I dati mostrano che a livello nazionale nel solo settore agricolo le denunce sono passate da 1647 a 7967 nel periodo 2007-2011, con una disomogenea distribuzione regionale. Anche nel settore edile le malattie professionali denunciate hanno assunto un ruolo sempre maggiore: nei primi anni '90 erano attorno al 6% del totale di quelle "attribuite" agli altri settori dell'industria, mentre nel 2012 sono quasi il 16%, pari a circa 6.000 eventi, a cui si aggiunge il fatto che la quota di malattie professionali riconosciute sul totale delle malattie denunciate è maggiore in edilizia rispetto al totale dei comparti dell'industria (43% vs 38%). Entrambi questi settori, inoltre, si caratterizzano per la forte presenza di categorie di lavoratori quali i lavoratori autonomi e stagionali, categorie non sempre coinvolte nella sorveglianza sanitaria. I risultati attesi riguardano la verifica di corretti programmi di sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, l'incremento nell'adesione dei lavoratori autonomi e stagionali ai programmi di sorveglianza sanitaria, l'organizzazione di momenti formativi con il coinvolgimento dei medici competenti e la diffusione, anche tramite supporti informatici di materiale informativo al fine di far emergere correttamente il fenomeno, migliorando contemporaneamente l'appropriatezza delle segnalazioni Analoghi interventi dovranno essere svolti nelle situazioni caratterizzate da esposizioni ad agenti cancerogeni, dove si cercherà anche di ricostruire l'esposizione professionale mediante metodi quali l'OCCAM. Un discorso a parte riguarda l'adozione del Piano Nazionale Amianto la cui approvazione non è ancora avvenuta e la cui introduzione nei PRP potrà avvenire solo una volta sancita l'intesa tra Stato e Regioni. Infine vale la pena ricordare che i luoghi di lavoro sono contesti in cui si può e si deve promuovere salute anche in riferimento ai fattori di rischio per le malattie croniche non trasmissibili, vera epidemia del XXI secolo, attraverso la promozione di comportamenti salutari da parte dei medici competenti cui affiancare azioni di modifica del contesto (ad esempio proposta alimentare in mense aziendali e distribuzione automatica): a tale proposito secondo le esperienze già maturate in alcune realtà nazionali, si ritiene opportuno attivare una progettazione specifica nell'ambiente di lavoro che potrà avere uno sviluppo modulare in base ai risultati di una fase pilota.

Gli obiettivi /strategie

Migliorare l'impiego delle informazioni derivanti dalle varie fonti di registrazione. Diffondere il materiale informativo/divulgativo per le aziende, predisposto dai gruppi nazionali di lavoro. Sviluppare un programma integrato di salute e benessere per i dipendenti pubblici come modello per la comunità. Predisporre percorsi attivi di promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Evidenze

http://niebp.agenas.it/matrice: M.O. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali; Fattori di rischio e determinanti: 29) Stress lavoro-correlato , 30) Invecchiamento della popolazione lavorativa

Contrasto alle diseguaglianze

Sarà posta particolare attenzione alle fasce dei lavoratori precari ed a coloro che nel tempo hanno svolto lavori manuale e di bassa qualificanei casi di sospetto mesotelioma in relazione alla normativa relativa alle esposizioni domestiche ed ambientali (legge di stabilità 2015). La sensibilizzazione degli operatori sanitari dovrà portare a porre particolare attenzione nei confronti di tali fasce di popolazione lavorativa.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

Flussi Inail- Regioni; Banca dati Inail; Banca dati INPS; Sistema gestionale regionale Insiel MeLa.

TARGET: tutta la popolazione occupata e in età lavorativa

SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro X

Analisi dei rischi e sostenibilità:

Il programma è vincolato alla disponibilità flussi informativi con INPS e INAIL.

Gli eventuali costi legati alla produzione di materiali informativi saranno sostenuti anche grazie all'ausilio delle somme derivanti dai proventi legati alle sanzioni secondo quanto previsto dall'art.13.c.6 del D.Lgs 81/08. La collaborazione tra i sistemi informativi dei diversi Enti Istituti deve essere facilitata da azioni di livello centrale nazionale e/o regionale.

Macro obiettivo	**7. Prevenire infortuni e malattie professionali**				
Obiettivo centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	Emersione del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento di segnalazioni e denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a Sorveglianza sanitaria degli ex esposti secondo protocollo del coordinamento interregionale	Percentuale di soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria tra gli ex esposti richiedenti come da programma indicato dal coordinamento interregionale per la prevenzione negli ambienti di lavoro	Anno 2014: 0		100%
	Migliorare l'impiego delle informazioni derivanti dalle varie fonti di registrazione tumori e dalle analisi condotte tramite l'approccio OCCAM tramite studi caso-controllo mirati anche a specifiche realtà territoriali	**7.2.1** Emersione del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento di segnalazioni e denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: - comparto delle costruzioni; - comparto agricoltura; - rischio da agenti chimici/cancerogeni; - rischio da sovraccarico ergonomico per l'apparato muscoloscheletrico; - rischio Stress Lavoro Correlato.	2006 -2012: + 16%	+10 %	+17,6 (2012-2018)
Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	Diffusione di materiale informativo/divulgativo per le aziende, predisposto dai gruppi nazionali di lavoro	**7.3.1** Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità **7.4.1** la promozione della responsabilità sociale d'impresa	Non rilevabile	100% Regioni programmano	6 eventi
	Intervento di verifica delle modalità di attuazione dell'obbligo di valutazione dello Stress Lavoro Correlato in azienda, come da Questionario predisposto dal Gruppo Nazionale SLC, secondo le indicazioni fornite a livello centrale				26 questionari

	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: - il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità la promozione della responsabilità sociale d'impresa	**7.5.1** la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative		azioni di promozione	3 accordi

Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Fonte verifica**	**Valore di partenza**	**Valori attesi**			
					2015	2016	2017	2018
Emersione del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento di segnalazioni e denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a Sorveglianza sanitaria degli ex esposti secondo protocollo del coordinamento interregionale		Percentuale di soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria tra gli ex esposti richiedenti come da programma indicato dal coordinamento interregionale per la prevenzione negli ambienti di lavoro	Schema allegato al protocollo proposto dal coordinamento interregionale	ANNO 2014: 0		Recepimento programma	75%	100%
Risultati	Recepimento protocollo e esecuzione sorveglianza sanitaria							
Azioni	Recepimento protocollo con trasmissione dello stesso alle AAS							
	Esecuzione sorveglianza sanitaria come da protocollo							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Recepimento programma sorveglianza interregionale			X					
Sorveglianza sanitaria come da programma compresa raccolta dati				X		X		X

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza ANNO 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Migliorare l'impiego delle informazioni derivanti dalle varie fonti di registrazione tumori e dalle analisi condotte tramite l'approccio OCCAM tramite studi caso-controllo mirati anche a specifiche realtà territoriali		Report analisi sec. OCCAM su almeno una neoplasia professionale **INDICATORE SENTINELLA**[7]	Dati Flussi INAIL Regioni Dati Registro tumori regionali Dati INPS	Nessuna informazione	Avvio lavori	Revisione delle esperienze esistenti	Avvio analisi	1 report
Risultati	Produzione di un report da parte del Servizio Epidemiologico regionale che identifichi le possibili patologie neoplastiche professionali Studio di fattibilità sull'impiego del metodo OCCAM in Regione Applicazione del metodo OCCAM in alcune realtà regionali	Studio fattibilità attivazione flussi informativi				1	1	
Azioni	1. Collaborazione con il Servizio Epidemiologico regionale per l'identificazione delle possibili patologie neoplastiche professionali 2. Revisione delle esperienze attuate in ambito regionale e nazionale su utilizzo OCCAM; 3. relazione di fattibilità sull'utilizzo del metodo OCCAM in Regione e attivazione dei Flussi 4. Analisi OCCAM in alcune realtà regionali per almeno una neoplasia professionale							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Collaborazione con il Servizio Epidemiologico regionale per l'identificazione delle possibili patologie neoplastiche professionali		x						
revisione delle esperienze attuate in ambito regionale e nazionale su utilizzo OCCAM				x				
relazione su fattibilità dell'utilizzo metodo OCCAM in Regione e attivazione dei Flussi						x		
Analisi OCCAM in alcune realtà regionali per almeno una neoplasia professionale								x

[7] Misurato su relazione specifica che monitora l'avanzamento lavori come previsti dai valori attesi

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza ANNO 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Diffusione di materiale informativo/divulgativo per le aziende, predisposto dai gruppi nazionali di lavoro e realizzazione di coerenti azioni di sensibilizzazione e formazione		**7.2.1** Emersione del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento di segnalazioni e denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: - comparto delle costruzioni; - comparto agricoltura; - rischio da agenti chimici/cancerogeni; - rischio da sovraccarico ergonomico per l'apparato muscoloscheletrico; - rischio Stress Lavoro Correlato.	INAIL	2006 -2012: + 16%			+5%	+10% (di 16%)
		Aumento percentuale delle segnalazioni appropriate di malattia professionale	Sistema informativo regionale INSIEL MELA sistema INAIL MALPROF	Inserite in MAL PROF 513 Malattie Professionali su 1198 trattate dai Servizi (43%)	Incremento zero	+5%	+10%	+15%
Risultati	Operatori dei Servizi di Prevenzione e Protezione, formati sugli strumenti per la corretta valutazione e gestione dei rischi ergonomici e per collaborare all'adeguato reinserimento di soggetti patologici. Medici competenti formati sugli strumenti per la corretta valutazione dei rischi	n. Eventi formativi	Report corsi		0	2	4	6 (cumulativo)

	ergonomici, e su una sorveglianza sanitaria maggiormente mirata e ad una sensibilizzazione nei confronti delle segnalazioni di malattia professionale Medici di medicina generale, ospedalieri e specialisti ambulatoriali e dei patronati sensibilizzati nei confronti della appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Numero di iniziative di informazione coordinate con l'ordine dei medici in regione	Bollettino degli Ordini dei Medici Provinciali	1	1	1	1	1
Azioni	Realizzare una formazione per addetti ai Servizi di Prevenzione e Protezione, finalizzata ad una maggiore conoscenza degli strumenti per la corretta valutazione e gestione dei rischi ergonomici e reinserimento di soggetti patologici. Realizzare una formazione per Medici Competenti, finalizzata ad una maggiore conoscenza degli strumenti per la corretta valutazione e gestione dei rischi ergonomici e reinserimento di soggetti patologici. Sensibilizzazione dei medici, in particolare dei patronati, nei confronti della appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Numero di iniziative di informazione coordinate con singole aziende ospedaliere	Report	0	0	1	2	2

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Formazione per addetti ai Servizi di Prevenzione e Protezione, finalizzata ad una maggiore conoscenza degli strumenti per la corretta valutazione e gestione dei rischi ergonomici e reinserimento di soggetti patologici.		x		x		x		x
Formazione per Medici Competenti, finalizzata ad una maggiore conoscenza degli strumenti per la corretta valutazione e gestione dei rischi ergonomici e reinserimento di soggetti patologici.		x		x		x		x
Sensibilizzazione dei medici, in particolare dei patronati, nei confronti della appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.		x		x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza ANNO 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Intervento di verifica delle modalità di attuazione dell'obbligo di valutazione dello Stress Lavoro Correlato in azienda, come da Questionario predisposto dal Gruppo Nazionale SLC, secondo le indicazioni fornite a livello centrale		N. Questionari SLC compilati a seguito dell'intervento di vigilanza **INDICATORE SENTINELLA**	Questionari compilati	0	20	6	26 cumulativo	26 cumulativo
Risul	Verifica della valutazione del rischio stress lavoro correlato nelle aziende selezionate dal Progetto nazionale	Numero di aziende			20	6	26 cumul	26 cumul

Azioni	Partecipazione al corso nazionale del referente regionale Costituzione del Gruppo di lavoro Valutazione del documento di VdR per il rischio SLC nel campione di aziende selezionate da coordinamento nazionale	controllate					ativo	ativo

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Partecipazione corso nazionale da parte del referente	x							
Costituzione del Gruppo di lavoro	x							
Valutazione del documento di VdR per il rischio SLC nel campione di aziende selezionate da coordinamento nazionale		x		x				

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza ANNO 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità la promozione della responsabilità sociale d'impresa		Numero accordi di collaborazione con Enti bilaterali/organismi paritetici /ordini professionali/parti sociali	Verbale del Comitato	Non disponibile		1	2	3 (cumulativo)
Risult	Realizzazione di accordi di collaborazione con Enti bilaterali/organismi paritetici /ordini professionali/parti sociali e collaborazione ai percorsi formativi di RLS/RLST							
Azion	Incontri per attivazione accordi Partecipazione ai percorsi di formazione RLS/RLST							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Incontri per attivazione accordi		x		x		x		x
Partecipazione ai percorsi di formazione RLS/RLST		x		x		x		x

Macro obiettivo	1.Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT				
Obiettivo centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline 2013	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Ridurre il numero dei fumatori	Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere per i dipendenti pubblici come modello per la comunità. (Nel corso delle valutazioni periodiche dei Medici Competenti valutare anche gli stili di vita ed il rischio cardiovascolare globale. D'intesa con le Direzioni Generali e le Amministrazioni di riferimento (Regione, Comuni, etc.) predisporre percorsi attivi di promozione della salute (es. distributori automatici con alimenti sani, pause in piedi durante i turni al computer, corsi antifumo etc.); valutare i risultati al fine di estensione sul territorio regionale	**1.4.1** Prevalenza di fumatori nella popolazione	25,3%	-10,0% di 27,2%	-10% (22,8%)
Estendere la tutela dal fumo passivo		**1.5.1** Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	95%	+5% di 91,4%	+ 5% (99,7%)
Ridurre il consumo di alcol a rischio		**1.6.1** Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	30,2%	-15%	- 15% (25,6%)
Aumentare il consumo di frutta e verdura		**1.7.1-2** Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno	52,1%	> 10% rispetto al 46,7% del 2013 51,37 nel 2018	Mantenimento/ miglioramento tendenziale + 10% (57,3%)
Ridurre il consumo eccessivo di sale		**1.8.1** Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale **1.8.2** Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale	87,2 % 28,6%	+5% -30%	91,6 20,9%

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere per i dipendenti pubblici delle aziende sanitarie come modello per la comunità. (Nel corso delle valutazioni periodiche dei Medici Competenti valutare anche gli stili di vita ed il rischio cardiovascolare globale. D'intesa con le Direzioni Generali e le Amministrazioni di riferimento (Regione, Comuni, etc.) predisporre percorsi attivi di promozione della salute (es. distributori automatici con alimenti sani, pause in piedi durante i turni al computer, corsi antifumo etc.);		Avviato il progetto pilota nelle aziende sanitarie della regione	Atti	0	0	20%	60%	100 %
Risultati	Lavoratori a rischio individuati, dai MC attraverso procedure uniformi, e informati sui corretti stili di vita Capitolati d'acquisto e servizio con alimenti sani (vedi programma XV) Applicazione del regolamento condiviso sul rispetto della normativa del divieto di fumo Cartellonistica aggiornata disponibilità del registro aziendale degli accertatori monitoraggio del rispetto della normativa personale aggiornato disponibilità di percorso per smettere di fumare personalizzati	- Report dei lavoratori a rischio - registro degli accertatori - Rilevazione ambienti sanitari liberi dal fumo	-Atti -documenti -Report			1	2 1	3 1
Azioni	Individuazione dei lavoratori a rischio per lo sviluppo di MCNT usando soglie indicate nelle linee guida della letteratura in base a dati obiettivi e di laboratorio a disposizione dei medici competenti Realizzazione di un modello uniforme di intervento mediante intervista guidata e consegna di materiale informativo Contribuire alla predisposizione dei capitolati per i distributori automatici e ristorazione aziendale Condivisione a livello regionale (gruppo tabagismo) e applicazione di un regolamento sul rispetto della normativa di divieto di fumo Aggiornamento della cartellonistica fumo :istituzione del registro aziendale degli accertatori rispetto normativa e formazione degli stessi effettuare monitoraggio del rispetto della normativa Formazione sugli stili di vita rivolta agli operatori Offerta di percorsi individuali o corsi per smettere di fumare	- corso sui corretti stili di vita **INDICATORE SENTINELLA**	-atti			1		2

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Individuazione dei lavoratori a rischio per lo sviluppo di MCNT usando soglie indicate nelle linee guida della letteratura in base a dati obiettivi e di laboratorio a disposizione dei medici competenti			x	x	x	x	x	x

Realizzazione di un modello uniforme di intervento mediante intervista guidata e consegna di materiale informativo			x	x	x	x	x	x
Contribuire alla predisposizione dei capitolati per i distributori automatici e ristorazione aziendale			x	x				
Condivisione a livello regionale (gruppo tabagismo) e applicazione di un regolamento sul rispetto della normativa di divieto di fumo			x	x				
Aggiornamento della cartellonistica					x			
:istituzione del registro aziendale degli accertatori e formazione degli stessi				x				
effettuare monitoraggio del rispetto della normativa							x	x
Formazione sugli stili di vita rivolta agli operatori					x	x		
Offerta di percorsi individuali o corsi per smettere di fumare				x		x		x

PROGRAMMA XI: "Miglioramento dei Sistemi informativi e di sorveglianza"

Razionale e descrizione del programma

La sorveglianza è una funzione essenziale dei sistemi sanitari e come tale va espletata a tutti i livelli di governo. Lo sviluppo di adeguati sistemi di sorveglianza può risultare elemento strategico non solo per le necessarie valutazione epidemiologiche ma anche al fine di misurare l'efficacia delle varie iniziative di prevenzione intraprese. La presenza poi di adeguati supporti telematici di archiviazione e di interfaccia tra la Pubblica Amministrazione e la popolazione può contribuire all'economia generale del sistema socioeconomico locale. La regione FVG, in tal senso, ha strutturato negli anni i vari sistemi di sorveglianza previsti dai precedenti Piani della Prevenzione aderendo, laddove possibile, anche ad attività di carattere nazionale. Anche il prossimo Piano della Prevenzione prevede che l'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza siano essenziali per il necessario e corretto espletamento di tutte le funzioni di conoscenza, azione, governance, empowerment. Fermo restando le attività consolidate di sorveglianza e controllo nel campo delle malattie infettive, vari sono i sistemi di sorveglianza già attivi in regione finalizzati a sostenere le linee di lavoro dei diversi Macro Obiettivi del Piano Nazionale. Già da tempo sono ad esempio presenti i sistemi di sorveglianza PASSI, OKkio alla salute, HBSCGYTS. Altri sistemi sono finalizzati all'analisi degli incidenti stradali (progetto MITRIS) ed agli incidenti domestici (SINIACA). Anche in materia di salute e sicurezza del lavoro in questi anni si è consolidato l'utilizzo dei sistemi di informativi integrati INAIL – Regioni che andranno a costituire il Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP) di cui all'art. 8 del D.Lgs 81/08 (Flussi informativi per la prevenzione nei luoghi di lavoro, INFORMO, MALPROF, e dati di attività dei servizi di prevenzione delle ASL, Registri neoplasie ad alta frazione eziologica). Numerosi infine sono quelli attivi per il sistema di vigilanza legati agli alimenti e ai servizi Veterinari(SISAVER - controlli ufficiali sugli alimenti di origine animale; SIMAN - raccolta delle notifiche delle malattie infettive degli animali denunciabili di cui all'art. 1 del Regolamento di Polizia Veterinaria; SINZOO - raccolta delle notifiche delle zoonosi; SANAN - raccolta dei dati di attività di sanità animale; SINVSA - raccolta dei dati relativi ai controlli ufficiali; Salmonellosi - piani di sorveglianza delle salmonellosi negli avicoli; Controlli - gestionale dei controlli relativi all'anagrafe degli animali, al benessere animale e alle sostanze vietate; Sferacarta – Sicer - raccolta dei dati di attività di sanità animale e igiene degli allevamenti).

Per tutti tali programmi la Direzione Centrale Salute esercita un ruolo di coordinamento, tramite collaborazioni formalizzate con le strutture territoriali valorizzandone il ruolo di parte attiva non soltanto nella realizzazione di programmi di prevenzione e promozione della salute, ma anche nell'osservazione dei risultati che tali programmi producono.

Obiettivo del presente programma è quello quindi di incrementare in prospettiva le attività di monitoraggio e sorveglianza in ambiti già sufficientemente sviluppati ponendo attenzione agli obiettivi ed indicatori centrali del Piano della Prevenzione nazionale. In particolare verranno mantenuti attivi i programmi di sorveglianza in materia di prevenzione delle MCNT, al fine di individuare sulla base delle rilevazioni degli stili di vita, dei dati epidemiologici di sorveglianza disponibili, delle caratteristiche socio-demografiche locali e dell'incidenza e gravità di patologie croniche, le priorità degli interventi di promozione della salute da attuare. Ad integrazione delle attività di sorveglianza già in essere e previste quindi anche in altri programmi regionali, uno particolare sviluppo verrà garantito nel sistema di monitoraggio degli Incidenti stradali e domestici, sia attraverso l'ottimizzazione dei sistemi di monitoraggio, sia integrando in modo efficace le informazioni derivanti dalle prestazioni di Pronto Soccorso,118. Nell'ambito Veterinario e degli Alimenti la Regione sarà chiamata a implementare e alimentare le infrastrutture già esistenti, al fine di realizzare un unico sistema integrato di reti di sorveglianza epidemiologica, che consenta di mettere a disposizione le informazioni utili a sostenere adeguatamente le politiche di valutazione e gestione dei rischi per la popolazione animale, dei contaminanti nella filiere alimentari e per le malattie trasmissibili all'uomo. Tale attività per specificità e complessità intrinseche troverà una sua declinazione nel Piano regionale dedicato al Piano Integrato dei Controlli.

Per l'ambito lavorativo, oltre al costante monitoraggio del fenomeno infortunistico, in funzione dei mutamenti socioeconomici dell'attuale periodi di congiuntura, si vogliono rafforzare i sistemi di monitoraggio dei rischi e delle patologie da lavoro, mediante la raccolta ed analisi dei dati relativi alla sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti (art. 40, all. 3b) nonché più in generale l'approfondimento e la valutazione dei rischi e delle esposizioni dei lavoratori (diffusione, potenziamento e utilizzo dei registri delle esposizioni). Si garantiranno le collaborazioni necessarie allo sviluppo di sistemi informativi integrati Ministero dello Sviluppo Economico – Ministero del Lavoro – INAIL e Regioni relativi alla sicurezza di macchine e impianti, ivi inclusa la banca dati delle segnalazioni di presunta non conformità di attrezzature di lavoro anche in linea con i vari piani di settore. Si sosterranno tutte le iniziative rivolte ad incrementare la trasformazione telematica delle comunicazioni obbligatorie per Legge anche in una logica di semplificazione ed efficienza.

Sono di seguito trattati obiettivi inerenti la sorveglianza di infortuni e malattie professionali, la sorveglianza delle malattie infettive, la sorveglianza in tema di sicurezza alimentare e alimenti per animali, mentre altri sistemi di sorveglianza a supporto di specifiche attività progettuali sono trattati nei programmi VI (incidenti stradali), VII (incidenti domestici), XIII (malattie infettive a

trasmissione sessuale), XV (allattamento al seno). Inoltre la regione Friuli Venezia Giulia continuerà a partecipare ai sistemi di sorveglianza PASSI, OKkio alla salute, Obesità in gravidanza, HBSC.

Gli obiettivi /strategie
Migliorare l'utilizzo dei sistemi di sorveglianza mantenendo l'utilizzo di quelli attualmente attivati e implementando quelli parzialmente attivati in coerenza con gli obiettivi e le azioni centrali. In alcuni caso dovranno essere messe in atto azioni a supporto delle tecnologie attualmente a disposizione delle strutture periferiche. Per tutte queste attività saranno utili azioni di monitoraggio e sostegno attraverso riunioni semestrali. Annualmente dovrà essere garantito un report per la valutazione periodica dello stato di avanzamento del programma.

Evidenze:
Interventions to increase the reporting of occupational diseases by physicians; Stefania Curti, Riitta Sauni, Dick Spreeuwers, Antoon De Schryver, Madeleine Valenty, Stéphanie Rivière, Stefano Mattioli - Editorial Group: Cochrane Occupational Safety and Health Group

Contrasto alle diseguaglianze
Sarà posta particolare attenzione alla omogeneità operativa garantendo la costituzione di gruppi di lavoro interaziendali e monitorando l'implementazione dei dati nei sistemi.

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione
Riunioni semestrali dei Gruppi di Lavoro.
A livello regionale esiste un software unico per la gestione delle vaccinazioni e malattie infettive, c'è la necessità di implementare il sistema per monitorare la sorveglianza di alcune malattie infettive e i loro esiti nonché la disponibilità di report aggiornati anche per i MMG/PLS

SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro X

ANALISI DEI RISCHI

Accessibilità e funzionalità del portale INAIL.
Mancanza flusso di dati da parte INAIL a AAS su attività di verifica svolta.
Eventuali costi legati all'adeguamento dell'information technology e alla integrazione dei sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale.
Il Sistema informativo regionale delle malattie infettive e vaccinazioni attivo a livello di tutti i Servizi regionali è suscettibile di evoluzione e aggiornamenti a supporto dell'attività di sorveglianza e monitoraggio

Macro obiettivo	**7. Prevenire infortuni e malattie professionali**
	9.Rridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie
	10. rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli
	Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione: adeguare l'information technology e integrare i sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale

Obiettivio centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli atti di indirizzo del Comitato ex art. 5 del D.Lgs 81/08 approvati in sede di Accordo Stato - Regioni	Sviluppo sistemi informativi Mantenimento e incremento implementazione delle banche dati Nazionali per i infortuni gravi e mortali Infor.Mo e Malattie professionali MALPROF Trasmissione dei dati di attività al Comitato Interregionale di Coordinamento Monitoraggio delle Verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro Trasmissione dati RENAM	**7.1.1** Produzione di un report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	Anno 2014 Un report per ciascun argomento tranne Verifiche attrezzature	Un report per ciascun argomento	Un report per ciascun argomento
Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	Miglioramento dei sistemi informativi delle malattie infettive	**9.3.1** Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	Anno 2014 100% inserite 90% inviate nei termini previsti	100% delle notifiche inviate con il sistema informativo regionale al Ministero nei termini previsti dalla normativa	100% invio nei termini previsti
Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)	Miglioramento dei sistemi informativi delle vaccinazioni	**9.6.1** Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	Presenza Anagrafe vaccinale unica regionale informatizzata (AVUI)	100% tutte le regioni hanno realizzato l'AVUI	Interventi di miglioramento sull'anagrafe vaccinale regionale

Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria: Completare i sistemi anagrafici	Aggiornamento dei sistemi di raccolta delle informazioni	**10.4.1** Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi	Non disponibile	SINSVA implementato in modo informatizzato	100%
		10.4.2 Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"	Non disponibile	100% conformtà	100% conformtà

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Sviluppo sistemi informativi		Report regionale	Presenza report	0	0	1	1	1
Risultati	Sviluppo sistemi informativi rivolti alla de materializzazione delle comunicazioni obbligatorie per Legge in coerenza con le indicazioni nazionali.	Report	Report		0	0	0	1
		Studio di fattibilità	Report		0	1	1	1
Azioni	Studio di fattibilità per almeno due procedure obbligatorie per Legge	Report	Report di collaudo e di utilizzo		0	0	0	1
	Realizzazione di apposito software							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Studio di fattibilità per almeno due procedure obbligatorie per Legge				x		x		x
Realizzazione di apposito software (collaudo e messa in utilizzo)				x	x	x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Mantenimento e incremento implementazione delle banche dati Nazionali per i infortuni gravi e mortali Infor.Mo, Malattie professionali MALPROF		Report regionale	Presenza report	2	2	2	2	2
Risultati	Mantenimento inserimento dati sui database nazionali Infor.Mo e MALPROF	Numero casi inseriti	Data base	60 (Informo)	60/anno	60/anno	60/anno	60/anno
	Stesura report regionale	Report regionale annuale	Report	zero	1/anno	1/anno	1/anno	1/anno
Azioni	Inserimento dati sui data base nazionali INFOR.MO e MALPROF Riunioni semestrali di monitoraggio delle attività dei due Gruppi Regionali Stesura report regionale annuale		Verbali					

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Inserimento dati sui data base nazionali INFOR.MO e MALPROF		x		x		x		x
Riunioni semestrali di monitoraggio delle attività dei due Gruppi Regionali	x	x	x	x	x	x	x	x
Stesura di report regionale sui dati		x		x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Trasmissione dei dati di attività al Comitato Interregionale di Coordinamento		Report dati attività	Verbale Comitato	ANNO 2014 1	1	1	1	1
Risu	Aggiornamento dati Presenza di report regionale dell'attività AAS	Report	Verbale Comitato					
Azioni	Raccolta dati attività delle AAS e trasmissione alla Regione Stesura di report regionale sui dati e invio al Comitato Interregionale di Coordinamento							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Raccolta dati attività delle AAS e trasmissione alla Regione		x		x		x		x
Stesura di report regionale sui dati e invio al Comitato Interregionale di Coordinamento		x		x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Monitoraggio delle Verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro		% dati inseriti **INDICATORE SENTINELLA**	Atti delle AAS	0	0	25%	66%	>75%
Risultati	Presenza dei dati regionali sulle verifiche periodiche delle attrezzature, effettuato da parte del personale AAS, in un apposito Data Base informatizzato. Produzione report	Report				1/anno	1/anno	1/anno
Azioni	Inserire le verifiche periodiche delle attrezzature nel sistema informatizzato Redigere il report							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Inserire le verifiche periodiche delle attrezzature nel sistema informatizzato				x	x	x	x	x
Redigere il report				x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Miglioramento del sistema informativo delle malattie infettive Miglioramento dei sistemi informativi delle vaccinazioni		Report casi tbc (follow up e persi) **INDICATORE SENTINELLA**	sistema informativo	Non disponibile		1	2	3
Risultati	Disponibilità sul SIR della scheda informatizzata per il follow-up dei casi e dei contatti TB , e disponibilità nel portale dei PLS dei dati relativi alle vaccinazioni dei loro assistiti	Scheda per il follow-up dei casi e dei contatti predisposta	Evidenza nel SIR		1			
Azioni	1. Sviluppo di una scheda regionale informatizzata per il follow-up dei casi di TB e dei contatti 2. predisposizione di una modalità di collegamento tra il sistema informativo regionale delle vaccinazioni e il portale utilizzato dai MMG/PLS	Elenco non vaccinati per PLS	Evidenza nel SIR			2		

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Sviluppo di una scheda regionale informatizzata per il follow-up dei casi di TB e dei contatti		X	X	X	X			
Implementazione tra il sistema informativo regionale delle vaccinazioni e il portale dei MMG/PLS			X	X	X	X	X	X

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Aggiornamento dei sistemi di raccolta delle informazioni		Anagrafiche degli OSM riconosciuti e registrati Banca dati SISAVER allineata anche alle codifiche ATECO previste dalla Masterlist regolamento CE 852/2004	SINSVA SISAVER (banca dati regionale)	ZERO zero	100% riconosciuti	100% registrati	100% allineata	
risultati	Aggiornamento del sistema con gli operatori riconosciuti e registrati Banca dati SISAVER allineata anche alle codifiche ATECO previste dalla Masterlist regolamento CE 852/2004							
Azioni	Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti ai sensi dell'art. 10 del Reg.(CE) n. 183/2005 nel sistema SINVSA Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM registrati ai sensi dell'art. 9 del Reg.(CE) n. 183/2005 nel sistema SINVSA Effettuare un confronto di coerenza tra le banche dati Effettuare transcodifica delle attività registrate e attribuire i codici Riattribuire le codifiche alle imprese							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM riconosciuti	x	x						
Completare l'inserimento delle anagrafiche degli OSM registrati		x	x	x				
Effettuare un confronto di coerenza tra le banche dati			x	x	X			
Effettuare transcodifica delle attività registrate e attribuire i codici			x	x				
Riattribuire le codifiche alle imprese				x	x	x		

Programma XII: "Ambiente e salute facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della "Salute in tutte le politiche""

Razionale e descrizione del programma

Nell'ambito delle attività contenute nel progetto "ambiente e salute" del Piano Prevenzione 2010-2013 e le Linee di Indirizzo Programmatorio 2011-2013, era stata prevista la necessità di attuare uno stretto collegamento tra l'operatività della Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio-Sanitaria ,Politiche Sociali e Famiglia, delle Aziende del SSR e dell'ARPA che si è concretizzata attraverso l'individuazione di un tavolo di coordinamento inter-istituzionale. Le attività svolte hanno visto la partecipazione congiunta di ASS e ARPA FVG. In particolar modo nell' anno 2013 sono state effettuati incontri per l'aggiornamento e lo sviluppo delle applicazioni delle procedure di Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) e per l'analisi congiunta di progetti/piani interessati nella sperimentazione Vis.Pa che è proseguita con la partecipazione al Programma CCM 2013 dal titolo "Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS): Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti.

Le attività svolte hanno permesso di promuovere l'integrazione tra le politiche regionali di Prevenzione Sanitaria e di tutela Ambientale, anche con l'indicazione di obiettivi specifici comuni inseriti all'interno dei Piani di Programmazione dei relativi Enti, ARPA e ASS.

Nei prossimi anni si imposterà l'attività di indagine finalizzata a fornire conoscenze sugli effetti degli inquinanti sulla popolazione regionale, in particolare ambiti sensibili o particolarmente vulnerabili a fenomeni di inquinamento ambientale. Bisognerà inoltre migliorare la collaborazione tra le istituzioni in particolar modo con gli amministratori locale per diffondere i principi di applicazione della procedura di VisPa nelle sedi istituzionali previste (Conferenze di Servizi per AIA e AUA e procedure di VIA). Dovranno inoltre essere aggiornate le conoscenze sugli strumenti disponibili con corsi di formazione rivolti anche ai professionisti coinvolti.

REACH: il contesto regionale. I risultati dell'attività di vigilanza svolta sul territorio italiano e regionale evidenziano che le principali criticità riscontrate hanno riguardato in particolare la compilazione delle schede di sicurezza, strumento importante per la comunicazione lungo la catena dal produttore all'utilizzatore finale di prodotti chimici.

In molti settori produttivi si impiegano prodotti chimici senza avere adeguate e specifiche competenze. Nonostante le aziende abbiano obblighi in materia ambientale e di salute e sicurezza nei confronti dei lavoratori, le sostanze chimiche vengono utilizzate senza conoscere in maniera adeguata i Regolamenti Europei REACH e CLP e la necessità di integrare gli obblighi REACH nelle attività che impegnano a soddisfare le normative correlate, verticali e sociali. Questo si evidenzia in particolar modo per le piccole e micro imprese dove le figure preposte hanno in genere una conoscenza ridotta di quanto imposto da tali Regolamenti.

Si è riscontrata inoltre una scarsa conoscenza anche tra gli operatori dei settori pubblici dei Regolamenti Europei REACH e CLP e delle loro interazioni con le normative correlate, verticali (cosmetici, giocattoli, fitosanitari, biocidi, detergenti,….) e sociali (d.lgs. 81/2008). Ci si propone pertanto di aumentare la diffusione dell' informazione su "diritti e doveri" collegati con i regolamenti REACH e CLP nelle aziende utilizzatrici di prodotti chimici; l'obiettivo relativo al sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità tra Autorità competenti per il controllo REACH/CLP, in considerazione delle precisazioni riportate nel Documento per la valutazione del PNP , non viene al momento implementato in attesa di specifiche iniziative nazionali che dovranno essere avviate dall'Autorità Competente Nazionale REACH.

Evidenze

WHO - European Centre for Health Policy - Regional Office for Europe (1999). Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. W.H.O. Bruxelles, – The Gotheborg Consensus Paper

Contrasto alle diseguaglianze

L'esposizione agli inquinanti ambientali è strettamente correlata alle condizioni sociali, essendo in funzione dell'esposizione lavorativa e delle condizioni dell'ambiente di vita: in questo programma viene posta attenzione in particolare alle condizioni abitative in riferimento alla collocazione nel territorio regionale, con l'obiettivo di fornire conoscenze sugli effetti degli inquinanti in aree vulnerabili a fenomeni di inquinamento ambientale, sviluppare una metodologia per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti integrando gli aspetti relativi all'ambiente fisico con gli aspetti sanitari, comportamentali e sociali comprese le diseguaglianze

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

La progettazione relativa alla VIS, inserita anche nel progetto CCM cui la regione FVG partecipa, è oggetto di monitoraggio e valutazione specifica. L'attività dell'Osservatorio Ambiente e Salute, inserita nella programmazione annuale ARPA, è monitorata annualmente (anche in sede di Comitato di Indirizzo e Verifica dell'ARPA) La programmazione annuale delle attività di competenza delle aziende sanitarie è monitorata semestralmente dalla regione, con valutazione annuale del grado di raggiungimento degli obiettivi.				
TARGET: tutta la popolazione				
SETTING	Scuola X	Comunità X	Ambienti sanitari ☐	Ambienti di lavoro X
ANALISI DEI RISCHI e SOSTENIBILITA'				
La sostenibilità del programma sarà assicurata attraverso l'inserimento di obiettivi coerenti con il programma nelle Linee per la programmazione delle aziende sanitarie annualmente emanate dalla regione; la collaborazione di ARPA verrà definita nell'ambito della programmazione annuale ARPA (monitorata in sede di CIV), compreso il supporto per i controlli analitici relativi al REACH. La disponibilità di altre istituzioni è censita (salvo modifiche dell'attuale assetto regionale).				

Macro obiettivo	**8.Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute**				
Obiettivi centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	Attivare politiche intra e inter istituzionali favorenti la programmazione territoriale che tenga conto delle ricadute sulla salute	**8.1.1** Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	ANNO 2014 Decreto 474 DGEN	Almeno 1 documento	Almeno 1 documento
		8.1.2 Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute	Non disponibile	Evidenza documentata	Evidenza documentata

Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	Impostare e attuare con ARPA le attività di indagine finalizzata a fornire conoscenze sugli effetti degli inquinanti sulla popolazione regionale, in particolare in ambiti sensibili o particolarmente vulnerabili a fenomeni di inquinamento ambientale. Gli ambiti di indagine saranno definiti in conformità ai programmi dell'Osservatorio Ambiente e Salute (OAS)	**8.2.1** Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)	ANNO 2014 OAS istituito con DGR 532/2014	Evidenza documentata	Evidenza documentata
		8.2.2 Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)	Lavori in corso	Almeno 1 studio	2 studi
Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	Sviluppare una metodologia per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori integrando gli aspetti relativi all'ambiente fisico con gli aspetti sanitari, comportamentali e sociali comprese le diseguaglianze.	**8.3.1** Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	Non disponibile	Esistenza atti di indirizzo	Esistenza atti di indirizzo
Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	Continuare ed avviare ulteriori modelli per attività di concerto inter- istituzionale inerenti alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali.	**8.4.1** Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	Non disponibile	Esistenza atti di indirizzo	Esistenza atti di indirizzo
Sviluppare le conoscenze tra gli operatori	Programmare corsi per formatori con l'identificazione degli obiettivi didattici e dei contenuti formativi. Integrazione con i MMG e PLS e la formazione da	**8.5.1** Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016)	Non disponibile	Esistenza del curriculum	Esistenza del curriculum

della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	questi già avviata via FAD.	**8.5.2** Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2016)	Non disponibile	Almeno 1 corso	Almeno 1 corso
		8.5.3 Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)	Non disponibile	50% operatori	50% target individuato
Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	Aderire al Piano nazionale dei controlli in materia di REACH/CLP favorendo in ambito locale attività di controllo coordinate e integrate in tema di prodotti cosmetici e fitosanitari. Attivare il sistema regionale di segnalazione per le situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH e CLP tra ASS quali Autorità competenti per il controllo in ambito locale.	**8.7.1** Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente al regolamento REACH e CLP tra aziende competenti per il controllo	Non rilevato	100% Esistenza di un sistema di indicatori	100%
Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche	Programmare interventi formativi per formatori nell'ambito dei servizi pubblici prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	**8.8.1** Numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	Anno2014 Non rilevato	1	3
Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	Programmare iniziative di informazione Mantenere il sistema di monitoraggio al COR Disponibilità dei dati sui soggetti attualmente esposti	**8.9.1** Disponibilità dei dati sugli ex esposti al Centro Operativo Regionale (COR)	Report 2014	Presenza report COR annuale	Report disponibile
Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	Continuare nella promozione delle buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, incentivando gli interventi di mitigazione	**8.10.1** Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	Non disponibile	Non rilevato	presenti

Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	Programmare i corsi di formazione con l'identificazione degli obiettivi didattici e dei contenuti formativi sul corretto uso della telefonia cellulare.	**8.11.1** Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica	Non disponibile	Non rilevato	80% istituti comprensivi
Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	Programmare campagne di comunicazione diversificate per popolazione e i differenti target compresi i professionisti del settore.	**8.12.1** Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	Non disponibile	Non rilevato	Bollettino OSMER integrato

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Attivare politiche intra e inter istituzionali favorenti la programmazione territoriale che tenga conto delle ricadute sulla salute		**8.1.1** Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	Atti della regione	ANNO 2014 Decreto 474 DGEN	Avvio lavori	presente	presente	Presente
risultati	Presenza di un referente della sanità in tavoli di lavoro interdirezionali che forniscono supporto tecnico all'autorità ambientale della regione Programmazione territoriale che tenga conto delle ricadute sulla salute	Approvazione atti di programmazione territoriale con la partecipazione della sanità Partecipazione ai tavoli di lavoro	Atti della regione		Avvio lavori	Lavori in corso	Lavori in corso	Almeno 1
Azioni	Attivare una modalità collaborativa tra le Direzioni regionali competenti su pianificazione territoriale, salute, ambiente Individuare il referente della Direzione centrale salute Partecipare agli incontri dei tavoli di lavoro interdirezionali				presente	presente	presente	Presente

CRONOPROGRAMMA								
Azioni	2015		2016		2017		2018	
Attivare una modalità collaborativa tra le Direzioni regionali competenti su pianificazione territoriale, salute, ambiente	x							
Individuare il referente della Direzione centrale salute	x							
Partecipare agli incontri dei tavoli di lavoro interdirezionali		x	x	x	x	x	x	x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Impostare e attuare con ARPA le attività di indagine finalizzata a fornire conoscenze sugli effetti degli inquinanti sulla popolazione regionale, in particolare in ambiti sensibili o particolarmente vulnerabili a fenomeni di inquinamento ambientale. Gli ambiti di indagine saranno definiti in conformità ai programmi dell'Osservatorio Ambiente e Salute.	**8.2.1** Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio) **8.2.2** Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio) **INDICATORI SENTINELLA**		ANNO 2014 OAS istituito con DGR 532/2014	1	1 1	1	1 2 (cumulativo)

Risultati	Osservatorio Ambiente e Salute istituito studi di epidemiologia ambientale a livello regionale e valutazione dello stato di salute delle popolazioni residenti in aree soggette a maggiore pressione ambientale(dati ambientali e sanitari integrati per eventi oggetto degli studi)	DGR di istituzione OAS n. di studi realizzati	atti regionali evidenza documentale	presente Piano di lavoro	Presente	Presente 1°studio	Presente	Presente 2° studio
Azioni	Definire la progettualità collegandola alla progettualità complessiva di ARPA Definire l' organizzazione avvalendosi in modo permanente degli enti del Servizio sanitario regionale che esercitano funzioni di prevenzione in materia di igiene e sanità pubblica e di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro Acquisire la collaborazione dell'Università degli studi e del Centro di Riferimento Oncologico Assicurare la manutenzione delle banche dati ed il collegamento del DW sanitario e sociale alla piattaforma dei dati ambientali Individuare gli ambiti di indagine per il triennio Realizzare gli studi e comunicare i risultati							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Definire la progettualità collegandola alla progettualità complessiva di ARPA	x		x		x		x	
Definire l' organizzazione avvalendosi in modo permanente degli enti del Servizio sanitario regionale che esercitano funzioni di prevenzione in materia di igiene e sanità pubblica e di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro		x						
Assicurare la manutenzione delle banche dati ed il collegamento del DW sanitario e sociale alla piattaforma dei dati ambientali	x	x	x	x	x	x	x	x
Individuare gli ambiti di indagine per il triennio	x							
Realizzare gli studi e comunicare i risultati		x	x	x	x	x	x	x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Sviluppare una metodologia per la valutazione delle ricadute sulla salute in ambito di Piani/Programmi/Progetti per proponenti e valutatori integrando gli aspetti relativi all'ambiente fisico con gli aspetti sanitari, comportamentali e sociali comprese le diseguaglianze.	**8.3.1** Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti		ANNO 2014 Non disponibile	Piano di lavoro	Documento in bozza	Documento formalizzato	Documento formalizzato

Risultati	Decreto di costituzione del tavolo Valutazione Impatto sulla Salute Linee di indirizzo regionali per i valutatori e proponenti secondo le linee guida del progetto CCM Tools 4 HIA.	decreto	verbali ed atti della Direzione Centrale Salute ed ARPA FVG	Non rilevato	presente	attivo	attivo	attivo
Azioni	- Costituire tavolo tecnico di coordinamento inter - istituzionale su valutazione dell'impatto sulla salute; - Partecipare al progetto CCM Tools 4 HIA con le attività previste per l'unità operativa regioni- strumenti VIS per valutatori: sperimentare gli strumenti per valutatori su almeno 1 caso studio - Tradurre in ambito di regione FVG le Linee di indirizzo, formalizzarle e diffonderle	Linee di indirizzo formalizzate			Avvio lavori	Bozza	formalizzazione	diffusione

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Costituire tavolo tecnico di coordinamento inter - istituzionale su valutazione dell'impatto sulla salute	x							
Partecipare al progetto CCM Tools 4 HIA con le attività previste	x	x	x	x				
Formalizzare e diffondere le Linee di indirizzo regionali					x	x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Continuare ed avviare ulteriori modelli per attività di concerto inter-istituzionale inerenti alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali.		**8.4.1** Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	verbali ed atti della Direzione Centrale Salute, AAS ed ARPA FVG	ANNO 2014		bozza	bozza	1
Risultati	atto di indirizzo regionale per la gestione di problematiche sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale.	Incontri del gruppo di lavoro **INDICATORE SENTINELLA**	verbali ed atti della Direzione Centrale Salute, AAS ed ARPA FVG;	Non rilevato	1	2 cumulativo	3 cumulativo	4 cumulativo

Azioni	Avviare un confronto AAS – ARPA – OAS su - presenza di criticità ambientali - ruolo dei vari attori in termini di gestione delle criticità e comunicazione - stesura di protocolli operativi di sorveglianza epidemiologica da applicare su aree critiche di particolare interesse delineando i rispettivi compiti (AAS e ARPA). - valutazione delle disuguaglianze socio-demografiche nell'esposizione a fattori di rischio ambientale Produrre un documento di indirizzo							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**	
Avviare un confronto AAS – ARPA – OAS	x	x	x	x	x	x	x	x
Produrre un documento di indirizzo						x	x	x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Programmare corsi per formatori con l'identificazione degli obiettivi didattici e dei contenuti formativi. Integrazione con i MMG e PLS e la formazione da questi già avviata via FAD.	**8.5.1** Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016) **8.5.2** Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017) **8.5.3** Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)	Atti della regione- AAS –ARPA Atti ECM	ANNO 2014 Non disponibile		presente	1	50% target individuato
Risultati Curriculum formativo Corsi Operatori formati							

Azioni	Definire il curriculum in collaborazione tra sanità e ambiente Definire il target Attivare i corsi per formatori Attivare i corsi per operatori (anche con FAD)							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Definire il curriculum in collaborazione tra sanità e ambiente			x	x				
Definire il target				x				
Attivare i corsi per formatori					x			
Attivare i corsi per operatori							x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Adesione al Piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP favorendo in ambito locale attività di controllo coordinate e integrate in tema di prodotti cosmetici e fitosanitari.		**8.7.1** indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle non conformità relativamente ai regolamenti REACH e CLP: Definizione di un sistema di indicatori che monitori la realizzazione degli obiettivi del piano nazionale annuale controlli (PNC).	Rendicontazione annuale per Autorità Competente Nazionale (ACN)	Anno 2014 Non rilevato	1	1	1	1
Risultati	Esistenza di un sistema di indicatori per la Regione Friuli Venezia Giulia, da rinnovare annualmente in relazione agli obiettivi fissati dal PNC. Pianificazione annuale attività di controllo. - Definiti criteri e modalità dei sistemi di controllo - Elaborato documento regionale di sistema di controllo in adesione al PNC Avviate nelle aziende sanitarie attività coordinate di controllo e vigilanza	presenza dell'ispettore Reach in ciascuno dei gruppi di lavoro regionali "cosmetici", "fitosanitari" e "agenti chimici".	Atti e verbali dei gruppi di lavoro		Avvio lavori	Presenza nei 3 gruppi	Presenza nei 3 gruppi	Presenza nei 3 gruppi

Azioni	1.Istituire tavolo di lavoro e coordinamento tra i soggetti coinvolti nelle azioni di controllo (Autorità competenti locali REACH, ispettori regionali reach, referenti regionali Cosmetovigilanza e Agricoltura/Fitofarmaci) ed assicurare la partecipazione degli ispettori REACH nei gruppi di lavoro regionali "cosmetici", "fitosanitari" e "agenti chimici". 2.Individuare criteri e modalità per la definizione del sistema dei controlli in adesione al PNC e procedere alla stesura del documento di proposta del sistema di indicatori. 3. Pianificazione attività di controllo/vigilanza coordinate e integrate in tema di cosmetici e rischio chimico in campo estetico ed in tema di fitosanitari e rischio chimico nell'impiego dei prodotti fitosanitari in agricoltura.	documento di pianificazione dell'attività di controllo	Atti della regione		1	1	1	1

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Istituzione tavolo di lavoro e coordinamento		x	x		x		x	
Stesura documento di proposta del sistema di indicatori da presentare in regione.		x		x		x		x
Pianificazione attività di controllo/vigilanza		x		x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Programmare interventi formativi per formatori nell'ambito dei servizi pubblici prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche [formazione in materia di REACH e CLP nell'ambito dell'applicazione di normative verticali (Cosmetici, Fitosanitari) e sociali (Titolo IX Capi I e II D.Lgs.81/08)].		**8.8.1** numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	Rendicontazione annuale per Autorità Competente Nazionale (ACN)	Non rilevato	1	1	1	
Risultati	Elaborata una progettazione dell'attività formativa ed organizzati degli eventi formativi per formatori e aziende end users: - almeno un corso di formazione per formatori dei servizi pubblici con periodicità annuale nell'arco temporale 2015-2017 - almeno un corso annuale di informazione/formazione per le aziende "end users" in materia di cosmetici e rischio chimico in campo estetico ed in materia di fitofarmaci e rischio chimico connesso al loro impiego, da parte dei servizi pubblici con operatori formati, a partire dal 2016.	n. corsi **INDICATORE SENTINELLA**	Atti della regione		1	1 1	1 1	 1

Azioni	Individuare azienda sanitaria capofila per l'organizzazione della formazione Progettazione dell'attività (raccolta informazioni, valutazione obiettivi, destinatari). Programmazione degli eventi formativi per formatori e aziende "end users". Revisione annuale dell'attività svolta.							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Progettazione dell'attività e programmazione degli eventi formativi		ottobre						
Organizzazione e realizzazione evento formativo per formatori e imprese quale ricaduta		dicembre (formatori)	I semestre (formatori)	II semestre ("end users")	I semestre (formatori)	II semestre ("end users")	I semestre (formatori)	II semestre ("end users")
Revisione annuale dell'attività		x		x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Mantenere il sistema di monitoraggio al COR Assicurare la trasmissione schede RENAM		**8.9.1** Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai COR	Atti COR	Non rilevato	Report	Report	Report	Report
Risultati	- Presenza dei dati presso il COR e le singole AAS - Presenza report dati COR - Trasmissione dati al RENAM							
Azioni	Raccolta dati presso ciascuna AAS ed invio al COR Stesura Report da parte del COR Trasmissione schede al RENAM							

Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Fonte verifica**	**Valore di partenza**	**Valori attesi**			
					2015	2016	2017	2018
Assicurare la disponibilità (alla Direzione Centrale Salute ed al CRUA) dei dati sui soggetti attualmente esposti, secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica Programmare iniziative di informazione		Disponibilità dei dati sui soggetti addetti bonifiche	Presenza del report	Anno 2014 Non disponibile	Report	Report		
Risultati	Disponibilità dei dati Valutazione ed eventuale nuova scheda con diffusione della stessa alle aziende di bonifica Diffusione dei dati cumulativi raccolti	Scheda riformulata	documenti			elaborata	applicata	Report

Azioni	Trasmissione relazioni annuali da parte delle AAS alla Direzione Centrale Salute Analisi ed eventuale revisione della scheda di raccolta dati ex art.9 del DLGS 257/92, anche in accordo con le indicazioni nazionali Diffondere i dati raccolti anche con iniziative di informazione							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Trasmissione schede al RENAM		x		x		x		x
Raccolta dati presso ciascuna AAS ed invio alla Direzione Centrale Salute		x		x		x		x
Stesura Report			x		x		x	
Trasmissione relazioni annuali da parte delle AAS alla Direzione Centrale Salute		x		x		x		x
Analisi ed eventuale revisione della scheda di raccolta dati ex art.9 del DLGS			x	x	x			
Diffusione dei dati						x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Continuare nella promozione delle buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, incentivando gli interventi di mitigazione		**8.10.1** Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile		ANNO 2014 Non disponibile				presente
Risultati	Documentazione tecnica definita Iniziative di informazione e sensibilizzazione: Progettisti informati Cittadini sensibilizzati Operatori della sanità e dei comuni formati	Documento eventi per progettisti iniziative per la popolazione eventi per operatori	Atti della regione	Non presente	1 Piano di lavoro	1 1 1	1 2 cumulativo 1	1 3 cumulativo 2 cumulativo
Azioni	Condividere in un tavolo di lavoro ambiente – sanità i contenuti della formazione ed informazione e la documentazione tecnica di riferimento Realizzare, in collaborazione tra ARPA e Direzione Centrale Salute, una formazione per operatori/ordini professionali finalizzata ad una maggior conoscenza delle buone pratiche di costruzione/ristrutturazione Sensibilizzare le amministrazioni comunali							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Condividere in un tavolo di lavoro ambiente – sanità i contenuti della formazione ed informazione e la documentazione tecnica di riferimento			x	x				

Realizzare, in collaborazione tra ARPA e Direzione Centrale Salute, una formazione per operatori/ordini professionali				x	x	x	x	x
Sensibilizzare le amministrazioni comunali							x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Programmare i corsi di formazione con l'identificazione degli obiettivi didattici e dei contenuti formativi sul corretto uso della telefonia cellulare.		**8.11.1** Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica: Corsi attivati Interventi nelle scuole	Relazione annuale	ANNO 2014 Non disponibile	Piano di lavoro	Presenza di operatori formati in tutte le aas	50% istituti comprensivi	80% Istituti comprensivi (cumulativo)
Risultati	Operatori formati Interventi nelle scuole							
Azioni	Condividere in un tavolo di lavoro ambiente – sanità i contenuti della formazione ed informazione e la documentazione di riferimento Programmare eventi formativi per operatori (pediatri, insegnanti, operatori della prevenzione) Programmare interventi informativi nelle scuole							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Condividere in un tavolo di lavoro ambiente – sanità i contenuti della formazione ed informazione e la documentazione di riferimento		x	x					
Programmare eventi formativi per operatori (pediatri, insegnanti, operatori della prevenzione)			x	x				
Programmare interventi informativi nelle scuole					x	x	x	x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Programmare campagne di comunicazione diversificate per popolazione e i differenti target compresi i professionisti del settore.	**8.12.1** Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV		ANNO 2014 Non rilevato				1

Risultati	Campagna di comunicazione per la popolazione Informazione sulle radiazioni ultraviolette presente su bollettino Osmer	Bollettino OSMER integrato			Avvio lavori			presente
Azioni	Predisporre una campagna di comunicazione anche in collaborazione con i media Attivare una rete di monitoraggio radiazioni ultraviolette con presenza su internet dell'informazione							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Predisporre una campagna di comunicazione anche in collaborazione con i media		x	x	x				
Attivare rete di monitoraggio radiazioni ultraviolette con presenza in internet dell'informazione				x	x	x	x	x

PROGRAMMA XIII: Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive

Razionale, obiettivi e strategie del programma:

Alcune malattie infettive di rilevante impatto sociale sono notevolmente diminuite negli ultimi anni anche se continuano a persistere determinando comunque un notevole impatto sui servizi sanitari sia per l'elevata cronicizzazione che per il mutamento dell'epidemiologia.

L'incidenza di AIDS è diminuita dalla metà degli anni '90 ad oggi: in regione nel 2013 sono stati notificati 9 nuovi casi (incidenza 0.6x1000.000 abitanti) con 225 casi prevalenti. Il rischio di contrarre il virus non va tuttavia sottovalutato poiché una proporzione significativa dei nuovi casi di infezione da HIV è infatti dovuta alla trasmissione per contatto sessuale. Sempre nel 2013 sono stati segnalati 40 casi di nuove infezioni da HIV fra i residenti (incidenza 3,3x100.000 abitanti). Aumenta il numero dei cosiddetti *late presenter*, cioè le persone con HIV che si presentano alla diagnosi in uno stato di salute già compromesso. Nel 2013 , la proporzione di persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV diagnosticate con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200cell/μL era del 43,8%, mentre quella di coloro che avevano un numero di CD4 inferiore a 350cell/μL era del 56,3%.

Nel 2013 sono stati notificati 58 casi di tubercolosi polmonare, pari ad un'incidenza di 4,8 casi per 100.000 abitanti. Il 52% dei casi notificati si è registrato in persone con cittadinanza straniera (valore in aumento negli ultimi anni) e il 48% in persone italiane con più di 65 anni. Nel contempo, i livelli di TB multi-resistente sono in crescita : nel periodo 2006-2013 su un totale di 644 ceppi isolati nei laboratori regionali il 2% è MDR è l'8% è resistente a uno-due o tre farmaci antitubercolari.

Per quanto riguarda le malattie prevenibili con la vaccinazione grazie ai livelli elevati di copertura vaccinale ottenuti in passato, queste malattie sono scomparse o l'incidenza è molto ridotta in regione. In particolare questo è ben visibile per tetano, morbillo, rosolia e malattie invasive da *Haemophilus influenzae tipo b.* I casi di tetano segnalati in regione sono stati mediamente 1-2 per anno. La maggior parte dei casi si verifica in persone di età superiore adulta anziana , non vaccinate. Le forme batteriche invasive (MIB) da *Haemophilus influenzae tipo b* rappresentano solo il 10% dei germi isolati in tutte le MIB segnalate. Si sono ridotti i casi di malattia invasiva da Meningococco C (11% delle MIB da meningococco), mentre il Meningococco B permane il germe isolato nel 42% delle MIB da meningococco. Le malattie invasive da Pneumococco sono sostanzialmente stabili (10-15 casi all'anno) e si verificano principalmente negli adulti e anziani. I casi di morbillo sebbene ridotti continuano ad essere presenti in forma sporadica o a piccoli cluster (ad es. in ambito ospedaliero) ma sono sicuramente destinati ad aumentare a causa delle ridotte coperture vaccinali dell'ultimo periodo che stanno determinando un accumulo di suscettibili. Stiamo infatti assistendo anche sul territorio regionale ad una flessione delle coperture vaccinali (da >96% per 3 dosi di polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B nel 2002 a coperture attuali che si aggirano intorno a 92-93%) così come si evidenzia a livello nazionale. Ancora più bassa la copertura a 24 mesi per una dose di morbillo (80%). 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.

I report annuali EFSA ed ECDC delle zoonosi e delle malattie a trasmissione alimentare (MTA) indicano una limitata capacità analitica dei casi/focolai di MTA in Italia, in particolare manca la confidenza statistica nella connessione tra il caso e l'esposizione tramite l'alimento. Questo limite può essere migliorato agendo sull'indagine epidemiologica nel corso dei casi/focolai, sulla sorveglianza regionale delle malattie gastrointestinali e sulla capacità analitica dei microrganismi isolati e sospetti di MTA. Nella tematica sono compresi gli agenti che attraverso l'alimento possono essere responsabili di rischio clinico (ad esempio MRSA e *E. coli* ESBL).

Infine, 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.

L'evidenza di livelli critici di resistenza antimicrobica in batteri di origine umana ed in animali produttori di alimenti ha richiesto azioni da parte della Commissione Europea tra le quali è compresa la riduzione complessiva del consumo di farmaci.

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, le malattie più importanti trasmesse da zecche nel territorio regionale comprendono la tick-borne encephalitis (TBE) e la Lyme disease. Negli ultimi anni sono stati segnalati nella regione diversi casi di malattie trasmesse da zanzare, in particolare la West Nile Disease (8 casi) comportando un'intensa attività di sorveglianza anche dal punto di vista veterinario. Nel 2013 a le attività di sorveglianza della WND effettuate sul territorio regionale, non hanno evidenziato positività né in equidi, né in pool di zanzare, né in avifauna selvatica. Sono stati segnalati diversi casi di Dengue tutti casi importati. Negli ultimi anni inoltre si verificano in media 25 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.

L'obiettivo di ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie 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, nonché attraverso la progettazione di azioni per potenziare l'informazione e la comunicazione del rischio e la gestione delle emergenze.
Inoltre, relazione alla crescente presenza sul territorio regionale di profughi richiedenti asilo come conseguenza dei movimenti migratori in atto, è stato formulato un obiettivo di valutazione delle condizioni di salute delle persone e di valutazione dell'adeguatezza igienica dei locali messi a disposizione per l'accoglienza, accompagnato da una formazione ad hoc per gli operatori.
I programmi di vaccinazione avranno, inoltre, l'obiettivo di contrastare le disuguaglianze attraverso interventi preventivi su patologie maggiormente diffuse tra gli strati di popolazione più svantaggiate garantendo, attraverso l'offerta attiva e interventi mirati su gruppi più fragili, uguale opportunità per i cittadini.
In merito ai programmi vaccinali e agli indicatori previsti dall'attuale PNPV dall'analisi dei dati di copertura vaccinale, appare chiaramente come si sia registrata, a livello regionale, una diminuzione percentuale tra il 2013 e il 2014 delle coperture per tre dosi di vaccino Difterite- Tetano, Polio, Pertosse ,Epatite B, Hib, pari a circa -2% e per una dose di morbillo, rosolia, parotite e pneumococco pari a -4%. L'obiettivo pertanto sarà mantenere le attuali coperture vaccinali pur cercando di tendere al loro aumento.
Il programma prevede di migliorare l'identificazione degli agenti di MTA sia in isolati umani che in isolati di origine alimentare ed ambientale. In talune situazioni sarà sufficiente l'armonizzazione dei protocolli di isolamento/identificazione dei microrganismi tra i vari laboratori (H, IZSV e ARPA), in altre situazioni, quando esistono nei laboratori della Regione FVG metodi validati con maggiore capacità risolutiva gli isolati di tutte le origini saranno esaminati presso quel laboratorio. La proposta richiederà la costruzione di una rete organizzata di scambio sicuro e tracciabile degli isolati batterici e l'organizzazione del sistema di trasmissione dei dati. Inoltre, al fine di rafforzare la confidenza statistica dell'indagine epidemiologica in corso di MTA, e considerato che la caratterizzazione dell'agente di MTA ha prevalentemente uno scopo preventivo è necessario che le informazioni derivanti dai caratterizzati microbici siano integrate con i dati epidemiologici disponibili e vengano utilizzate per sorvegliare continuamente la presenza di cluster di infezioni MTA regionali, nazionali e sovranazionali, integrando i dati derivanti dalla corrente proposta con quanto disponibile nei sistemi di allerta rapido e dalle comunicazioni delle Agenzie nazionali ed europee.
Al momento nella Regione Friuli V.G. in mancano dati centralizzati di consumo di farmaci antimicrobici in allevamenti intensivi di animali produttori di alimenti. Con questo programma si intende iniziare un percorso di gestione centralizzata delle informazioni sul consumo dei farmaco veterinario in animali produttori di alimenti ed utilizzare tali dati per produrre indicatori di efficacia o di attività, per produrre informazione per i decisori regionali, per monitorare l'applicazione delle line guida regionali sulla farmacovigilanza, e per la formazione degli operatori di sanità pubblica e gli allevatori.
In merito alle zoonosi con reservoir in animali selvatici si propone di realizzare, mantenere e coordinare un sistema di early detection tramite monitoraggio in animali selvatici del virus rabbia in canidi selvatici, WNV in insetti e uccelli stanziali, influenza aviare in uccelli selvatici, *Francisella tularensis* in lepri e *Brucellosi e Micobacterium bovis* in ruminanti selvatici

Evidenze
Sebbene l'esecuzione delle vaccinazioni raccomandate e l'accettazione delle stesse da parte dei cittadini continuino a rappresentare una sfida per gli operatori sanitari e il sistema sanitario, alcuni interventi specifici possono aumentare i livelli di copertura vaccinale (http://www.thecommunityguide.org/vaccines/index.html)
La sorveglianza delle reazioni avverse a vaccinazioni è un'attività raccomandata dall'OMS, dai CDC , dall'ECDC, dall'EMA e da tutte le istituzioni di sanità pubblica e farmacovigilanza ed è fondamentale per il successo dei programmi di immunizzazione. (WHO Adverse events following immunization (AEFI): Causality Assessment http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF05/815.pdf; Guideline On The Conduct Of Pharmacovigilance For Vaccines For Pre- And Post-Exposure Prophylaxis Against Infectious Diseases Doc. Ref. EMEA/CHMP/PhVWP/503449/2007
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Regulatory_and_procedural_guideline/2009/11/WC500011272.pdf; http://ecdc.europa.eu/en/eurovaccine/Pages/default.aspx;
Accordo Stato – Regioni 28 ottobre 2010 http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/accordo_stato-regioni_2008 2009_documento_integrale.pdf)
La sorveglianza epidemiologica costituisce una delle fasi fondamentali nel controllo di una malattia e l'istituzione di sistemi di monitoraggio quali quello per le malattie invasive ad eziologia batterica e, nello specifico, per quelle prevenibili con l'intervento vaccinale, permette di identificare sierogruppi prevenibili attraverso la vaccinazione e consente di fornire informazioni utili al monitoraggio delle strategie vaccinali adottate.
http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11770/; http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6103.pdf;
http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/AER-VPD-IBD-2014.pdf: http://www.iss.it/binary/mabi/cont/Report_MBI_20141031.pdf)
Sistemi di sorveglianza hanno evidenziato come nel corso degli ultimi anni si sia registrata una progressiva riduzione dei casi di tubercolosi in Italia e cosi in Friuli Venezia Giulia. Tuttavia

l'incidenza della malattia risulta notevolmente più elevata nella popolazione immigrata rispetto popolazione autoctona. Nel 2013 i casi sono circa 3 ogni 100.000 abitanti italiani residenti, mentre negli stranieri circa 40 casi ogni 100.000. i dati ISTAT al 31.12.2013 indicano che la popolazione straniera in FVG rappresenta circa il 9% della popolazione totale
(Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015 - http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf
Intesa Stato-regioni 20 dicembre 2012 - Controllo della tubercolosi: obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016
http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=45179
Aggiornamento linee guida anno 2010 - Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1261_allegato.pdf)
La formazione di tutte le figure professionali coinvolte nell'attività vaccinale è un elemento fondamentale per la realizzazione di tutta l'offerta vaccinale regionale Regionale inoltre rientra nel programma di miglioramento delle pratiche vaccinali già individuato nel Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 Progetto di miglioramento della qualità dei servizi vaccinali.
In ambito umano le conseguenze di una inadeguata politica di utilizzo dei farmaci antimicrobici si manifestano in una pluralità di effetti coinvolgenti contesti anche molto differenti (sanitario, epidemiologico, sociale ed economico (Smith R, Coast, 2013) già nel medio-breve termine: aumentato e ingiustificato impiego dei farmaci antibiotici, insorgenza di resistenze batteriche (Huttner A et al. ,2013), prolungamento dei tempi di degenza, incremento dei costi di ricovero .
Lo studio di prevalenza sul consumo degli antibiotici negli ospedali per acuti del Friuli-Venezia Giulia condotto nel 2013 ha rilevato che: il 39% dei soggetti degenti nei 18 ospedali della Regione era in trattamento con almeno un antibiotico, prevalenza nettamente superiore al dato medio Europeo (35%) emerso dallo studio condotto dall'ECDC (ECDC (2013).
Nel 4° report dell'ESVAC (il progetto europeo di monitoraggio dei consumi di antimicrobici) l'Italia risulta tra i Paesi Membri con i maggiori tassi di vendita di farmaci antimicrobici veterinari. L'azione di prevenzione richiede la messa a punto di un sistema di raccolta dati dei consumi di farmaci veterinari.
I report annuali di EFSA e ECDC indicano un under reporting di focolai di MTA con evidenza di esposizione alimentare, rimane invece alta la quota di casi/focolai sospetti e non confermati di MTA di sospetta origine alimentare. Lo sviluppo recente delle possibilità di applicazione a livello di diagnostica di base delle tecniche biomolecolari di identificare e caratterizzazione batterica richiede la specializzazione di laboratorio, sia metodologica che culturale, che può avvenire solo a livello di alcune strutture regionali. E' necessario ottimizzare il contributo delle singole strutture caratterizzanti gli isolati di MTA mettendo in rete le capacità diagnostiche e facilitando la trasmissione di campioni ed informazioni.

Contrasto alle diseguaglianze
I sistemi di sorveglianza rappresentano un attività di sanità pubblica in grado di garantire equità e contrasto alle diseguaglianze. Alcuni programmi di sorveglianza e controllo di malattie (ad es. la malattia tubercolare) sono rivolti prevalentemente a gruppi ad alto rischio (immigrati) e alle fasce deboli della popolazione, altri sono trasversali su tutta la popolazione .

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione
E' presente un sistema informatizzato regionale per la notifica delle malattie infettive dell'uomo che va implementato con l'inserimento di schede di sorveglianza specifiche. Inoltre è possibile avvalersi di fonti integrate informatizzate , quali schede di dimissione ospedaliera , in aggiunta alla sorveglianza attiva, per consentire di stimare l'eventuale grado di sottonotifica dei sistemi di sorveglianza tradizionali. La formazione è accreditata , prevede una valutazione finale e la stesura di report con l'attività svolta.
Per quanto riguarda il consumo di farmaci in Regione il programma proposto prevede la messa a punto ex novo di un sistema di raccolta dati centralizzato del consumo di farmaci in ambito veterinario (in animali produttori di alimenti) ed utilizzerà tale sistema per produrre indicatori di efficacia o di attività e/o di controllo.
Il progetto MTA prevede di migliorare l'identificazione degli agenti di MTA isolati da uomini, alimenti, animali ed ambiente. I dati prodotti saranno utilizzati innanzitutto per la sorveglianza regionale delle MTA, quindi introdotti nel sistema regionale di reporting (SIASI), che mensilmente riferisce i dati al Ministero Salute, ed infine inseriti in altre reti nazionali qualora vi siano indicazioni ministeriali in tal senso.
I dati prodotti dal progetto di monitoraggio delle zoonosi a reservoir in animali selvatici saranno utilizzati per indirizzare le azioni di prevenzione delle infezioni nelle donazioni di sangue umano (WNV), di vaccinazione delle popolazioni di selvatici per rabbia, e di comunicazione dei rischio.

TARGET: tutte le fasce di età

SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro ☐

ANALISI DEI RISCHI e SOSTENIBILITÀ

In campo vaccinale 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 rappresenta il maggior rischio per il raggiungimento di elevate coperture vaccinali così come richiesto dall'attuale PNPV. Anche la difficoltà alla partecipazione da parte dei Pls e MMG alla formazione può rappresentare un rischio così come un non sufficiente sostegno nella creazione della rete tra i vari operatori .I sistemi di sorveglianza regionali sono integrati nel sistema informatizzato delle malattie infettive e vaccinazioni la cui attività ha messo in evidenza nel tempo alcune criticità nell'adesione al flusso informativo che potrebbero ostacolare il raggiungimento degli obiettivi del programma come l'incompleta compilazione delle schede di segnalazione o l'invio delle schede con più aggiornamenti non sempre coerenti. Altra criticità nei sistemi di sorveglianza è rappresentata il mancato invio dei campioni biologici (es per le MIB) per l'identificazione e tipizzazione ad un centro di riferimento , che peraltro in regione non esiste con conseguente sottodiagnosi. E dal mancato invio dell'esito del trattamento tb da parte delle strutture interessate. Nell'ambito del miglioramento della qualità dei servizi vaccinali la formazione del personale sanitario su argomenti riguardanti le vaccinazioni, il counselling vaccinale rappresenta un aspetto fondamentale e sostenibile nell'ambito del SSR. Inoltre l'offerta vaccinale regionale approvata con delibera è rivolta a tutte le età della vita e contempla tutte le vaccinazioni affinché vengano date indicazioni chiare in un unico documento.La raccolta di dati di consumo di antimicrobici tramite mangimi medicati ed in specialità veterinarie può presentare difficoltà di armonizzazione delle unità animali trattate, a tale proposito è prevista una fase di sviluppo e test del sistema di raccolta che permetterà di rimodulare le variabili prima di entrare in una fase di produzione della raccolta di dati. Il progetto proposto per le MTA intende sviluppare la capacità diagnostiche delle malattie da alimenti mettendo in rete le possibilità di identificare/caratterizzare i principali microrganismi responsabili. Il progetto utilizzerà risorse già disponibili e dedicate della sanità pubblica regionale a livello di microbiologie degli H, degli IZSV e dell'ARPA. Il networking sarà coordinato dalla DCS che redigerà i protocolli di accordo nell'ambito di gruppi di lavoro. Per il progetto di messa in rete della possibilità diagnostiche non si individuano criticità. La costruzione della rete di sorveglianza ed alert , per ulteriore caratterizzazione molecolare di isolati di origine umana e alimentare, richiede una fase di ricerca e sviluppo che potrebbe posticipare rispetto al 2018 la valutazione d'impatto del sistema di scanning surveillance proposto. Le azioni proposte per l'ultimo progetto non richiedono risorse supplementari rispetto a quanto già dedicato dalla sorveglianza regionale delle zoonosi con reservoir animale

Macro obiettivo	**9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie** **10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli** **Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione:** **Adeguare l'information technology e integrare i sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale;** **Rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci**				
Obiettivi centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce	Definire Procedura regionale condivisa Formare gli operatori (FAD/evento fornativo)	**9.1-2.1 -**Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	Anno 2014 80% (morbillo) 58% (rosolia)	>90% per morbillo e per rosolia	>90% per morbillo e per rosolia

Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	Miglioramento della qualità della diagnosi delle malattie invasive batteriche rilevanti per la sanità pubblica e consolidamento del sistema di sorveglianza attraverso un percorso condiviso	**9.4.1**- Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	Anno 2014 20,5%%	+50%	30%
Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV,HBV;HCV…)	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 di sorveglianza delle infezioni a trasmissione sessuale Migliorare l'adesione e l'accesso al testing in presenza di qualsiasi comportamento a rischio	**9.5.1**- Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up	Anno 2014 non disponibile	-50%	- 50% a partire dal dato 2016
		9.5.2- Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/ìL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV	56,3%	-25%	39%
Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanita ri, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	Consolidare i Programmi vaccinali dell'infanzia e adolescenza previsti dal calendario regionale con particolare attenzione al tema delle disuguaglianze e sviluppare protocolli condivisi regionali per l'offerta vaccinale a gruppi a rischio Migliorare i flussi informativi tra servizi aziendali di farmacovigilanza e servizi vaccinali	**9.7.1 -** Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status **9.7.2 -** Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti	anno 2013 18,8 % anno 2014 11,9% CV 92% per T,D, ep.B. polio	+100% Indicatori PNPV	23,8% (miglioramento calcolato sul 2014 dovendo tener conto di un generale trend negativo) Mantenimento miglioramento CV
Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	Consolidare i programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero e territoriale e consolidare il sistema di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	**9.10.1 -**Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE	Non rilevato	100% per Regione	100% aziende
Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza		**9.13.1**- Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie	100% ospedali per acuti	100%tutte le regioni hanno prodotto un report annuale	100% di ospedali per acuti

Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	programmi di intervento per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ospedale e dell'uso di antibiotici nelle strutture residenziali per anziani	**9.11.1 -** Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie	Non rilevato	100%tutte le regioni hanno prodotto un report annuale	100% aziende
Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco veterinario	Programma di formazione per l'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali	**10.2.1 -** Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	Non rilevato	Svolgimento almeno 1 evento/anno.	1 evento/anno
Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/ sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	miglioramento della sorveglianza dei focolai di Malattie Trasmesse da Alimenti- MTA e delle malattie a trasmissione oro-fecale	**10.3.1 -** Protocolli di collaborazione che garantiscano un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali	Non rilevato	Esistenza in ogni regione di un protocollo di intesa tra AAS,ICZ e ARPA	1 protocollo
Prevenire le malattie infettive e diffusive di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	Sviluppo di un Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori	**10.6.1** - Attuazione di Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	Non rilevato	Attuato piano di sorveglianza per almeno 4 malattie di cui alla definizione	5 piani
	Condivisione di un protocollo di intervento per la gestione sanitaria dei migranti richiedenti protezione internazionale	Indicatore regionale	Non disponibile	Protocollo applicato in tutta la Regione	

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Definire Procedura regionale condivisa Formare gli operatori (FAD/evento fornativo)		**9.1-2.1** Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio **INDICATORE SENTINELLA**	Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia	ANNO 2014 80% morbillo 58% rosolia	80% morbillo 58% rosolia	85% morbillo 65% rosolia	90% morbillo 75% rosolia	>90% morbillo e rosolia
Risultati	Procedura regionale per la segnalazione tempestiva e l'accertamento laboratoristico dei casi di morbillo e rosolia diffusa a tutti gli operatori del SSR coinvolti nella segnalazione dei casi e operatori formati nel consolidare la sorveglianza epidemiologica	Evidenza procedura regionale	atto regionale		1			
Azioni	- Revisione procedure regionali del "Piano nazionale del morbillo e rosolia congenita 2010-2015 - Diffusione procedure operatori coinvolti (PLs,MMG,personale sanitario sevizi vaccinali, personale sanitario ospedaliero….) - Formazione operatori	Evidenza diffusione e adozione N. operatori formati	atti regionali/aziendali attestazione uffici formazione aziendali			100% 50%	 75%	 90%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Revisione procedure regionali del "Piano nazionale del morbillo e rosolia congenita 2010-2015		x	x					x
Diffusione procedure operatori coinvolti		x	x	x				
Formazione operatori			x	x	x	x	x	x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Miglioramento della qualità della diagnosi delle malattie invasive batteriche rilevanti per la sanità pubblica e consolidamento del sistema di sorveglianza attraverso un percorso condiviso	**9.4.1**- Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali	Sistema di sorveglianza speciale delle MIB	ANNO 2014 20,5%	30%	40%	50%	60%

		esista una diagnosi etiologica						
Risultati	Riduzione delle MIB con agente eziologico non identificato e in particolare di quelle prevenibili con vaccinazione (MIB da meningococco, emofilo, pneumococco)	- scheda segnalazione - Incontri con specialisti - Evento formativo	- Atto regionale - Atti verbali			1 1		
Azioni	Revisione scheda segnalazione regionale del SS MIB Condivisione con clinici/laboratoristi per promuovere diagnosi eziologica Formazione Stesura report periodici	- Report annuale	- Atti ecm - Report regionale			1	1 2	3

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Revisione scheda segnalazione regionali del SS MIB		x	x					
Condivisione con clinici/laboratoristi per promuovere diagnosi eziologica			x	x				
Formazione				x		x		x
Report periodici		x		x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Miglioramento della proporzione di casi di tubercolosi e di contatti a rischio trattati correttamente		Linee guida regionali TB aggiornate **INDICATORE SENTINELLA**	Atto regionale	ANNO 2014 LLGG TB 2006		1		
Risultati	- Aggiornamento delle Linee guida regionali sulla prevenzione della tubercolosi . - Percorso di collaborazione ospedale –territorio definito in tutte le AAS - Operatori formati	DGR protocollo	Atti regionali Atti delle AAS			1	100% AAS	
Azioni	- Revisione linee guida regionali sulla tubercolosi (TB) 2006 - Definire/ridefinire i percorsi di collaborazione tra strutture ospedaliere (malattie infettive/pneumologie) e dipartimento di prevenzione (follow-up domiciliare ,DOT ecc..) - Formazione congiunta (clinici, ospedalieri ,MMG,PLS, altri operatori…)	Eventi formativi	Atti ECM			1	2	3

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Revisione linee guida regionali sulla tubercolosi (TB) 2006		x	x	x				
Definire/ridefinire i percorsi di collaborazione tra strutture ospedaliere (malattie infettive/pneumologie) e dipartimento di prevenzione (follow-up domiciliare,DOT ecc..)		x	x	x				
Formazione congiunta (clinici ospedalieri,MMG,PLS, altri operatori…)			x	x	x	x	x	x

	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
	Consolidamento del sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV e progettazione di un sistema di sorveglianza sulle infezioni a trasmissione sessuale Migliorare l'adesione e l'accesso al testing (HIV,HBV,HCV…) in presenza di qualsiasi comportamento a rischio	**9.5.2** Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/ìL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV	SS nuove infezioni da HIV	ANNO 2014 56.3%	55%	50%	45%	39%
Risultati	Procedure condivise per la sorveglianza e prevenzione delle patologie infettive correlate a comportamenti a rischio	Documento regionale					1	
	offerta e accessibilità al test HIV garantite su tutto il territorio regionale	% AAS che hanno offerta attiva e gratuita del test HIV				50%	75%	100%
Azioni	Definire un sistema di sorveglianza regionale delle infezioni a trasmissione sessuale Monitoraggio da parte dei SERT sull'aderenza dei propri utenti all'offerta di testing sulle malattie infettive. Estensione del testing relativa alle malattie infettive agli utenti in trattamento per problemi alcol correlati (AC). Garantire il counselling per HIV in tutto il territorio regionale Garantire la completezza delle schede del Sistema Sorveglianza nuove diagnosi HIV	tossicodipendenti testati soggetti con problemi AC testati	sistema informativo regionale mFp5 sistema informativo regionale mFp5	Non rilevato Non rilevato				70% 20%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Definire un sistema di sorveglianza regionale delle infezioni a trasmissione sessuale			x	x	x	x		

Monitoraggio da parte dei SERT sull'aderenza dei propri utenti all'offerta di testing sulle malattie infettive								
Estensione del testing relativa alle malattie infettive agli utenti in trattamento per problemi alcol correlati (AC).				x	x	x	x	x
Garantire il counselling per HIV in tutto il territorio regionale		x	x	x	x	x	x	x
Garantire la completezza delle schede del SS nuove diagnosi HIV		x	x	x	x	x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Consolidare i Programmi vaccinali dell'infanzia e adolescenza previsti dal calendario regionale con particolare attenzione al tema delle disuguaglianze e sviluppare protocolli condivisi regionali per l'offerta vaccinale a gruppi a rischio Migliorare i flussi informativi tra servizi aziendali di farmacovigilanza e servizi vaccinali		% schede reazioni avverse vaccino sottoposte a CA **INDICATORE SENTINELLA** (definizione AIFA)	Sistema informativo regionale farmacovigilanza	ANNO 2014 Non disponibile		100% di quelle gravi	100% di quelle gravi	100% di quelle gravi
Risultati	Sviluppo di protocolli per la vaccinazione dei soggetti in condizioni di fragilità e con patologie croniche, per categoria di rischio e per vaccino Reazioni avverse ai vaccini segnalate sottoposte a causality assessment (CA)	Raccomandazioni e schede predisposte Report annuale	Atti regionali report			1 2	2 3	 4
Azioni	Definire gruppo di lavoro, predisporre le raccomandazioni rivedere schedule di immunizzazione per soggetti fragili e pazienti cronici in età pediatrica e adulti Registrare le reazioni avverse ai vaccini (RA) e predisporre report annuale				1			

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Definire gruppo di lavoro		x						
Predisporre le raccomandazioni in età pediatrica e adulti		x	x					
Rivedere le schedule di immunizzazione		x	x	x				
Registrare le reazioni avverse ai vaccini (RA) e predisporre il report		x	x	x	x	x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Consolidare i programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero e territoriale e consolidare il sistema di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)		Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie	• Point Prevalence Survey (PPS) regionale 2013	• 100%	100%	100%	100%	100%
Risultati	- Definizione ed adozione di una lista di microrganismi alert comuni per le microbiologie della regione - Definizione di standard e criteri comuni di refertazione per i microrganismi sentinella in tutti i laboratori di microbiologia regionali - Implementazione del sistema di sorveglianza delle colonizzazioni/infezioni correlate all'assistenza (ICA) - Consolidamento del programma di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) - Applicazione linee guida regionale sulle infezioni da Enterobacteriaceae resistenti ai Carbapenemi	Evidenza lista microrganismi alert Evidenza standard e criteri Evidenza registro regionale resistenze batteriche			1	1 1		
Azioni	- Realizzazione di un documento regionale - Realizzazione di un registro regionale delle resistenze batteriche - Effettuazione point prevalence survey (PPS) sulla ICA negli ospedali per acuti - Consolidamento del monitoraggio indicatori regionali - Integrazione di lettera di dimissione per la gestione del paziente infetto/colonizzato da germi multi drug resistant (MDR) con associazione di materiale informativo	% di ospedali che monitorano gli indicatori regionali (**INDICATORE SENTINELLA**) % di ospedali che partecipano alla PPS % di aziende che monitorano la compliance alle linee guida regionali			100% 100% 100%	100%	100% 100%	100%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
DOCUMENTO REGIONALE								

Formazione gruppo regionale	x							
Definizione di microrganismi alert condivisi	x							
Definizione di standard comuni di refertazione refertazione per i microrganismi sentinella		x						
Pubblicazione documento condiviso alert		x						
Revisione periodica documento						x		
REPORT PERIODICO AZIENDALE R-BATTERICHE								
Definizione gruppo lavoro	x							
Realizzazione format		x						
Sperimentazione del format		x						
Adozione del format (e a regime)			x					
REGISTRO R-BATTERICHE								
Formazione gruppo regionale registro regionale delle resistenze batteriche	x							
Standardizzazione codifiche informatiche		x						
Definizione struttura del report		x						
Diffusione report			x	x	x	x	x	x
PARTECIPAZIONE PPS								
Effettuazione PPS sulle ICA		x				x		
Diffusione risultati PPS		x				x		
MONITORAGGIO INDICATORI								
Monitoraggio indicatori regionali infezioni (VAP e ISC)	x	x	x	x	x	x	x	x
MONITORAGGIO LINEE GUIDA								
Monitoraggio linee guida regionale sulle infezioni da enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi		x		x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Programmi di intervento per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ospedale e dell'uso di antibiotici nelle strutture residenziali per anziani		% Aziende con reportistica periodica consumo antibiotici	report	ANNO 2014 non rilevato	• 50%	75%	• 100%	100 %
Risulta	- Formazione personale sull'utilizzo appropriato degli antibiotici - Miglioramento pratica prescrittiva in accordo con le evidenze condivise - Monitoraggio e reportistica periodica dati sul consumo degli antibiotici	• % di Aziende che organizzano i corsi		• 0%	• 10%	• 50%	• 75%	• 100%

Azioni	- Corsi aziendali sull'antimicrobial stewardship per gli operatori sanitari - Consolidamento del monitoraggio indicatori regionali profilassi perioperatoria - Monitoraggio dell'applicazione delle linee guida regionali per la gestione di IVU e polmoniti batteriche - Realizzazione linee guida regionali per la gestione delle infezioni di cute e tessuti molli e della sepsi - Realizzazione linee guida regionali per la gestione delle polmoniti nel paziente pediatrico - Effettuazione point prevalence survey (PPS) sul consumo degli antibiotici negli ospedali per acuti - Reportistica aziendale sul consumo degli antibiotici -	• Valore di prevalenza regionale del consumo di antibiotici • % di ospedali che partecipano alla PPS (**INDICATORE SENTINELLA**)	• PPS regionale 2013 • PPS regionale 2013	• 39% • 100%	• 37% • 100%		• 35% • 100%	

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Corso aziendale Antimicrobial Stewardship								
Organizzazione corsi aziendali per medici e infermieri	x		x		x		x	
MONITORAGGIO INDICATORI REGIONALI								
Monitoraggio della conformità alla profilassi antibiotica perioperatoria	x	x	x	x	x	x	x	x
LINEE GUIDA REGIONALI								
Definizione gruppo di lavoro per le linee guida sulla gestione delle infezione di cute e tessuti molli	x							
Realizzazione documento		x						
LINEE GUIDA REGIONALI								
Definizione gruppo di lavoro per le linee guida sulla gestione delle polmoniti nei pazienti pediatrici	x							
Realizzazione documento		x						
LINEE GUIDA REGIONALI								
Definizione gruppo di lavoro per le linee guida sulla gestione delle sepsi		x						
Realizzazione documento			x					
MONITORAGGIO LINEE GUIDA								
Monitoraggio applicazione linee guida per la gestione delle polmoniti batteriche			x		x		x	
Monitoraggio applicazione linee guida per la gestione delle IVU				x		x		x
PARTECIPAZIONE PPS								
Effettuazione PPS sul consumo degli antibiotici		x				x		
Diffusione risultati PPS		x				x		
REPORT CONSUMO ANTIBIOTICI								
Reportistica aziendale sul consumo degli antibiotici		x	x	x	x	x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Programma di formazione per l'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali (compreso il sistema regionale di raccolta dati di consumo degli antimicrobici)		– Eventi/anno di formazione degli operatori di sanità pubblica/ stakeholder sui risultati della raccolta dati e sull'uso prudente del farmaco.	– Sistema di raccolta dati (datamodel, software di raccolta e datawarehouse) e manuale operativo del sistema informativo presenti presso l'Osservatorio Epidemiologico Veterinario regionale – Atti ECM – Atti aziendali	Non rilevato	1 evento	1 evento	1 evento	1 evento
Risultati	1. Un sistema di raccolta dati di consumo di farmaci 2. Un evento di formazione/anno 3. Un documento di linee guida	Sistema di raccolta, dati di consumi farmaci in mangimi medicati e tramite specialità e report descrittivo dei dati di consumo	– Sistema di raccolta dati presenti presso l'Osservatorio Epidemiologico Veterinario regionale	Non rilevato	Un prototipo SRD e un dataset prototipo	Un prototipo SRD e un dataset prototipo	Un SRD in produzione e dataset prototipo	Un SRD in produzione e dataset
Azioni	1. Organizzare il sistema raccolta dati di consumo degli antimicrobici in animali produttori di alimenti 2. Programma di formazione per l'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali 3. Predisporre le linee guida regionali per la farmaco-sorveglianza	– Numero di eventi di formazione	– Atti ECM	Non rilevato	1 evento/anno	1 evento/anno	1 evento/anno	1 evento/anno
		Documento di linee guida	– Atti aziendali	Non rilevato	1 bozza LG	1 bozza LG discussa	1 LG applicata	1 LG applicata e verificata

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Organizzare il sistema raccolta dati di consumo degli antimicrobici in animali produttori di alimenti mediante		x	x	x	x	x	x	x
Programma di formazione per l'uso appropriato degli antimicrobici negli allevamenti industriali		x		x		x		x
Predisporre le linee guida regionali per la farmaco-sorveglianza				x	x	x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Miglioramento della sorveglianza dei focolai di Malattie Trasmesse da Alimenti- MTA e delle malattie a trasmissione oro-fecale (ivi comprese le infezioni legate al rischio clinico con possibile introduzione tramite gli alimenti)		Accordi tra H, IZS e ARPA in FVG	Atti aziendali	Non rilevato	1 protocollo	1 protocollo	1 Report di sorveglianza	1 Report di sorveglianza
Risultati	4. Un protocollo di accordo tra H-IZS-ARPA per la caratterizzazione di agenti di MTA 5. Un protocollo di accordo tra H-IZS-ARPA per la caratterizzazione di agenti di coinvolti nel rischio clinico 6. Un sistema di scanning di cluster di MTA a livello regionale	– Protocolli di intesa per l'armonizzazione dei metodi di identificazione e/o per lo scambio di agenti di MTA (inclusi AMR) per ulteriori caratterizzazioni.	– Atti aziendali – Sistema di scanning surveillance per MTA presso l'Osservatorio Epidemiologico Veterinario e di Sicurezza Alimentare del FVG	Non rilevato	1 protocollo per salmonelle	1 protocollo per Listeria e MRSA 1 Report di sorveglianza	1 Report di sorveglianza	1 Report di sorveglianza
Azioni	1) Predisposizione di protocolli di collaborazione tra H-IZSV_ARPA integrabili nelle linee guida regionali su MTA per microrganismi responsabili di MTA nell'elenco della 2003/99/EU, inclusi quelli responsabili di infezioni ospedaliere/ comunitarie con possibile/incerta trasmissione alimentare. 2) Predisposizione di un sistema di sorveglianza dei casi/focolai di MTA integrando dati di isolati di origine umana, animale , alimentare ed ambientale.	– Un progetto di raccolta dati ed analisi per scanning surveillance			Un progetto di scanning surveillance	Un prototipo di scanning surveillance	Un prototipo validato di scanning surveillance	Scanning surveillance in produzione
		– N. report di analisi dei dati annuali di scanning surveillance degli agenti di MTA (**INDICATORE SENTINELLA**)			Un report	Un report	Un report	Un report

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Predisposizione di protocolli di collaborazione tra H-IZSV_ARPA integrabili nelle LLGG regionali su MTA per microrganismi responsabili nell'elenco della 2003/99/EU (inclusi i microrganismi responsabili di infezioni osp.)		x	x	x	x	x	x	x
Predisposizione di un sistema di sorveglianza dei casi/focolai di MTA integrando dati di isolati di origine umana, animale, alimentare ed ambientale.			x	x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Sviluppo di un Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori		**10.6.1** Attuazione di Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	Atti aziendali	Non rilevato in maniera standardizzata	Un piano	Un piano	Un piano	Un piano
Risultati	Un piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle zoonosi	Piano Integrato di sorveglianza uomo/animale per la prevenzione delle	– Atti DCS – Report Osservatorio Epidemiologico Veterinario e di Sicurezza Alimentare del FVG	Assenza di un piano integrato	Mantenimento ed aggiornamento del piano integrato	Mantenimento ed aggiornamento del piano integrato	Mantenimento ed aggiornamento del piano integrato	Mantenimento ed aggiornamento del piano integrato
Azioni	Mantenimento ed aggiornamento del piano integrato di sorveglianza in animali selvatici per l'early detection di 3) Virus rabbia in canidi selvatici 4) WNV in insetti e uccelli stanziali 5) AI in uccelli selvatici 6) *Francisella tularensis* in lepri 7) *Brucellosi e Micobacterium bovis* in ruminanti selvatici							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Virus rabbia in canidi selvatici	x	x	x	x	x	x	x	x
WNV in insetti e uccelli stanziali	x	x	x	x	x	x	x	x
AI in uccelli selvatici	x	x	x	x	x	x	x	x
Francisella tularensis in lepri	x	x	x	x	x	x	x	x
Brucellosi e Micobacterium bovis in ruminanti selvatici	x	x	x	x	x	x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Condivisione di un protocollo di intervento per la gestione sanitaria dei migranti richiedenti protezione internazionale		Protocollo applicato in tutta la Regione	atti	Non disponibile		applicato		
Risultati	Fornire risposta sanitaria assistenziale per tutelare la salute della singola persona, incluso l'operatore (sanitario e non) che viene a contatto con i migranti, e quindi di tutta la collettività nella prevenzione e trattamento precoce delle malattie infettive	Flow chart dei flussi comunicativi n. Eventi formativi		Non disponibile	disponibile	 1		
Azioni	Individuazione dei percorsi e dei flussi di comunicativi tra tutti i soggetti coinvolti (Prefettura, Questura, Forze dell'ordine sistema sanitario regionale Condivisione di un protocollo di intervento e gestione sanitaria nei confronti dei migranti Diffusione e applicazione del protocollo in tutta la Regione Formazione di tutti gli operatori coinvolti							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Individuazione dei percorsi e dei flussi di comunicativi tra tutti i soggetti coinvolti		x						
Condivisione di un protocollo di intervento e gestione sanitaria nei confronti dei migranti		x	x					
Diffusione e applicazione del protocollo in tutta la Regione			x	x				
Formazione di tutti gli operatori coinvolti			x	x				

PROGRAMMA XIV: Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze

Razionale e descrizione del programma

Negli ultimi anni è stata impegnativa l'attività legata alle emergenze di tipo infettivo, in particolare le malattie emergenti legate alla trasmissione da vettori (come TBE e malattia di West Nile), la pandemia influenzale, emergenze alimentari o veterinarie; anche fenomeni come 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, una maggiore diffusione di situazioni di emergenza cui far fronte. Necessariamente la pianificazione e la comunicazione rappresentano le scelte strategiche essenziali per sviluppare interventi in grado di fronteggiare l'emergenza: tutto va predisposto e pianificato, la comunicazione va pensata e organizzata per poter poi intervenire velocemente e in modo coordinato. Gli obiettivi generali del piano nell'ambito delle emergenze in sanità pubblica consistono nel miglioramento di alcuni aspetti di tipo organizzativo del sistema regionale e nello sviluppo delle competenze tecnico-specialistiche dei Dipartimenti di Prevenzione su alcune tipologie di emergenza e su come comunicare il rischio

Le vaccinazioni sono interventi a beneficio di soggetti sani per i quali l'offerta attiva e gratuita a volte non è sufficiente a supportare la scelta di adesione ai programmi di immunizzazione. E' cresciuto il fenomeno del rifiuto vaccinale e gli strumenti tradizionali di contrasto si rilevano poco efficaci. Esiste la necessità di adottare strumenti di comunicazione diversi dai tradizionali e una maggiore presenza delle istituzioni sul web.

Un costante flusso di dati relativo al profilo di chemiosensibilità dei microrganismi isolati e al consumo di antimicrobici a disposizione dell'operatore sanitario rappresenta, inoltre, una premessa fondamentale per la pianificazione di programmi di stewardship antibiotica volti al contenimento della diffusione ambientale dei microrganismi MDR e di un utilizzo eccessivo degli antibiotici. Infatti, una efficace "policy" per una gestione più razionale dei farmaci antimicrobici non può prescindere da un adeguato programma di formazione e informazione, avente come destinatario tutto il personale operante in ambito sanitario, ma anche in quelli zootecnico e agricolo, finalizzato alla diffusione di una cultura sul buon utilizzo dei farmaci antimicrobici e sulla prevenzione del rischio infettivo connesso alla possibile trasmissione di microrganismi patogeni in ambiente ospedaliero ed extraospedaliero.

Evidenze

Viene evidenziato dalla letteratura scientifica e da esperienze condotte in altri progetti l'importanza per la sanità pubblica ,ad adottare strumenti di comunicazione quali internet e altri prodotti multimediali a sostegno delle vaccinazioni e degli altri programmi di sanità pubblica (Ministero Salute: linee guida comunicazione on line http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1473_allegato.pdf progetto VALORE : http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/ValoreRisultati.asp)

L'OMS nei principi ispiratori di Piani di risposta alle emergenze assume che emergenze globali richiedono risposte coordinate e globali, dove il momento di pianificazione deve essere condiviso dai responsabili delle decisioni ed il momento dell'azione deve essere conosciuto prima del verificarsi dell'evento in modo che ognuno sia in grado di "giocare" il suo ruolo e le sue responsabilità.(http://www.who.int/influenza/resources/documents/pandemic_guidance_04_2009/en/ ; *www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/en/* http://www.who.int/csr/resources/publications/measles/WHO_CDS_CSR_ISR_99_1/en)

Lo stesso Piano Nazionale della Prevenzione focalizza l'attenzione sulla vulnerabilità del sistema di risposta alle emergenze infettive (inclusi focolai epidemici), che richiede attenzioni e risorse dedicate e che comporta la necessità di adeguare a questo fine sia le organizzazioni sia i sistemi di informazione e di comunicazione .

La disponibilità di dati di sorveglianza consente di orientare gli interventi di controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza: gli studi di prevalenza possono far emergere aree prioritarie potenzialmente misconosciute ; i sistemi prospettici consentono di valutare l'efficacia degli interventi in setting ad alto rischio . I dati di antibioticoresistenza e di consumo sostengono le politiche di stewardship sia in ambito ospedaliero che nelle strutture residenziali (Ashiru-Oredope D., Sharland M., Charani E., McNulty C., Cooke J." Improving the quality of antibiotic prescribing in the NHS by developing a new Antimicrobial Stewardship Programme:Start Smart—Then Focus". J Antimicrob Chemother 2012;67 Suppl 1: i51 – i63).

Contrasto alle diseguaglianze

La predisposizione di materiali informativi multilingue e l'utilizzo di internet /nuove tecnologie permette l'accesso a tutti i cittadini e di comunicare la salute in modo più efficace abbattendo anche le barriere informative

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

Esiste un Sistema informativo regionale per la gestione delle vaccinazioni e per la notifica delle malattie infettive che permette di sorvegliare gli effetti delle mancate vaccinazioni

I piani nazionali relativi a sorveglianze umana e veterinaria sono stati recepiti a livello regionale anche implementandoli (ad es, piano regionale WND)				
TARGET: tutte le fasce d'età				
SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro ☐
ANALISI DEI RISCHI e sostenibilità				
Disponibilità non sufficiente di risorse per la realizzazione delle attività progettuali di comunicazione Difficoltà nell'applicazione uniforme dei protocolli Difficoltò nell'integrazione dei vari professionisti chiamati ad intervenire in caso di eventi emergenziali Notevoli complessità organizzative delle esercitazioni in quanto il numero dei soggetti coinvolti può essere elevato Dal punto di vista della sostenibilità la recente delibera regionale sull' aggiornamento ed estensione dell'offerta vaccinale in FVG prevede che i costi derivanti dalle attività legate alla sostenibilità del provvedimento (pertanto anche un piano di comunicazione) troveranno copertura nel Fondo Sanitario Regionale 2015. Va attivata e mantenuta attiva la rete per la gestione delle emergenze. La promozione di sistemi di sorveglianza delle ICA, dell'antibiotico-resistenza e di consumo degli antibiotici, si integra con i compiti istituzionali dei Comitati Infezioni Ospedaliere attivati a livello Aziendale. La sostenibilità è rafforzata dall'utilizzo di protocolli già in uso, con il vantaggio di avere dati di confronto a livello regionale, nazionale ed europeo Le sorveglianze delle zoonosi e delle malattie trasmesse da vettori sono sostenibili attraverso l'integrazione dei sistemi uomo/veterinario/entomologico				

Macro obiettivo	**8. Ridurre le sposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute** **9.Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie** **10.Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli**				
Obiettivi centrali	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP2018	Valore reg. 2018
Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	Recepire le linee guida nazionali (o in assenza adottare indirizzo regionale specifico) sulla comunicazione del rischio	**8.6.1** Regioni che hanno recepito le linee guida	Non disponibile	Atto formale di recepimento	Linee formalizzate

Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	Sviluppare e diffondere materiale informativo e comunicativo (toolkit) sul tema delle vaccinazioni, anche sviluppando nuove modalità comunicative	**9.7.1** -Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status **9.7.2** - Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti **9.8.1** -Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole)	Anno 2014 11,9% CV 92% per T,D,ep.B.polio Non disponibile	+100% Indicatori PNPV 100% Regioni	23,8% Mantenimento miglioramento CV Piano comunicazione regionale
Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV,HCV….)	Sviluppare un piano di comunicazione per popolazione generale e gruppi/settori specifici anche attraverso nuovi modelli comunicativi	**9.5.2** - Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/ìL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV	Anno 2014 56%	-25%	39%
Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	Sviluppare modalità condivise di comunicazione tra le organizzazioni ed i professionisti su temi della resistenza batterica agli antimicrobici in ambito umano, veterinario e ambientale	**9.12.1-** Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidence per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Assenza di sistema di reportistica periodico dei dati sul consumo di antibiotici e resistenze batteriche	100% tutte le regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	100% tutte le Aziende della Regione hanno adottato un sistema di report dei dai sul consumo di antibiotici e resistenze batteriche
Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC) Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari	Formalizzare Gruppo regionale Emergenze Infettive e predisporre il Piano generale di risposta alle emergenze infettive, veterinarie e di sicurezza alimentare Predisporre i Piani operativi di risposta alle emergenze in maniera integrata	**9.9.1**- Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali (**10.5.1** - Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari	manuali ministeriali di gestione delle emergenze epidemiche Piano regionale SARS, Piano pandemico regionale, Piano Ebola, Piano regionale WND	100% tutte le regioni hanno documentato l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	Piano regionale generale di risposta alle emergenze infettive

	Svolgere almeno un evento esercitativo per la sicurezza alimentare ed uno riguardante una malattia animale	**10.5.2** -Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare **10.5.3** - Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale	Non disponibile		Realizzazione di tre esercitazioni su scala regionale

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Recepire le linee guida nazionali (o in assenza adottare indirizzo regionale specifico) sulla comunicazione del rischio		8.6.1 Regioni che hanno recepito le linee guida	Atti regionali	Non disponibile				Linee formalizzate
Risultati	Linee di indirizzo sulla comunicazione del rischio							
Azioni	Recepire le linee guida nazionali se disponibili Elaborare linee di indirizzo regionale se non disponibili quelle nazionali, in collaborazione con Osservatorio ambiente salute di cui al Programma XII							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Recepire le linee guida nazionali se disponibili				x	x	x	x	
Elaborare linee di indirizzo regionale							x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Sviluppare e diffondere materiale informativo e comunicativo (toolkit) sul tema delle vaccinazioni, anche sviluppando nuove modalità comunicative		**9.8.1** -Esistenza di un programma di comunicazione basato sulle evidenze per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole	Atti regionali	ANNO 2014 Non disponibile				1
Risultati	Disponibilità del piano di comunicazione Operatori sanitari informati sulle vaccinazioni e sui rischi delle malattie prevenibili con vaccinazione. Disponibilità di materiale standard a supporto del lavoro degli operatori e di un "portale" regionale per la divulgazione, coinvolgimento e responsabilizzazione della popolazione sulle malattie prevenibili e vaccinazioni	-N° unità didattico disponibili -manuale sulle vaccinazioni -studio di fattibilità sui nuovi mezzi di comunicazione - N° campagne informative rivolte alla popolazione/anno	sito web regionale documento documento n. campagne di comunicazione			1 1 1	 1 2	2 In multilingue 3
Azioni	- Revisione materiali disponibili da fonti nazionale e internazionale elaborazione del piano di comunicazione - Sviluppo di materiale didattico/formativo per operatori sanitari (da inserire anche in un'area intranet) - Sviluppo di un manuale regionale rivolto alla popolazione su vaccinazioni ,dubbi, risposte in multilingue - Studio di fattibilità di utilizzo e di accesso ai socialnetwork , sviluppo app e possibilità di creazione di un sistema web -conference per operatori sanitari - Implementazione del "portale regionale" per comunicazione in ambito vaccinale - Campagna di comunicazione (pubblicità. mass media. materiale divulgativo in varie lingue)							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Revisione materiali disponibili da fonti nazionale e internazionale		x	x	x				
Sviluppo di materiale didattico/formativo per operatori sanitari (da inserire anche in un'area intranet)			x	x	x	x	x	x
Sviluppo di un manuale regionale su vaccinazioni ,dubbi, in multilingua			x	x	x	x	x	x
Studio di fattibilità di utilizzo e di accesso ai socialnetwork , sviluppo app e possibilità di creazione di un sistema web -conference per operatori sanitari			x	x	x	x	x	x
Implementazione "portale regionale" per comunicazione in ambito vaccinale			x	x	x	x	x	x
Campagna di comunicazione (pubblicità.mass media.materiale divulgativo in varie lingue				x	x	x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Sviluppare un piano di comunicazione per popolazione generale e gruppi/settori specifici anche attraverso nuovi modelli comunicativi		Esistenza campagna informativa	Atti regionali	ANNO 2014 Non disponibile			1	
Risultati	Miglioramento dell'accesso al test HIV nel territorio regionale per una diagnosi tempestiva,aumentando il grado di conoscenza e consapevolezza sulle malattie trasmissibili (HIV;HCV;HBV ecc….) nella popolazione generale , in gruppi a rischio (popolazione carceraria, utilizzatori di sostanze…) e in gruppi professionali (tatuatori,applicatori di pircing, estetisti…)	campagna informativa % AAS che hanno l'offerta attiva e gratuita del test **INDICATORE SENTINELLA**	Evidenza/ materiale atti			50%	1 75%	100%
Azioni	- Progettazione e realizzaiozne campagna informativa regionale sull'importanza del test HIV - Migliorare la rete e l'accessibilità al test - Interventi infornativi/formativi gruppi/settori specifici per sensibilizzare sui problemi correlati malattie trasmissibili	N° interventi effettuati	Report aziendali			1	1	2

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Progettazione e realizzazione campagna informativa regionale sull'importanza del test HIV		x	x	x	x	x	x	x
Migliorare la rete e l'accessibilità al test			x	x	x	x	x	x
Interventi infornativi/formativi gruppi/settori specifici per sensibilizzare sui problemi correlati malattie trasmissibili		x	x	x	x	x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Sviluppare modalità condivise di comunicazione tra le organizzazioni ed i professionisti su temi della resistenza batterica agli antimicrobici in ambito umano, veterinario e ambientale		**9.12.1-** Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulle evidenze per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	report	Assenza di sistema di reportistica periodico dei dati sul consumo di antibiotici e resistenze batteriche				100%% tutte le aziende hanno sistema report
Risultati	• Incremento formazione operatori sull'uso appropriato degli antibiotici • Informazione periodica agli operatori sanitari sui livelli di resistenze batteriche e sul consumo	• % di medici nella singola azienda che partecipano al corso	• Atti ECM	• 0%	• 10%	• 25%	• 50%	• 70%
Azioni	• Corsi aziendali sull'antimicrobial stewardship per gli operatori sanitari • Reportistica aziendale sul consumo degli antibiotici per gli operatori sanitari • Reportistica aziendale sulle resistenze batteriche per gli operatori sanitari	• % aziende con reportistica periodica consumo antibiotici **INDICATORE SENTINELLA**	• Evidenza report	• non rilevato	• 50%	• 75%	• 100%	• 100%
		• % aziende con reportistica periodica consumo antibiotici	• Evidenza report	• non rilevato	• 50%	• 75%	• 100%	• 100%

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
CORSO ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP								
Organizzazione corsi aziendali per medici e infermieri	x		x		x		x	
REPORT RESISTENZE BATTERICHE								
Diffusione report resistenze batteriche			x	x	x	x	x	x
REPORT CONSUMO ANTIBIOTICI								
Reportistica aziendale sul consumo degli antibiotici		x	x	x	x	x	x	x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Formalizzare Gruppo regionale Emergenze Infettive e predisporre il Piano generale di risposta alle emergenze infettive, veterinarie e di sicurezza alimentare.		Gruppo regionale emergenze infettive	Atto regionale	ANNO 2014	1			
Predisporre i Piani operativi di risposta alle emergenze in maniera integrata		Unità di crisi aziendali .	Atti aziendali				1	2
Svolgere almeno un evento esercitativo per la sicurezza alimentare ed uno riguardante una malattia animale		Tre esercitazioni (generale, sicurezza alimentare, malattia animale) **INDICATORE SENTINELLA**[8]	Report esercitazioni				1	3
Risultati	Presenza di una rete organizzativa regionale e aziendale un grado di integrarsi con altri enti implicati nella gestione delle emergenze infettive e non infettive e disponibilità di un piano regionale e protocolli operativi per la preparazione e risposta ad emergenze di sanità pubblica in particolare infettive	Piano emergenze regionale	Atto regionale					
Azioni	- Ridefinizione del gruppo regionale emergenze infettive - Predisposizione piano regionale emergenze con lo sviluppo dei protocolli operativi da utilizzare in corso di emergenza - Formalizzare unità di crisi aziendali - Organizzazione giornate formative per professionisti che potrebbero essere coinvolti - Esercitazioni pratiche riguardanti sicurezza alimentare, malattia animale ed evento emergenziale seguite da valutazione	N° attività formative	Report centro formazione				1	2

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Ridefinizione del gruppo regionale emergenze infettive		x	x					
Predisposizione piano regionale emergenze con lo sviluppo dei protocolli operativi da utilizzare in corso di emergenza			x	x	x			
Formalizzare unità di crisi aziendali					x	x	x	x
Organizzazione giornate formative per professionisti che potrebbero essere coinvolti					x	x	x	x
Esercitazione pratica riguardante evento emergenziale seguita da valutazione						x	x	x

[8] Esercitazioni come previste dalla formazione continua dei piani di emergenza (http://salute.gov.it)

Programma XV: "Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile"

Razionale e descrizione del programma

Dai dati di PASSI FVG risulta che poco meno della metà delle persone di 18-69 anni (42%) presenta un eccesso ponderale (31% 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. Nel periodo 2010-2013, poco più del 50% degli intervistati in sovrappeso o obesi riferisce di aver ricevuto il consiglio di effettuare una dieta per perdere peso. Questa percentuale sale al 77% tra gli obesi, ma rimane bassa fra coloro che sono in sovrappeso (45%).

La metà degli adulti intervistati (51%) consuma 3 o più porzioni di frutta e verdura al giorno e solo uno su dieci (12%) ne consuma la quantità raccomandata nelle linee guida per una corretta alimentazione, cioè cinque porzioni al giorno.

Da anni regione e aziende sanitarie, prendendo a riferimento il protocollo d'intesa tra Ministero della Salute e Ministero dell'Agricoltura sul programma "Guadagnare Salute", sono impegnate nei programmi di promozione di corretti stili di vita anche attraverso la sottoscrizione di protocolli d'intesa con Scuole, ANCI FVG, Federsanità ANCI FVG e con la Direzione Centrale Agricoltura, al fine di migliorare la qualità delle materie prime utilizzate, dando risalto alla garanzia d'accesso a prodotti biologici, tipici, tradizionali locali e tenendo conto degli aspetti igienici, nutrizionali, ambientali, sociali, equi e solidali. I progetti, in particolare, sono stati rivolti alla riduzione del rischio delle malattie croniche non trasmissibili, agendo su sovrappeso/obesità, diabete, ipertensione arteriosa ed ipercolesterolemia e hanno privilegiato l'età giovanile con la pubblicazione delle Linee Guida per l'alimentazione nella prima infanzia e Linee guida per la ristorazione collettiva scolastica (D.G.R.n.2188 del 13.12.2012), che sono state diffuse agli operatori dei nidi e mense scolastiche. Federsanità ANCI FVG ha adottato "Le linee di indirizzo per la valorizzazione dei prodotti di qualità nella ristorazione scolastica"

I SIAN si sono impegnati nel promuovere l'applicazione delle Linee Guida e nella verifica di tale applicazione, come da indicazioni della programmazione regionale, sia per quanto riguarda i nidi sia per quanto riguarda la ristorazione nelle scuole: gli interventi sono stati realizzati sul 100% del territorio regionale nel triennio 2011-2013. Per una maggior diffusione delle Linee Guida per la ristorazione collettiva è stato organizzato un evento nel 2013 destinato soprattutto agli amministratori locali ed ai responsabili dei servizi mensa delle scuole, e le Linee di indirizzo (su ristorazione scolastica e su distribuzione automatica) sono anche state presentate agli Uffici Scolastici.

La linea di lavoro sull'allattamento al seno, prevista nel PRP 2010-2012, è stata poi stralciata dalla proroga 2013 per problemi inerenti la registrazione del dato, che sono stati risolti parzialmente così da poter riprendere il monitoraggio, prevedendo comunque un aggiornamento del programma informatizzato che dovrà essere realizzato con il presente Piano.

La ristorazione collettiva scolastica eroga 50.000 pasti/die in FVG; la ristorazione collettiva assistenziale è rivolta a 11.000 ospiti in regione. Per entrambi i target, così come per la ristorazione automatica, si vuole promuovere l'accessibilità ad alimenti salutari, consolidando e rinforzando le collaborazioni interistituzionali in un'ottica di salute in tutte le politiche.

Secondo i dati Okkio alla Salute 2014 nella nostra Regione il 24% dei bambini presenta un eccesso ponderale: in particolare l'1,2% risulta essere in condizioni di obesità severa, il 4,5% è obeso e il 18,2% in sovrappeso. Il 5% dei bambini non fa colazione e il 29% non la fa qualitativamente adeguata, il 33% mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana e il 32% consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana. La prevalenza di questi fattori di rischio è più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso (elementare o media).

Il programma, attraverso l'approccio intersettoriale descritto, si prefigge di favorire il mantenimento di un buono stato di salute per tutte le persone lungo tutto il corso dell'esistenza, prevenendo l'insorgenza di MCNT attraverso la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, migliorando le abitudini alimentari di piccoli, giovani, adulti e anziani, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili e ai soggetti intolleranti e allergici.

Gli obiettivi / strategie

Secondo i principi di "salute in tutte le politiche" il contrasto alle MCNT si basa sull'attivazione di strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti, implementando gli obiettivi del programma Guadagnare salute.

Lo sviluppo di una rete sanitaria e sociale coerente e coordinata a sostegno della gravidanza e dell'allattamento al seno, il forte coinvolgimento della scuola quale protagonista dell'empowerment della popolazione giovanile finalizzato a favorire scelte di salute, l'interazione con l'organizzazione amministrativa e gestionale degli "Ambienti di lavoro" al fine di facilitare comportamenti salutari dei lavoratori, l'attivazione di strategie di comunità a favore di un invecchiamento attivo e in buona salute, lo sviluppo d intese e accordi con soggetti non sanitari (settore imprese alimentari), costituiscono una catena di azioni volte a mantenere in buona salute le persone durante tutta la vita, con conseguenti benefici economici, sociali e individuali.

Evidenze
Child Health in the European Union (2012). Raccomadazioni regione FVG per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno (2006)
Strategia globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini (OMS 2003). Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni raccomandazioni standard per l'Unione Europea (2006)
Guida all'Applicazione dei Passi della BFHI/BFCI (2009) The Journal of Pediatrics (2014) In-Hospital Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed salute 2020 con "Schools for Health in Europe", "Workplace healt promotion – WHP", "WHO Active and Healthy Ageing"
http://niebp.agenas.it http://www.cdc.gov/obesity/downloads/fanv_2011_web_tag508.pdf (Guida del CDC di Atlanta) http://jhl.sagepub.com/content/early/2012/06/06/0890334412447994 (Bettinelli) http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.full.html (breastfeeding)

Contrasto alle diseguaglianze:
Diffusione delle conoscenze e dell'applicazione del Regolamento etichettatura per intolleranti e allergici. L'analisi, allegata al profilo di salute, dell'impatto delle disuguaglianze sui fattori di rischio suggerisce la necessità di porre particolare al contrasto delle disuguaglianze in tema di alimentazione; il presente programma promuovendo una buona alimentazione nella ristorazione collettiva nelle scuole, vuole offrire la possibilità di accesso ad alimenti salutari per tutta la popolazione target indipendentemente dalle condizioni socioeconomiche.
Inoltre, poiché la presenza di patologie odontoiatriche non curate può interferire pesantemente con una corretta nutrizione, ci si propone di analizzare il fenomeno in termini di bisogno e di offerta di prestazioni, con particolare attenzione a soggetti fragili (per età/patologie/condizioni socioeconomiche).

Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione
Sistema informativo sull'allattamento, Okkio alla Salute, PASSI, PASSI D'Argento, SISAVeR. La programmazione annuale delle attività di competenza della AAS è monitorata semestralmente dalla regione con valutazione annuale del grado di raggiungimento degli obiettivi.

TARGET: tutta la comunità

SETTING	Scuola ☐	Comunità X	Ambienti sanitari X	Ambienti di lavoro X

ANALISI DEI RISCHI Sostenibilità

La sostenibilità del programma sarà assicurata attraverso l'inserimento di obiettivi coerenti con il programma nelle linee di gestione per le AAS annualmente emanate dalla regione.
La disponibilità di altre istituzioni è in parte garantita (FederSanità ANCI FVG), in parte predisposta (Associazioni di categoria, Confindustria ..) e in parte da ricercare (Agricoltura, Commercio…).

Macro obiettivo	**1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT** **10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale integrato dei Controlli**				
Obiettivi centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline 2013	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione	Sostenere, attraverso la collaborazione di diverse strutture aziendali, territoriali e ospedaliere, lo sviluppo di politiche intra e inter istituzionali favorenti comportamenti sani (corretta alimentazione) coerenti con Guadagnare Salute e promuovere collaborazioni intergenerazionali per favorire	**1.1.1** Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	Da definire nell'ambito delle Azioni centrali di supporto al PNP di cui al Paragrafo 1.3 del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014)		

territoriale	l'invecchiamento attivo e in salute in sinergia con le associazioni del territorio				
Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	Attivare iniziative di sostegno all'allattamento al seno Mantenere e ottimizzare il sistema di rilevazione	**1.2.1** Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	48,7%	+25%	60,88%
Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile, adulta e anziana Aumentare il consumo di frutta e verdura Ridurre il consumo eccessivo di sale	Favorire il consumo di frutta e verdura e prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta attraverso accordi con PA e Enti, tramite accordi con la grande distribuzione ed in sinergia con una rete coerente di operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali formati ad hoc	**1.7.1.2** Prevalenza delle persone di età 18-69 anni che consumano almeno 3 porzioni di frutta e /o verdura al giorno	52,1%	> 10% rispetto al 46,7% del 2013 51,37 nel 2018	Mantenimento/miglioramento tendenziale + 10% (57,3%)
		1.8.1 Prevalenza di soggetti ipertesi che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale (PASSI)	87,23%	+ 5%	91,6%
		1.8.2 Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale (ISTAT) (definito come soggetti che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale)	28,6%	-30 %	20%
Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache	Programma di applicazione del Reg. CE 1169/2011 sull' Etichettatura, condiviso con gli OSA e con le Ass. di Categoria	**10.9.1** Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare	Non disponibile	Almeno 1 evento formativo all'anno	Almeno 1 evento formativo all'anno
Ridurre i disordini da carenza iodica	Promuovere l'uso del sale iodato	**10.10.2** Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	Non disponibile	Esistenza di un percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato al Ministero della salute	Esistenza del percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati

	Indagine sulle patologie ortodontiche e presenza di carie nei bambini in età scolare.	Indicatore regionale			report
	Indagine conoscitiva sulle prestazioni erogate dal SSR per patologie ortodontiche nei soggetti fragili e valutazione su possibili azioni per favorire la masticazione e nutrizione corretta in particolare in alcune categorie di persone (anziani/condizioni socioeconomiche) .	Indicatore regionale			documento

Obiettivo specifico		**Indicatori**	**Fonte verifica**	**Valore di partenza**	**Valori attesi**			
					2015	**2016**	**2017**	**2018**
Sostenere, attraverso la collaborazione di diverse strutture aziendali, territoriali e ospedaliere, lo sviluppo di politiche intra e inter istituzionali favorenti comportamenti sani (corretta alimentazione) coerenti con Guadagnare Salute e promuovere collaborazioni intergenerazionali per favorire l'invecchiamento attivo e in salute in sinergia con le associazioni del territorio		Numero di accordi regionali	atti	2014 Non presenti	Piano operativo	1		
Risultati	Stipula accordi quadro regionali Replicazione accordi a livello locale	Numero di accordi locali					1	2
Azioni	-Individuare nel territorio regionale gli ambiti di intervento di politiche intra e inter istituzionali favorenti comportamenti sani (corretta alimentazione) coerenti con gli accordi quadro nazionali -Sensibilizzare gli ambiti istituzionali regionali e locali individuati -Realizzare gli accordi quadro regionali e replicarli a livello locale in tutte le AAS attraverso azioni rivolte prioritariamente ad accrescere il consumo di frutta e verdura e diminuire il consumo di sale, utilizzando quello iodato, in: a) ristorazione collettiva (accordi con PA e Enti) b) commercio e ristorazione pubblica (accordi con Ass. Categoria) c) produzione di alimenti (accordi con Confindustria; Agricoltura …)							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**	
Individuare nel territorio regionale gli ambiti di intervento		x	x					
Sensibilizzare gli ambiti istituzionali regionali e locali individuati				x				
Realizzare gli accordi quadro regionali				x				
Replicarli gli accordi quadro a livello locale						x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Attivare iniziative di sostegno all'allattamento al seno Mantenere e ottimizzare il sistema di rilevazione		Percentuale di donne che allattano al seno in modo esclusivo rilevato alla dimissione	Banca dati regionale	ANNO 2014 76,3% (media) alla dimissione[9]	mantenimento	miglioramento	miglioramento	Miglioramento (tendenzialmente media 80%)
Risultati	-Presenza in ogni AAS del gruppo di lavoro aziendale -Tutti i Punti nascita sottoposti ad autovalutazione -Piano d'azione in ogni AAS -Operatori dedicati formati	- gruppo di lavoro aziendale - autovalutazione dei punti nascita - Piano d'azione - operatori formati	Atti delle AAS registro operatori formati	Non rilevato	50% delle AAS	100% 100% 100%	100% 40%	100% 80%
Azioni	-Costituire in ogni AAS il gruppo di lavoro aziendale (ospedale, territorio; ostetrica, infermiere, assistenti sanitarie, medici pediatri, neonatologi e medici ostetrici, MMG, PLS, gruppi di mamme) e individuazione del referente al tavolo regionale -Autovalutazione (su manuale UNICEF) in tutti i punti nascita e mappatura della formazione degli operatori dedicati -Elaborare piano d'azione affinchè tutti i punti nascita tendano almeno al 75% -Formazione (OMS 20 ore)							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
stituzione in ogni AAS del gruppo di lavoro aziendale		x	x	x	x	x	x	x
tovalutazione di tutti i punti nascita			x	x				
ano d'azione in ogni AAS			x	x				
rmazione 80% operatori dedicati (2018)						x	x	x

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
Favorire il consumo di frutta e verdura e prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta - attraverso accordi con PA e Enti,	**1.7.1** Prevalenza delle persone di età 18-69 anni che consumano		Anno 2013 52.1%	Mantenimento/miglioramento	Mantenimento/miglioramento	Mantenimento/miglioramento	Mantenimento/miglioramento

[9] La regione FVG rileva il dato alla dimissione e seconda vaccinazione ed alimenta una banca dati informatizzata regionale

- tramite accordi con la grande distribuzione, - ed in sinergia con una rete coerente di operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali formati ad hoc		almeno 3 porzioni di frutta e /o verdura al giorno						(tendenziale + 10% (57,3%)
Risultati	-Gare di appalto di PA e Enti in grado di favorire e garantire maggior consumo di frutta e verdura, la diminuzione del consumo di sale, utilizzando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta -Accordi con GDO e ditte RC -Operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali formati ad hoc -Formatori delle imprese formati	% di gare di PA e Enti con elementi che orientino l'offerta di frutta e verdura e prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta nelle mensa	Banca dati dei SIAN	Non disponibile	Avvio lavori		5%	10%
		accordi con GDO e con ditte RC	Atti	Non disponibile	Avvio lavori	1	2	
		n. corsi formazione per operatori sanitari **INDICATORE SENTINELLA**[10]	Banca dati CFA aziendali	Non disponibile	Avvio lavori	1 regionale	1 aziendale	2 aziendale
		n. corsi formazione per formatori imprese	Atti	Non disponibile	Avvio lavori	1 regionale	1 aziendale	2 aziendale

[10] Corsi definiti nella declinazione delle azioni

Azioni	**-Supportare la PA e gli Enti pubblici nella stesura delle gare:** a) sensibilizzare PA e Enti (Federsanità ANCI) b) censire le attività/sedi di ristorazione collettiva soggette a gara c) partecipare alla stesura della gare d'appalto per favorire, attraverso l'applicazione delle linee guida regionali, il maggior consumo di frutta e verdura, la diminuzione del consumo di sale, utilizzando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta d) verificare e monitorare l'applicazione/adesione alle linee guida regionali/nazionali nei diversi setting **-Sensibilizzare la grande distribuzione e le ditte di ristorazione collettiva per possibili accordi:** a) realizzare un tavolo di lavoro (REGIONALE) con rappresentanti GDO e Ditte di ristorazione collettiva (RC) b) redigere gli accordi (compresa formazione) **-Realizzare una formazione di operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali al fine di rinforzare ed estendere la rete di sanitari dedicati a fornire informazioni efficaci anche in riferimento alla formazione prevista dal programma I e X:** a) organizzare corsi di formazione "pilota" regionali per operatori sanitari b) supportare la formazione dei counsellor all'interno delle azioni previste nei programmi I e X c) replicare a livello aziendale **-Realizzare una formazione per OSA , in collaborazione con GDO, Ristorazione Collettiva e pubblica finalizzata a promuovere stili alimentari salutari** a) organizzare corso di formazione regionale replicare a livello aziendale								

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Supportare PA e Enti pubblici nella stesura delle gare		a) b) c) d)	a) b) c) d)	a) c) d)	a) c) d)	a) c) d)	a) b) c) d)	a) c) d)
Sensibilizzare la grande distribuzione e ditte ristoratrici collettive per possibili accordi			a)	a)	b)	b)	b)	b)
Realizzare una formazione di operatori sanitari			a) b)	a) b)	c)	c)	c)	c)
Realizzare una formazione per OSA			a)	a)	b)	b)	b)	b)

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Programma di applicazione del Reg. CE 1169/2011 sull'etichettatura, condiviso con gli OSA e con le Associazioni di Categoria		Evento regionale	Atti	Non disponibili	1			
Risultati	-Evento regionale DCS/Associazioni -1 evento informativo/formativo all'anno in ogni AAS	Evento locale	Atti		1	2	3	4/AAS cumulativo
Azioni	-Confronto SIAN e VET FVG ed elaborazione linee guida -Organizzazione evento regionale DCS/Associazioni -Definizione programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare -Organizzazione di almeno un evento informativo/formativo all'anno							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Organizzazione evento regionale DCS/Associazioni		x						
1 evento informativo/formativo all'anno in ogni AAS		x		x		x		x

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Promuovere l'uso del sale iodato		Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva **INDICATORE SENTINELLA**	SISAVeR (sistema informativo regionale) Punti vendita individuati dal piano regionale integrato sicurezza alimentare e nutrizionale	ANNO	Avvio lavori	70%	80%	90% cumulativa
Risultati	-Rilevazione presenza/offerta di sale iodato nei punti vendita e nella ristorazione collettiva	Report	SISAVeR	Non disponibile		1	2	3
	-Previsto l'utilizzo di sale iodato obbligatorio nelle gare appalto nelle quali si interviene	n. gare d'appalto	Banca dati dei SIAN			50%	80%	90%
	-Accordi regionali con Associazioni	n. accordi	Atti			1	2	3
	-Formatori delle imprese e delle scuole alberghiere formati (meno sale, ma iodato)	n. corsi organizzati	Banca dati dei SIAN			1 regionale	1 aziendale	2 aziendale

Azioni	- verificare la presenza/offerta di sale iodato in tutti i controlli ufficiali previsti nei punti vendita e nella ristorazione collettiva- -inserire l'utilizzo di sale iodato obbligatorio nelle gare appalto ristorazione collettiva nelle quali si interviene -sottoscrivere accordi regionali con GDO, Associazioni del commercio, RC e Confindustria per vendita di sale iodato e utilizzo di poco sale, ma iodato -realizzare una formazione per formatori OSA (in collaborazione con GDO, associazioni di categoria del commercio, ristorazione collettiva e pubblica, produzione) e scuole alberghiere, finalizzata a promuovere stili alimentari salutari (poco sale ma iodato): a) organizzare corso di formazione regionale b) replicare a livello aziendale corso di formazione per formatori delle imprese							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Verificare la presenza/offerta di sale iodato			x	x	x	x	x	x
Inserire l'utilizzo di sale iodato obbligatorio nelle gare d'appalto			x	x	x	x	x	x
Sottoscrivere accordi regionali				x		x		x
Realizzare formazione				a)		b)		b)

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Indagine conoscitiva sulle patologie ortodontiche e presenza di carie nei bambini in età scolare.		% Pediatri di libera scelta coinvolti nell'indagine	Questionari	Non disponibile	5%			
Risultati	Stimare il problema di ortodonzia e presenza di carie nei bambini in età scolare, rilevando se trattati o meno.	Analisi dei dati raccolti	report	Non disponibile		report		
Azioni	Avvio di un' indagine conoscitiva sulla rilevazione, in occasione dei bilanci di salute, di problemi di ortodonzia da parte dei pediatri di libera scelta Analisi ed elaborazione dei dati raccolti con presentazione degli stessi Studio di fattibilità di accessi, nelle scuole primarie della Regione, di igienisti dentali con la finalità di rilevare problemi di ortodonzia e carie.							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Avvio di un' indagine conoscitiva		x						
Analisi ed elaborazione dei dati			x	x				
Elaborazione studio di fattibilità				x	x			

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Indagine conoscitiva sulle prestazioni erogate dal SSR per patologie ortodontiche nei soggetti fragili e valutazione su possibili azioni per favorire la masticazione e nutrizione corretta in particolare in alcune categorie di persone (anziani/condizioni socioeconomiche/patologie croniche a maggior rischio) .		Documento regionale	atti	Non disponibile				1
Risultati	Disponibilità di un report sulle patologie ortodontiche e valutazione su possibili interventi al fine di - prevenire patologie dentali in soggetti ad altro rischio di complicazioni (diabetici, cardiopatici) - permettere adeguata masticazione e nutrimento intervenendo anche nella ristorazione collettiva (disponibilità di alimenti adeguati a soggetti con problemi)	Analisi dei dati raccolti	report	Non disponibile		report		
Azioni	Avvio di un' indagine conoscitiva sulle prestazioni erogate, individuando tipologia di prestazioni, età, esenzioni, ecc. Analisi ed elaborazione dei dati raccolti con presentazione degli stessi Valutazione sanitaria ed economica di possibili interventi regionali Rilevazione nelle case di riposo della disponibilità di alimenti adeguati							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Avvio di un' indagine conoscitiva		x						
Analisi ed elaborazione dei dati			x	x				
Valutazione sanitaria ed economica di possibili interventi regionali					x	x		
Rilevazione nelle case di riposo						x	x	

Programma XVI: "Prevenzione del randagismo"

Il randagismo dei cani in Friuli Venezia Giulia non è così rilevante paragonato al dato delle altre Regioni. E' ancora consistente invece il fenomeno del randagismo dei gatti. Nell'ambito del programma di lotta e prevenzione del randagismo la Regione annualmente eroga dei contributi ai Comuni per le spese sostenute per gli interventi di sterilizzazione di animali non identificati, ricoverati presso le strutture di ricovero e custodia di cui all'articolo 7 della L.R. 20/12 e delle colonie feline di cui all'art. 23, comma 2 della medesima legge. Inoltre vengono stanziati annualmente dei finanziamenti a favore delle associazioni di volontariato, di cui all'articolo 6 della medesima legge regionale, per le spese sostenute nello svolgimento dell'attività di cura, sostentamento e sterilizzazione delle colonie feline. Il regolamento di esecuzione della L.r. 20/12 in corso di approvazione, andrà a colmare un vuoto legislativo atteso da anni e costituirà un importante strumento nell'ambito dei controlli sul territorio svolto da tutte le figure professionali coinvolte (Forze dell'Ordine, Medici Veterinari, Pubblici Ufficiali, etc.) e rappresenta un punto di riferimento per il corretto mantenimento del benessere degli animali d'affezione della Regione .

Macro obiettivo	**10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale integrato dei Controlli**				
Obiettivo centrale	Obiettivi specifici	Indicatore di programma da PNP	Valore reg. baseline	Valore PNP 2018	Valore reg. 2018
Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi	Aggiornare il sito web regionale al fine di fornire alla popolazione dati aggiornati sul fenomeno.	**10.8.1** Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target	Non disponibile	Realizzato un piano di comunicazione	Piano di comunicazione disponibile
	Emanare ed applicare il regolamento di esecuzione della Legge regionale 20/2012 "Norme per il benessere e la tutela degli animali di affezione."	**10.8.2** Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario rispetto al numero di cani catturati	Anno 2014 76%	32,33%	≥ 76%
	Ultimare l'implementazione del sistema informatico per dare attuazione al Manuale operativo per la gestione dell'anagrafe degli animali d'affezione (BDR) approvato con DGR 2029/2013. Aggiornare il data base sul numero dei cani ospitati nelle strutture di ricovero e custodia e sul numero delle colonie censite dai Comuni.	**10.8.3** Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di cani/rifugi presenti sul territorio.	Non disponibile	Almeno un controllo/anno per ciascun rifugio r canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario delle ASL	100% 9 strutture art 7 LR 20/12 controllo anno a partire dal 2015

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza Anno 2014	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Emanare ed applicare il regolamento di esecuzione della Legge regionale 20/2012 "Norme per il benessere e la tutela degli animali di affezione		Delibere	atti	zero	1	2		
Risultati	Viene resa applicabile la legge regionale 20/12 attraverso l'approvazione di due regolamenti e quindi l'inserimento negli stessi dei controlli ed eventuali sanzioni previste per i trasgressori							
Azioni	Stesura dei regolamenti (art 36 LR 20/12) Diffusione degli stessi agli interessati							

Obiettivo specifico		Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi			
					2015	2016	2017	2018
Ultimare l'implementazione del sistema informatico per dare attuazione al Manuale operativo per la gestione dell'anagrafe degli animali d'affezione (BDR) approvato con DGR 2029/2013 Aggiornare il data base sul numero dei cani ospitati nelle strutture di ricovero e custodia e sul numero delle colonie censite dai Comuni		n. report disponibili **INDICATORE SENTINELLA**	Sistema informativo	Anno 2014 Non disponibile		1	2	3 cumulativo
Risultati	La regione si dota di un sistema informativo integrato in cui potranno essere registrati , sia dagli enti pubblici che privati, gli animali d'affezione	n. eventi formativi		1	1	1	1	
Azioni	Aggiornamento del sistema informativo regionale per l'applicazione del manuale operativo per la gestione dell'anagrafe degli animali d'affezione Formazione degli operatori sull'utilizzo del programma Applicazione da parte degli interessati del programma							

Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Valore di partenza	Valori attesi

					2015	2016	2017	2018
Aggiornare il sito web regionale al fine di fornire alla popolazione dati aggiornati sul fenomeno		n. aggiornamenti	Sito	Anno 2014 Non rilevato	1	2	3	4
Risultati	L'utenza viene costantemente aggiornata sulla normativa nazionale, sugli sviluppi della normativa regionale, verrà inoltre avviata una sensibilizzazione sul corretto approccio agli animali d'affezione, sulle strutture di ricovero a disposizione, sul numero di cani da adottare e sui contributi regionali erogati alle associazioni iscritte nell'elenco di cui all'art. 6 della Legge	n. campagne comunicazione	sito				1	
Azioni	Aggiornare il sito web regionale con normative e faq Avvio di campagne di comunicazione con utilizzo dei media locali per sensibilizzare la cittadinanza sulla corretta detenzione degli animali d'affezione							

CRONOPROGRAMMA

Azioni	2015		2016		2017		2018	
Stesura dei regolamenti (art 36 LR 20/12)		x	x	x				
Diffusione degli stessi agli interessati		x		x				
Controlli da parte degli organi di vigilanza previsti dalla legge regionale			x	x	x	x	x	
Aggiornamento del sistema informativo regionale per l'applicazione del manuale operativo per la gestione dell'anagrafe degli animali d'affezione		x	x					
Formare gli operatori sull'utilizzo del programma			x	x	x			
Applicazione da parte degli interessati del programma			x	x	x	x	x	x
Aggiornare il sito web regionale con normative e predisporre faq		x	x	x	x	x	x	x
Avvio di campagne di comunicazione con utilizzo dei media locali per sensibilizzare la cittadinanza sulla corretta detenzione degli animali d'affezione				x	x	x		

STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

Anno 2015

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 4
CAP.1: LA POPOLAZIONE DEL FRIULI VENEZIA GIULIA	pag.5
CAP.2: PROFILO SOCIALE	pag.13
CAP.3: GLI STILI DI VITA	pag. 19
CAP.4: LE MALATTIE	pag. 26
CAP.5:GLI INCIDENTI	pag. 29
CAP.6: LE CAUSE DI MORTE	pag. 31
CAP.7: PREVENZIONE	pag. 33
CAP.8: OFFERTA SANITARIA	pag. 36
ALLEGATO 1	pag. 42

INTRODUZIONE

La salute, intesa come uno *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale*[1], non è solo *un diritto fondamentale di ogni essere umano*, ma è anche un valore fondamentale a livello di popolazione, tanto che l'incipit del documento del terzo Programma europeo "Health for Growth" (2014-2020) recita che *"la salute non è un solo valore di per sé ma è anche un driver per la crescita. Solo una popolazione sana può consentire il pieno potenziale economico del proprio Paese."*[2].

Questo rapporto descrive la popolazione del Friuli Venezia Giulia dal punto di vista demografico, sociale e sanitario ed i servizi offerti ed erogati dalle Strutture sanitarie regionali ai propri assistiti.

[1] World Health Organitazion. Constitution of the World Health Organization. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Ultimo accesso 27 febbraio 2015.
[2] European Commission. Proposal for a REGULATION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020. http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_en.pdf. Ultimo accesso 27 febbraio 2015.

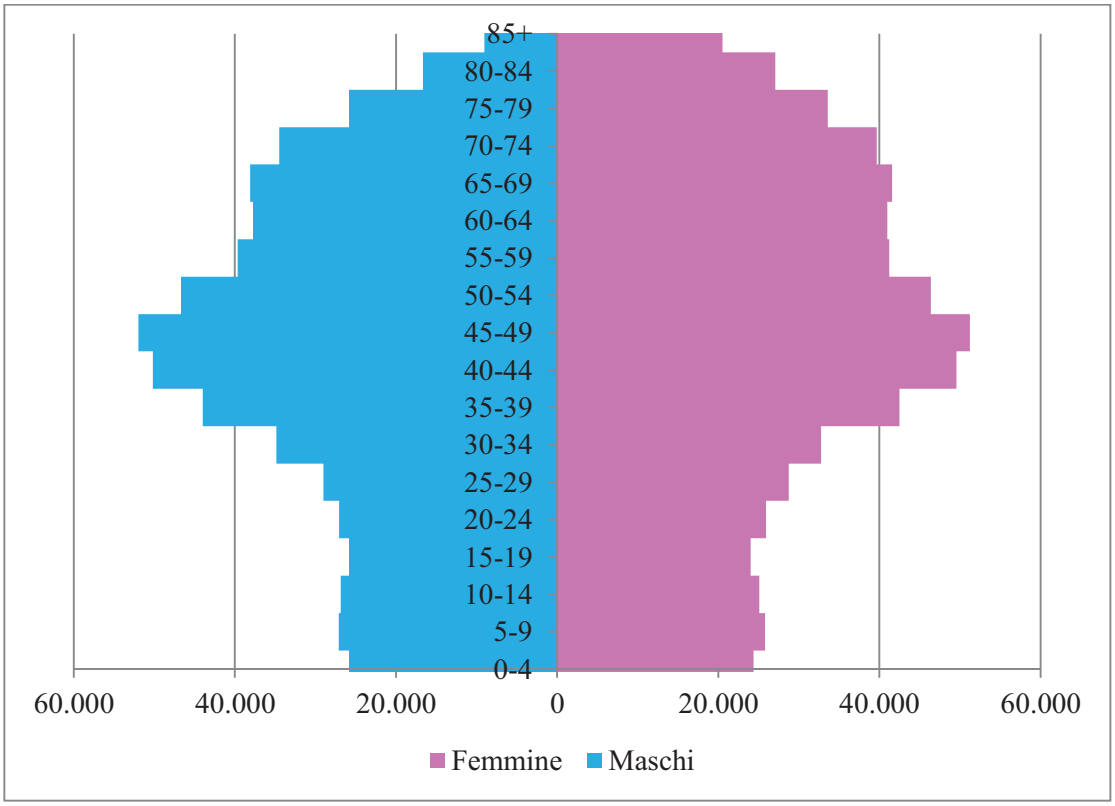
1. LA POPOLAZIONE DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

INDICATORI DI SINTESI:

- Popolazione residente: 1.229.363 abitanti
- Età media: 46,2
- Indice di vecchiaia: 191,8%
- L'indice di dipendenza strutturale 58,8%
- L'indice di dipendenza anziani 38,6%

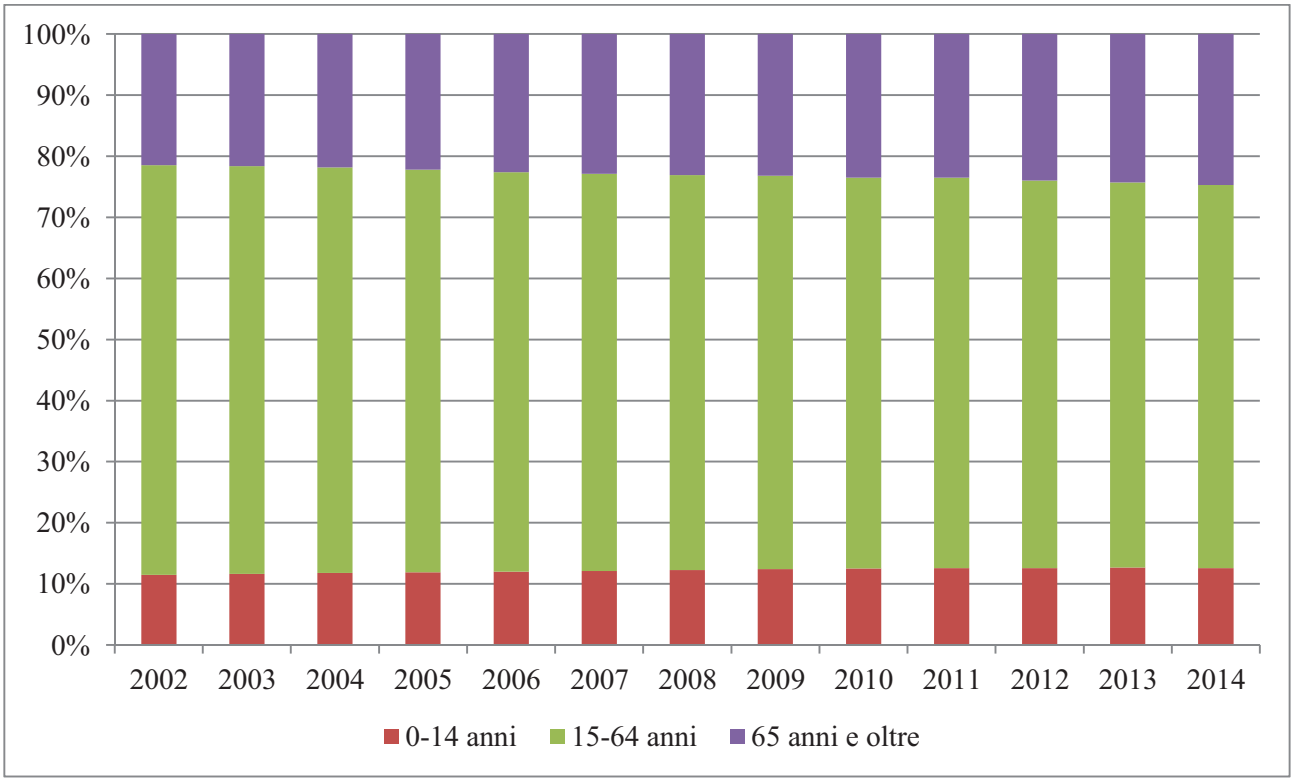
In Friuli Venezia Giulia risiedono 1.229.363 persone[3]. Nel 2013, le nascite sono state 8.881 e le morti 13.870. Gli stranieri residenti sono 107.917. La cosiddetta piramide dell'età (FIG. 1) evidenzia la consistenza della popolazione anziana, la cui quota risulta in continuo aumento (FIG. 2).

FIG.1: Piramide di popolazione, struttura demografica al 31/12/2013[4]



[3] Dato al 31/12/2013.
[4] Fonte dati ISTAT.

FIG.2:Trend 1° gennaio 2002- 2014 della struttura per classe d'età della popolazione residente



La FIG. 3 illustra l'andamento temporale di alcuni indicatori demografici. Il saldo totale positivo, pari al 6,1%, è sostenuto dal saldo migratorio, anch'esso positivo, mentre il saldo naturale, negativo, si attesta attorno al -3,9%.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione regionale è ben descritto dall'andamento crescente dei diversi indici mostrati in FIG. 4. L'indice di vecchiaia, che si attesta attorno al 191,8%, è nettamente più alto del valore italiano (151,4%) ed indica che i residenti con 65 anni o più (che sono quelli con maggiore probabilità di sviluppare malattie croniche e disabilità) sono numericamente quasi il doppio dei giovani fino a 14 anni.

FIG.3 Trend 2002- 201 di alcuni indicatori demografici

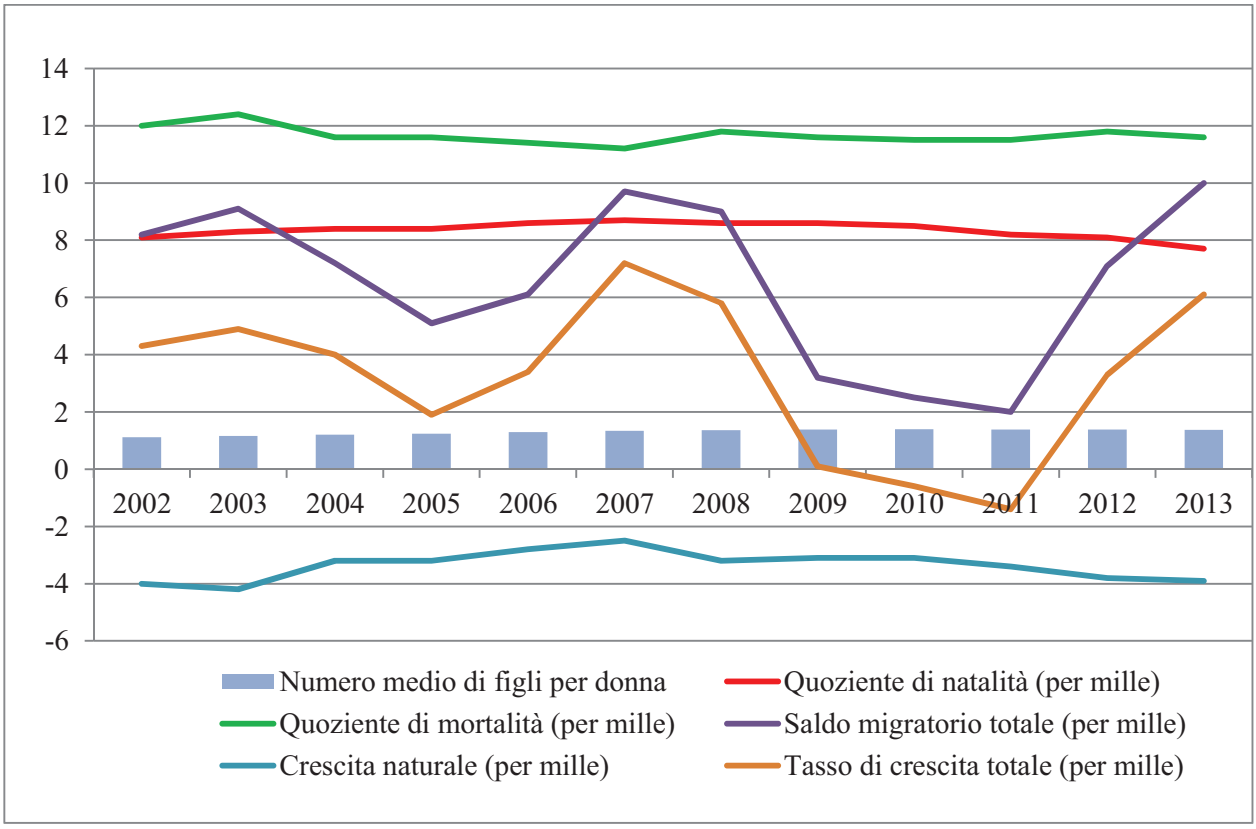


FIG.4: Trend di indicatori demografici 2002 – 2014 in FVG

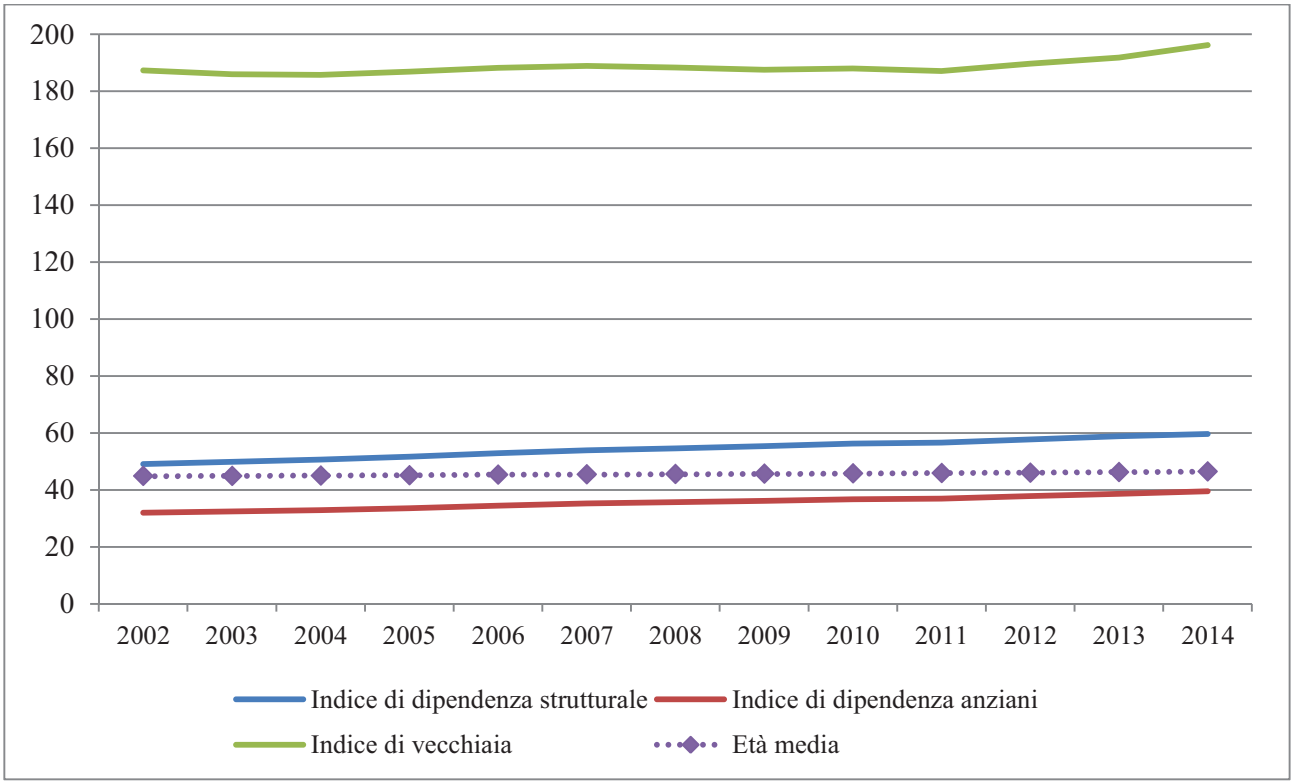


FIG.5 Dati da censimento 2011, struttura familiare

	Famiglie con un componente		Famiglie con 5 o più componenti	
	Valore Assoluto	Percentuale (%)	Valore Assoluto	Percentuale (%)
Friuli Venezia Giulia	195.206	35,60	20.453	5,7
Italia	7.667.305	31,02	1.408.944	3,7
Nord	3.921.777	33,21	521.555	4,41
Centro	1.610.201	32,75	250.471	5,09
Sud	1.360.893	25,92	459.758	8,07
Isole	774.434	29,33	177.160	6,7

Nella tabella viene riportata la percentuale delle famiglie monocomponenti in Friuli Venezia Giulia, il valore 35,60 è evidentemente alto, è secondo solo alla Liguria che sfiora il 40% questo ovviamente a scapito delle famiglie numerose con 5 o più componenti.

1.1 SPERANZA DI VITA E ANNI DI VITA PERSI

INDICATORI DI SINTESI:

- Speranza di vita osservata alla nascita – Femmine: 84,7 anni
- Speranza di vita osservata alla nascita – Maschi: 79,5 anni
- Speranza di vita osservata a 65 anni – Femmine: 22,2 anni
- Speranza di vita osservata a 65 anni – Maschi: 18,4 anni
- Anni di vita persi in un anno per mortalità prematura: 220.961

Il prolungamento della sopravvivenza a molte patologie croniche rispetto al passato ha determinato un innalzamento dell'età media della popolazione e della speranza di vita alla nascita sia tra gli uomini che tra le donne, che in regione risulta tra le più alte in Europa. La speranza di vita osservata in Friuli Venezia Giulia ad ogni singola età è rappresentata in FIG. 5. Morti anticipate rispetto alla speranza di vita determinano quelli che vengono definiti gli "anni di vita persi" (o *years of life lost*, YLL).

Secondo una stima delle Nazioni Unite[5], per il 2050 dovremmo tendere verso una speranza di vita "massima", uguale per maschi e femmine, che risulta di 91,9 anni alla nascita e di 27,9 anni a 65 anni. Assumendo questa speranza di vita teorica come riferimento, si stima che nel 2013 in Friuli Venezia Giulia si siano persi 220.961 anni di vita potenziale a causa di una mortalità prematura rispetto all'atteso (circa 14.000 morti). Il maggior numero di YLL è stato determinato dai tumori (46.466 tra i maschi e 38.857 tra le femmine) e dalle malattie cardiovascolari (31.139 tra i maschi e 27.878 tra le femmine). A parte le condizioni perinatali e congenite, gli infortuni intenzionali tra le femmine e quelli non intenzionali tra i maschi hanno determinato il più alto numero medio di anni di vita persi per singolo decesso (48,4 e 31,1 rispettivamente).

[5] United Nations Population Division. World population prospects - the 2012 revision. New York: United Nations; 2013.

FIG. 5 Speranza di vita calcolata sulla popolazione residente in Friuli Venezia Giulia nel 2013[6]

Età	Speranza di vita Femmine	Speranza di vita Maschi	Età	Speranza di vita Femmine	Speranza di vita Maschi
0	84.694	79.513	50	35.839	31.304
1	83.875	78.823	51	34.906	30.371
2	82.899	77.844	52	33.974	29.446
3	81.920	76.865	53	33.042	28.534
4	80.938	75.883	54	32.105	27.636
5	79.951	74.896	55	31.168	26.745
6	78.959	73.903	56	30.237	25.860
7	77.965	72.906	57	29.312	24.984
8	76.968	71.908	58	28.393	24.121
9	75.969	70.912	59	27.480	23.279
10	74.972	69.918	60	26.580	22.450
11	73.975	68.925	61	25.691	21.622
12	72.979	67.932	62	24.813	20.799
13	71.984	66.938	63	23.937	19.989
14	70.990	65.943	64	23.059	19.191
15	70.000	64.950	65	22.185	18.415
16	69.014	63.961	66	21.328	17.654
17	68.032	62.978	67	20.488	16.899
18	67.052	62.003	68	19.658	16.158
19	66.072	61.035	69	18.831	15.438
20	65.092	60.073	70	18.008	14.720
21	64.111	59.113	71	17.190	14.021
22	63.131	58.151	72	16.374	13.328
23	62.150	57.186	73	15.566	12.633
24	61.167	56.219	74	14.773	11.946
25	60.184	55.252	75	13.994	11.273
26	59.201	54.283	76	13.236	10.616
27	58.215	53.311	77	12.495	9.975
28	57.229	52.339	78	11.765	9.352
29	56.241	51.369	79	11.056	8.754
30	55.252	50.404	80	10.367	8.178
31	54.263	49.441	81	9.704	7.630
32	53.275	48.480	82	9.061	7.107
33	52.288	47.521	83	8.433	6.587
34	51.304	46.563	84	7.836	6.085
35	50.324	45.606	85	7.278	5.610
36	49.347	44.645	86	6.745	5.176
37	48.372	43.681	87	6.242	4.781
38	47.397	42.719	88	5.770	4.457
39	46.421	41.760	89	5.315	4.147
40	45.445	40.801	90	4.908	3.880
41	44.471	39.839	91	4.557	3.628
42	43.499	38.875	92	4.252	3.356
43	42.529	37.914	93	3.919	3.031
44	41.561	36.959	94	3.539	2.680
45	40.596	36.011	95	3.142	2.351
46	39.635	35.064	96	2.799	2.108
47	38.678	34.120	97	2.519	1.999
48	37.725	33.179	98	2.289	1.904
49	36.779	32.241	99	2.106	1.772
50	35.839	31.304	100	1.957	1.589

[6] Fonte: DEMOISTAT

1.2 NATALITA'

INDICATORI DI SINTESI:

- Bambini Nati in Friuli Venezia Giulia: 9.485
- Bambini nati in Friuli Venezia Giulia da madri residenti in regione: 8881
- Età media al parto della madre: 32 anni
- Età media al parto del padre: 35 anni
- Percentuale di donne in gravidanza con più di 35 anni che hanno effettuato un'indagine prenatale invasiva: 40,2%

Tra le donne che nel 2013 hanno partorito in Friuli Venezia Giulia, per le quali è stato compilato un Certificato di Assistenza al Parto, l'età media è di 32 anni. Il 51,56% delle donne è al primo figlio, quasi il 10% risulta essere disoccupata, il 21% circa dichiara di essere casalinga. Tra i padri, quasi il 5% dei padri dichiara di essere disoccupato.

Va sottolineato che il tasso di fecondità, ovvero numero di figli nati vivi per donna in età fertile (15-49 anni), consigliato affinché una popolazione mantenga la sua struttura demografica è pari a 2,1. In regione il tasso di fecondità al 2013 era 1,37.

1.2.1 Gravidanza e parto

INDICATORI DI SINTESI:

- Numero medio di visite effettuate in gravidanza: 6
- Percentuale di partorienti residenti che hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva: 16,3
- Percentuale nati da parto cesareo: 24,8
- Percentuale nati da parto vaginale: 68,9
- Numero di parti gemellari: 148 (1,7%)
- Numero di donne residenti ricorse a tecniche di procreazione medica assistita: 160 (1,8%)

Secondo le informazioni riportate nel Certificato di Assistenza al Parto, le donne che hanno partorito nel 2013 hanno effettuato mediamente 6 visite durante la gravidanza. Il 73,9% ha effettuato la prima visita in epoca gestazionale precoce (entro l'ottava settimana di gestazione).

Oltre il 16% ha effettuato un'amniocentesi (11,2%) o villocentesi (il 5,3%). Due terzi dei bambini sono nati con parto vaginale spontaneo; ventosa o forcipe sono stati utilizzati nel 6,3% dei casi (540 e 16, rispettivamente). I nati con parto cesareo sono stati un quarto del totale; dei cesarei, il 54% era urgente.

Dei 148 parti gemellari, 40 (27,0%) hanno riguardato donne ricorse a tecniche di procreazione medica assistita.

2. PROFILO SOCIALE

INDICATORI DI SINTESI:

- Il tasso di disoccupazione nel 2012 in Friuli Venezia Giulia è pari a 6,8%
- Il tasso di disoccupazione giovanile nel 2012 in Friuli Venezia Giulia è pari al 30,5%
- La disoccupazione di lunga durata in regione nel 2013 è 3,4% (in Italia 6,9%)
- L'indice di povertà relativa delle famiglie in Friuli Venezia Giulia è del 6,1%
- L'indice di criminalità diffusa (furti e rapine meno gravi per 1.000 abitanti) al 2011 in regione è 16,9% rispetto al Nord est che sfiora il 26%
- L'indice di criminalità violenta (crimini violenti per 10.000 abitanti) nel 2011 è del 12% contro un 19,8% a livello italiano

In questo capitolo riporteremo alcuni indicatori per descrivere lo stato socio economico della popolazione della regione. Utilizzeremo dati raccolti nell'ultimo censimento 2011 e dati raccolti nella indagine Multiscopo ISTAT. Cercheremo di fare una fotografia su come sta la popolazione regionale dal punto di vista lavorativo/economico e quindi sociale.

Dalla FIG. 6 è evidente come sia cambiato negli anni il numero di lavoratori: in generale, sono diminuiti e l'unica categoria che ha visto un trend in aumento è quella dei lavoratori temporanei. Nel dettaglio della FIG. 7 si vede che in due anni i lavoratori a tempo indeterminato sono diminuiti di 5.000 unità circa, mentre per i lavoratori a tempo determinato (FIG. 8), la diminuzione si attesta a 1.000 unità circa.

FIG.6 Imprese e risorse umane per regione – Anni 2001 e 2011 (valori assoluti)[7]

	n° di unità attive		n° di addetti		n° di lavoratori esterni		n° di lavoratori temporanei	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Friuli Venezia Giulia	86.650	86.773	362.150	352.169	17.669	8.662	2.529	3.055
Italia	4.083.966	4.425.950	15.712.908	16.424.086	627.607	421.929	100.255	123.237
Nord-ovest	1.217.478	1.288.500	5.554.860	5.547.867	229.366	149.286	49.290	58.284
Nord-est	901.619	943.520	3.715.594	3.863.879	154.877	85.025	23.865	31.434
Centro	858.528	957.365	3.379.779	3.622.147	148.592	116.483	16.829	21.420
Sud	763.815	857.270	2.161.260	2.373.852	62.417	48.549	8.443	10.063
Isole	342.526	379.295	901.415	1.016.341	32.355	22.586	1.828	2.036

FIG.7 Numero medio annuo di lavoratori dipendenti[8] a tempo indeterminato per sesso e regione di lavoro - Anni 2010-2012 (valori assoluti)[9]

	2010			2011			2012		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Friuli Venezia Giulia	146.054	102.015	248.069	144.210	102.180	246.390	142.582	101.190	243.772
Totale	6.455.598	4.180.119	10.635.717	6.388.662	4.195.080	10.583.743	6.283.391	4.206.949	10.490.340
Nord-Ovest	2.092.561	1.476.587	3.569.148	2.081.904	1.480.726	3.562.630	2.062.067	1.482.648	3.544.715
Nord-Est	1.487.802	1.045.293	2.533.095	1.478.445	1.046.838	2.525.283	1.465.561	1.045.551	2.511.112
Centro	1.285.619	898.249	2.183.868	1.274.602	904.021	2.178.624	1.249.728	904.897	2.154.625
Sud	1.096.681	506.898	1.603.579	1.074.610	510.282	1.584.891	1.047.111	521.117	1.568.229
Isole	483.716	251.550	735.266	469.896	251.756	721.653	449.264	251.189	700.453

FIG.8 Numero medio annuo di lavoratori dipendenti[10] a tempo determinato per sesso e regione di lavoro - Anni 2010-2012 (valori assoluti)[11]

	2010			2011			2012		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Friuli Venezia Giulia	20.128	21.811	41.939	21.852	22.071	43.922	20.415	20.381	40.795
Italia	889.522	892.321	1.781.843	960.088	905.947	1.866.036	908.484	861.822	1.770.305
Nord-Ovest	253.638	262.132	515.770	279.228	265.787	545.014	267.061	253.142	520.203
Nord-Est	196.918	222.887	419.805	219.777	230.828	450.606	208.298	219.543	427.841
Centro	191.930	201.370	393.300	202.260	204.443	406.703	188.897	193.085	381.982
Sud	163.025	131.618	294.643	168.971	131.504	300.475	164.093	129.061	293.154
Isole	82.571	74.155	156.727	88.559	73.238	161.796	79.056	66.858	145.914

Un indice molto utilizzato per descrivere lo stato economico delle persone/famiglie è il tasso di disoccupazione (rapporto tra le persone in cerca di occupazione e le corrispondenti forze di lavoro), che in FIG. 9 è suddiviso in due fasce d'età toccando il preoccupante 30% per i giovani tra i 15-24 anni e che sul totale per il 2012 è pari a 6,8%, valore superato di un punto percentuale nel 2014,

[7] Fonte: Istat, Censimento Industria, istituzioni pubbliche e non profit 2001 e 2011
[8] Esclusi operai agricoli e lavoratori domestici
[9] Fonte: INPS Coordinamento Generale Statistico Attuariale
[10] Esclusi operai agricoli e lavoratori domestici
[11] Fonte: INPS Coordinamento Generale Statistico Attuariale

come si vede in FIG. 11. Il tasso di inattività (rapporto tra le persone non appartenenti alle forze lavoro e la corrispondente popolazione di riferimento), è maggiore nella fascia d'età 15-24 in regione di due punti percentuali rispetto al valore per l'Italia, e questo è da attribuirsi anche ai giovani che in regione proseguono gli studi dopo il diploma: infatti in regione l'abbandono precoce agli studi della fascia d'età 18-24[12] è pari a 11,4% mentre in Italia si attesta a 17%.

FIG.9- Tasso di disoccupazione per classe di età e regione Anno 2012 (valori percentuali)

		Totale	
	15-24	25+	Totale
Friuli-Venezia Giulia	30,5	5,6	6,8
Italia	35,3	8,9	10,7

FIG.10- Tasso di inattività per classe di età e regione - Anno 2012 (valori percentuali)

	15 - 24	**25 - 34**	**35 - 44**	**45 - 54**	**55 - 64**	**Totale 15-64**	**Totale**
Friuli-Venezia Giulia	73,4	18,3	11,2	15,9	59,1	31,7	49,2
Italia	71,3	25,1	19,3	22,8	57,4	36,3	50,7

Proseguendo l'analisi sulla stato delle disoccupazione della regione, l'andamento degli ultimi 10 anni in FIG. 11 evidenzia un trend positivo, ovvero in aumento, confermato anche dal tasso di disoccupazione di lunga durata, superiore ai 12 mesi, pari al 3,4% nel 2013 rispetto all'1% del 2006. Un altro dato relativo alla fascia d'età 15-29 anni è il tasso di giovani NEET[13], ovvero giovani che non hanno né un'occupazione né la stanno cercando, anche questo è in aumento: il Friuli Venezia Giulia si attesta attorno al 18% circo l'Italia raggiunge un valore pari al 26%.

[12]"Indicatori statistici regionali (edizione completa)" Direzione generale Area programmazione, controllo, sistemi informativi e sicurezza Servizio programmazione, pianificazione strategica, controllo di gestione e statistica
[13] L'acronimo di "Not (engaged) in Education, Employment or Training"

FIG.11- Tasso di disoccupazione In Friuli Venezia Giulia

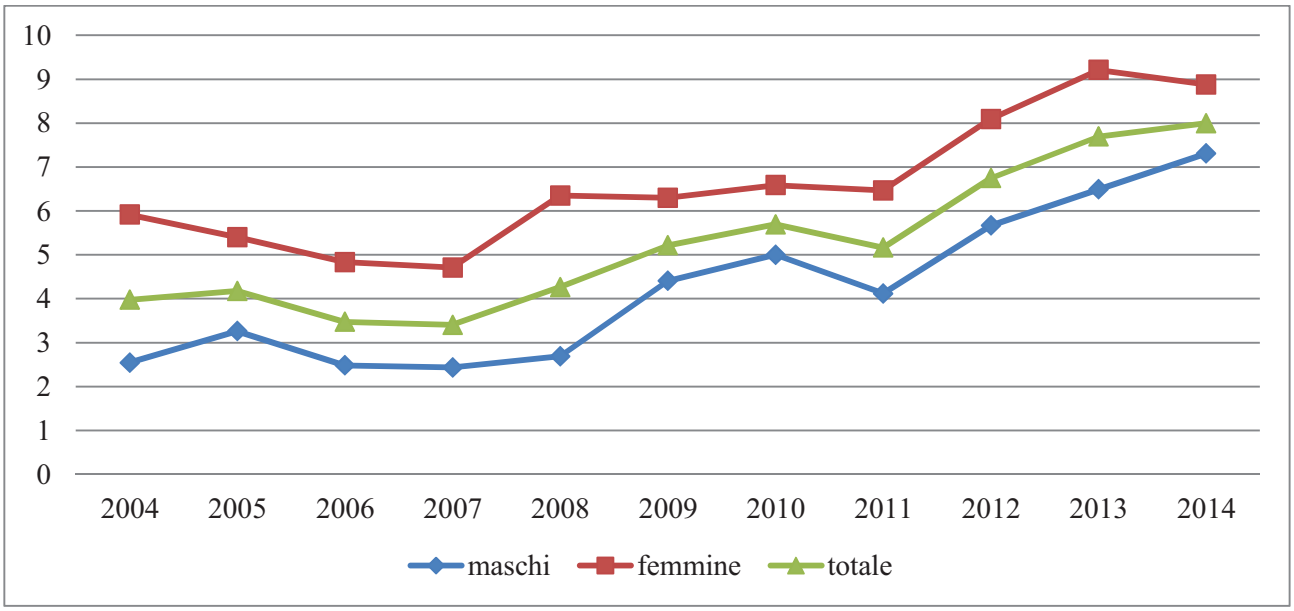


FIG.12 Confronto del trend della disoccupazione di lunga durata tra Friuli Venezia Giulia e Italia

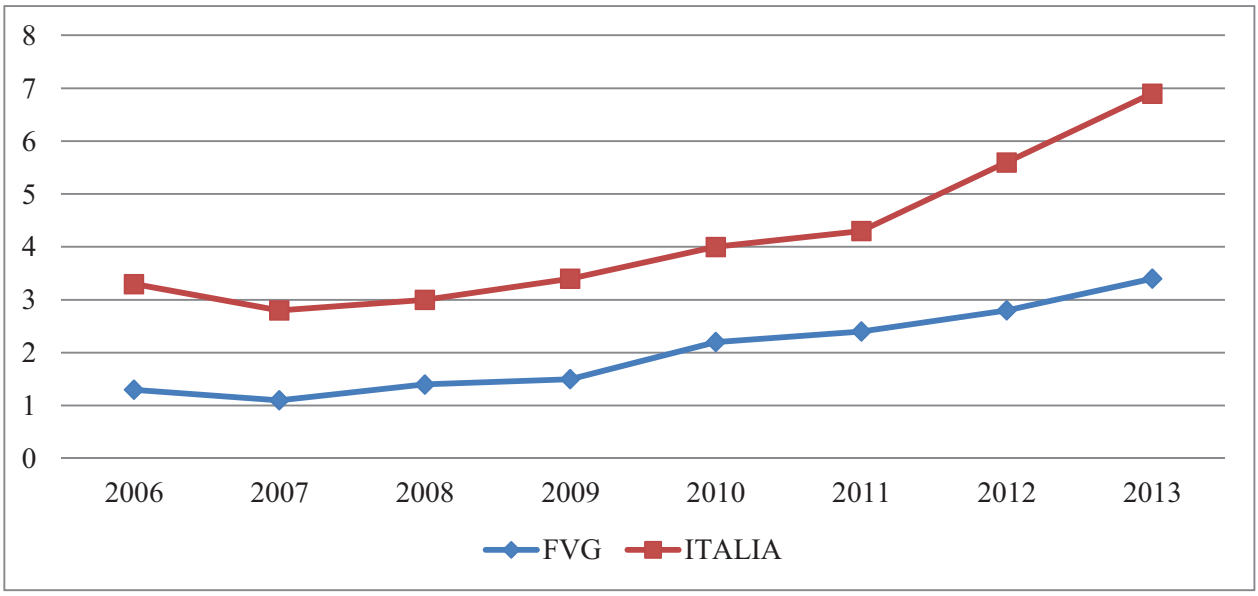
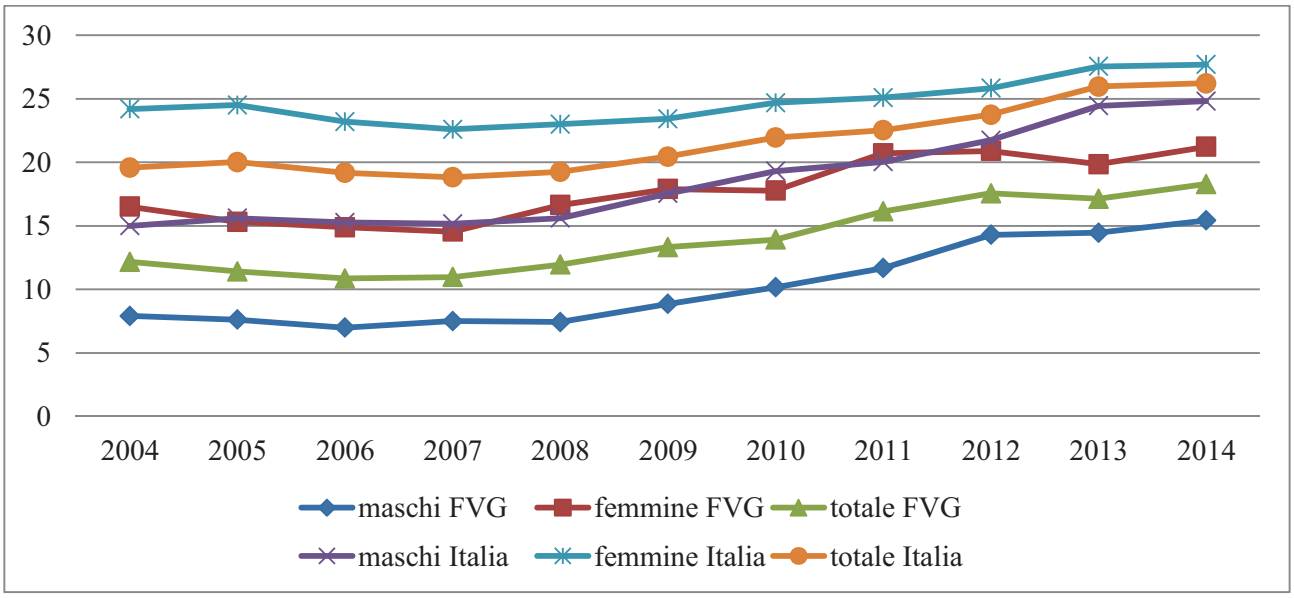


FIG.13 Tasso di giovani NEET



Conseguenze della crisi del mercato del lavo è l'impoverimento delle persone/famiglie. Dall'indagine Multiscopo Istat, l'indice di povertà relativa su 100 famiglie (ovvero una famiglia la cui spesa mensile per consumi è pari o inferiore alla soglia di povertà relativa calcolata sulla base della spesa media pro-capite), FIG. 14, in Italia è quasi del 13%, in regione del 7%. Emerge chiaramente che il mezzogiorno è decisamente sopra i valori medi: ben un 26%, se si passa all'indice di povertà per 100 individui, FIG. 15, questo aumenta di due punti percentuali per le varie aree a differenza del mezzogiorno che tocca il 30%.

FIG.14 Indice di povertà (per 100 famiglie)

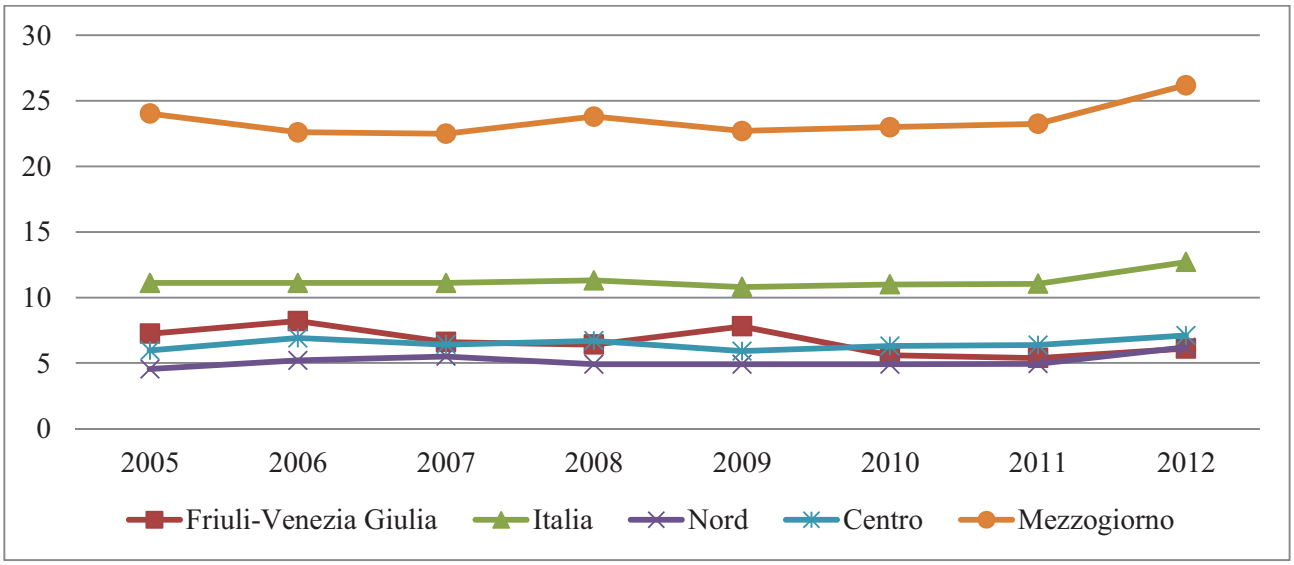
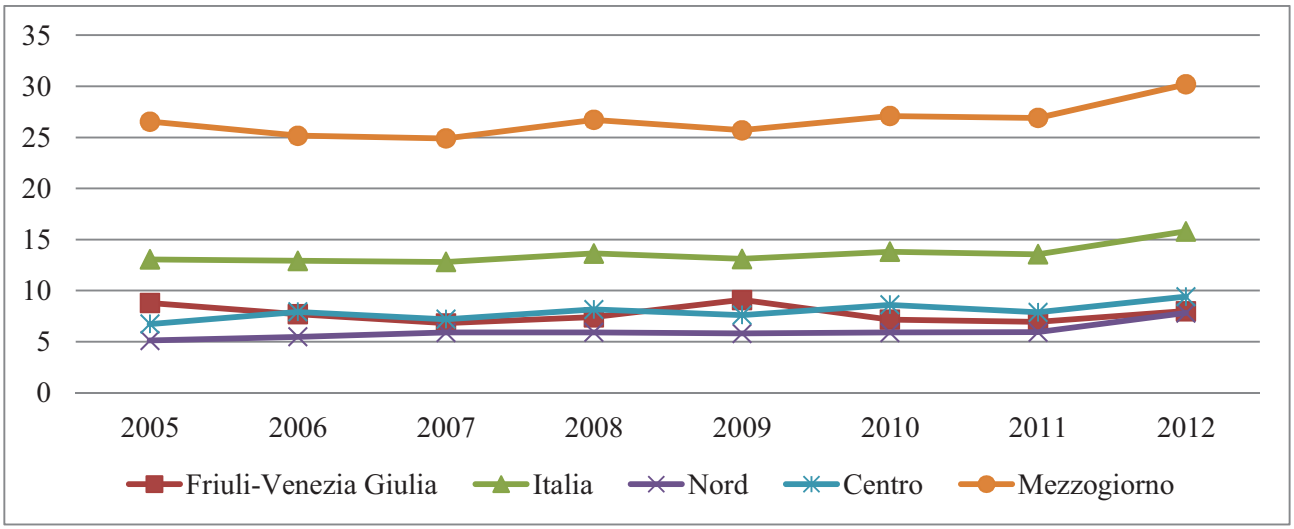


FIG.15 Indice di povertà (per 100 individui)



L'indice delle famiglie deprivate, FIG. 16, secondo indicatore Eurostat[14], ha un trend in crescita negli ultimi 8 anni, e se fino al 2010 è aumentato di 2 punti percentuali, negli ultimi due anni la crescita è stata più veloce, dai due punti percentuali del Nord Italia ai 15 punti del Mezzogiorno; il Friuli Venezia giulia passa dall'11% del 2010 al 20,6% del 2012.

[14] 14 Si definisce deprivata una famiglia che presenta almeno tre sintomi di deprivazione tra i seguenti: i) non riusciva a sostenere spese impreviste; ii) non potersi permettere una settimana di ferie in un anno lontano da casa; iii) avere arretrati (mutuo, o affitto, o bollette o altri debiti diversi dal mutuo); iv) non potersi permettere un pasto adeguato almeno ogni due giorni; v) non potersi permettere di riscaldare adeguatamente l'abitazione; non potersi permettere: vi) lavatrice, vii) tv a colori, vii) televisore, ix) automobile.
Fonte: Istat, Indagine "Reddito e condizioni di vita" EU-SILC

FIG.16 Trend del tasso di famiglie deprivate

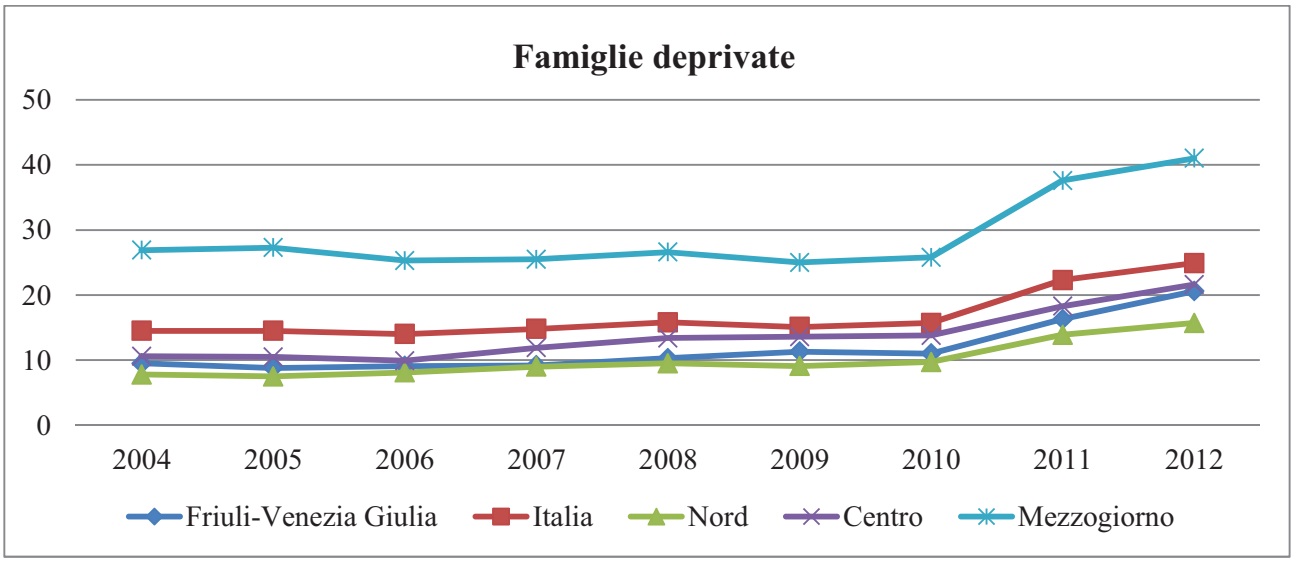


FIG.17 Anziani per stato di salute, classi d'età, regione e ripartizione geografica – Anno 2012 (per 100 persone della stessa classe d'età e della stessa zona)[15]

	Stato di salute											
	Molto bene o bene				Né bene né male				Male o molto male			
	65-74	75-84	85 e più	Totale	65-74	75-84	85 e più	Totale	65-74	75-84	85 e più	Totale
Friuli Venezia Giulia	50,5	37,2	34,6	42,7	39,7	43,5	29,0	39,5	9,8	19,3	36,4	17,8
Italia	42,0	24,3	18,7	32,7	46,5	51,6	47,5	48,4	11,5	24,1	33,9	18,9
Nord-ovest	45,3	26,0	21,8	35,6	44,1	54,3	50,1	48,4	10,6	19,7	28,1	16,0
Nord-est	47,2	31,5	21,0	38,2	43,8	49,5	50,4	46,7	8,9	19,0	28,7	15,1
Centro	44,7	25,2	20,6	34,6	44,6	52,8	47,1	47,8	10,7	22,0	32,3	17,6
Sud	34,8	16,9	13,8	25,7	51,9	50,0	45,1	50,3	13,3	33,1	41,1	24,0
Isole	31,9	19,0	12,2	24,7	51,2	49,6	41,0	49,2	16,9	31,4	46,8	26,0

Nella FIG. 17 viene riportata, secondo l'indagine Multiscopo, la percezione dello stato di salute delle persone over 65 anni. Si possono sottolineare due aspetti importanti: il 42% della popolazione ha una percezione positiva del suo stato di salute, rispetto al resto dell'Italia. Gli over 85anni si dividono equamente tra quelli che stanno bene/molto bene e quelli che stanno male/molto male.

[15] Fonte Istat, indagine multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana.

3. GLI STILI DI VITA

3.1 I SISTEMI DI SORVEGLIANZA SUGLI STILI DI VITA

Il Friuli Venezia Giulia aderisce ai principali sistemi di sorveglianza sugli stili di vita attuati sull'intero territorio nazionale: *Okkio alla salute*[16], che indaga le abitudini dei bambini di 6-10 anni, *HBSC*[17], che riguarda i ragazzi di 11-15 anni, e *PASSI*[18], relativa agli adulti dai 18 ai 69 anni.

Di seguito si riportano i principali risultati ottenuti attraverso le più recenti indagini condotte all'interno di questi tre sistemi di sorveglianza sui temi del consumo di particolari alimenti (frutta, verdura, bevande zuccherate, gassate ed alcoliche), dell'attività fisica e del sovrappeso, dell'abitudine al fumo.

3.1.1 Bambini da 6 a 10 anni

Nel 2014 hanno partecipato all'indagine *Okkio alla salute* il 100% degli 86 plessi scolastici ed 100% delle 93 classi campionate in Friuli Venezia Giulia.

INDICATORI DI SINTESI (da Okkio alla salute 2014):

- Percentuale di bambini che mangia frutta 2-3 volte al giorno o più come da raccomandazioni sulla sana alimentazione: 37,8%
- Percentuale di bambini che mangia verdura 2-3 volte al giorno o più: 35,6%
- Percentuale di bambini che consuma bevande zuccherate meno di una volta al giorno come raccomandato: 67,1%
- Percentuale di bambini che consuma bevande gassate meno di una volta al giorno come raccomandato: 91,2%
- Percentuale di bambini che trascorre meno di due ore davanti alla TV/videogiochi: 77,1%; quasi 1 bambino su 4 in regione non segue le raccomandazioni e svolge attività sedentarie (TV o videogiochi) per 2 ore al giorno o più.

[16] https://www.okkioallasalute.it/
[17] http://www.hbsc.unito.it/it/
[18] http://www.epicentro.iss.it/passi/

3.1.2 Ragazzi da 11 a 15 anni

In Friuli Venezia Giulia hanno aderito all'indagine *HBSC* 202 classi sulle 205 selezionate (98,5%). La rispondenza è risultata decrescere con l'aumentare dell'età, passando da 100% per le classi di prima media (11 anni) a 97% per quelle di seconda superiore (15 anni).

INDICATORI DI SINTESI (da HBSC 2010):

- Il 68,87 dei ragazzi vive con la madre e il padre
- Il 50% ha un fratello/sorella
- Solo il 9% dei ragazzi dichiara di fare movimento o sport per almeno 60 minuti al giorno, come raccomandato
- Il 15% dei ragazzi riferisce di essere in sovrappeso o obeso. Questo dato è inferiore al dato nazionale ma in linea con quello internazionale.
- Status socio-economico misurato secondo La Family Affluence scale (da basse a alte possibilità di consumo): il 53% ha dichiarato uno status alto
- Circa il 40% dichiara di fare per 2/3 volte la settimana attività fisica al di fuori dell'orario scolastico
- Solo il 26% dichiara di guardare fino a 2 ore di tv al giorno come consigliato mentre 25% guarda da 3 a più di 7 ore al giorno di TV
- Solo il 15% dichiara di mangiare più volte al giorno frutta
- Solo il 17% dichiara di mangiare più volte al giorno verdura
- Il 26% dichiara di mangiare almeno una volta al giorno dolci
- Il 16% dichiara di bere almeno una volta al giorno bevande zuccherate
- Il 14% dichiara di bere bevande alcoliche almeno una volta alla settimana con valori maggiori nei maschi e nei 15enni
- L'86% dei quindicenni dichiara di non aver mai fatto uso di cannabis

3.1.3 Adulti da 18 a 69 anni

La popolazione intervistata nell'indagine *Passi* è costituita da circa 817.365 residenti di 18-69 anni iscritti nel 2013 nelle liste dell' anagrafe sanitaria della regione Friuli Venezia Giulia

Nel quadriennio 2010-2013 sono state intervistate 7346 persone di 18-69 anni (1.847 nel 2010; 1.858 nel 2011; 1.830 nel 2012 e 1.811 nel 2013) selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall' anagrafe sanitaria.

INDICATORI DI SINTESI (Passi: periodo di rilevazione 2010-2013):

- Solo il 37% degli intervistati è classificato come attivo secondo le linee guida, mentre ben il 20% è classificato sedentario con valori minori rispetto la media italiana che si attesta al 31%
- Il 42% degli intervistati sono in eccesso ponderale: Indice di Massa Corporea IMC≥25
- Solo il 12% degli intervistati dichiara di assumere almeno 5 porzioni al giorno di frutta o verdura come consigliato dalle linee guida (FIG. 6), mentre ben il 51% degli intervistati consuma solo 3
- Il 31% degli intervistati dichiara di non consumare alcolici, il 29% ha un consumo a maggior rischio per quantità e modalità di assunzione. Questo comportamento è più diffuso tra questi, i giovani (FIG. 7) e le persone del nord Italia (FIG. 8). Il 16% è consumatore "binge"
- Il 27% degli intervistati fuma, di questi il 25% fuma più di un pacchetto al giorno; solo una piccola parte dei tentativi di smettere di fumare vanno a buon fine (FIG. 10)

FIG.18: Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno (%)

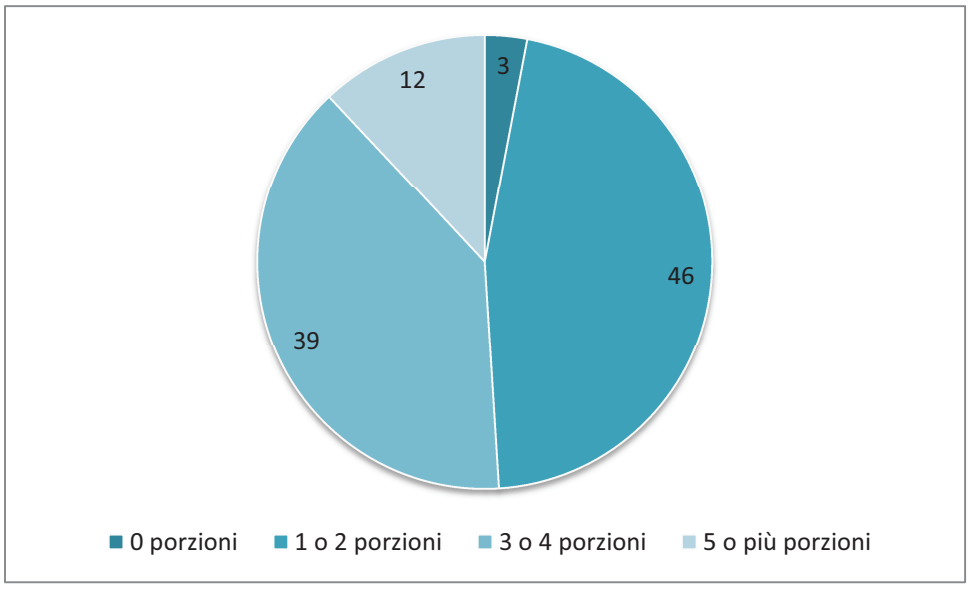
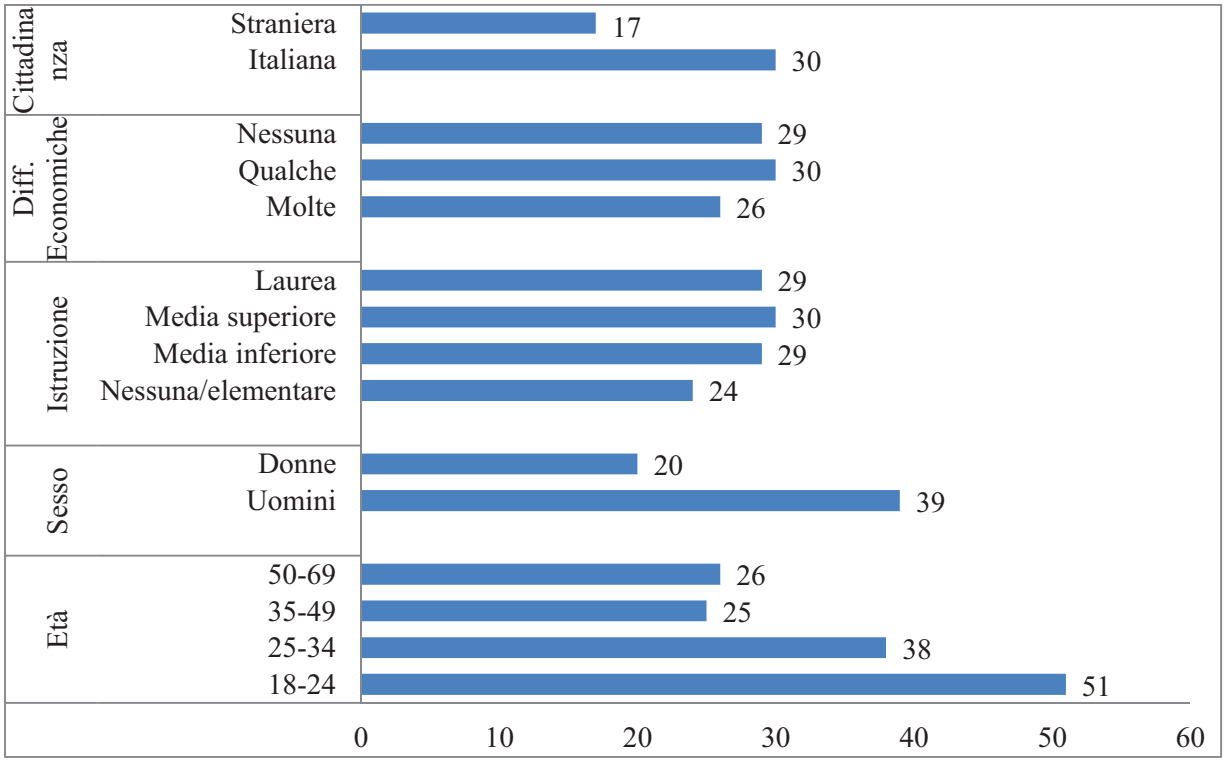


FIG. 19: Consumo alcolico a maggior rischio[19]. Valori espressi in %.



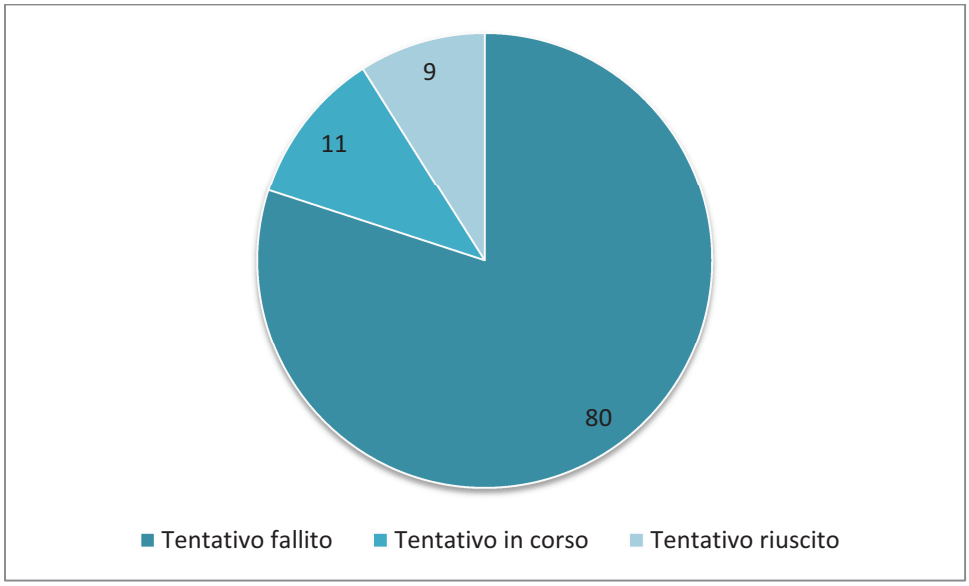
Il Friuli Venezia Giulia risulta avere una prevalenza di consumo a maggior rischio[20] e di consumo di binge[21] significativamente maggiore rispetto la media del pool delle regioni considerate

Dall'indagine è emerso anche che lo stile di vita sedentario è associato ad altre condizioni di rischio: tra i sedentari, il 32% è affetto da depressione, il 24% dichiara di fumare, il 26% è anche iperteso e il 23% è in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).

Tra gli intervistati che sono in eccesso ponderale (il 42%), il 31% è in sovrappeso (25≤IMC<30) e l'11% è obeso (IMC ≥30).

[19] Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche Friuli Venezia Giulia – PASSI 2010-2013 (7.270) FVG: 29% (IC95%:27,9-30,1%)
[20] Pool di ASL: 8,7% (IC95%: 8,5-8,9%).
[21] Pool di ASL: 17% (IC95%: 16,7-17,2%).

FIG. 20: % dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
Friuli Venezia Giulia - PASSI 2010-2013



3.2 LE DIPENDENZE[22]

Altre informazioni sugli stili di vita della popolazione del Friuli Venezia Giulia derivano dalla quantificazione delle utenze dei servizi per le dipendenze regionali.

INDICATORI DI SINTESI:

- Utenti dei servizi per le dipendenze da droga: 4.036
- Utenti dei servizi per le dipendenze da alcol: 4.355
- Utenti dei servizi per le dipendenze da tabagismo:1.077
- Utenti dei servizi per le dipendenze da Gioco d'azzardo patologico: 335
- Nuovi utenti 689 su totale utenti 4.036

22 Fonte: Rapporto 2013 consumo dipendenza da sostanze e comportamenti di addiction in regione

4. LE MALATTIE

4.1 REGISTRI DI POPOLAZIONE DI PATOLOGIA CRONICA[23]

La Regione Friuli Venezia Giulia dispone di registri di patologia realizzati mediante procedure di linkage di basi dati sanitarie amministrative che consentono da un lato di garantire l'assoluto anonimato delle persone e dall'altro la copertura dell'intero territorio regionale.

I registri finora attivati sono quelli relativi al diabete mellito, ai pazienti in terapia sostitutiva renale (dialisi e/o trapianto di rene), degli eventi cardio (infarto acuto del miocardio) e cerebrovascolari (ictus).

4.1.1 Diabete

INDICATORI DI SINTESI:

- Incidenza standardizzata 2013 per 1000 abitanti: 4.0;
- Prevalenza standardizzata 2013 per 100 abitanti: 6.3;
- Numero di casi incidenti al 31/12/2013: 5.449;
- Numero di casi prevalenti al 31/12/2013: 87.297

4.1.2 Pazienti in terapia sostitutiva renale (dialisi e/o trapianto)

INDICATORI DI SINTESI:

- Prevalenza standardizzata 2013 per 1000 abitanti: 1,25;
- Incidenza standardizzata 2013 per 100 mila abitanti: 13,76;
- Numero di casi incidenti al 31/12/2013:193;
- Numero di casi prevalenti al 31/12/2013: 1.703

23 Per la standardizzazione si è utilizzata come popolazione di riferimento la popolazione nazionale da Censimento 2011

4.1.3 Infarto acuto del miocardio

INDICATORI DI SINTESI:

- Incidenza standardizzata 2013 per 1000 abitanti: 1,96;
- Prevalenza standardizzata 2013 per 1000 abitanti: 11,74;
- Numero di casi incidenti al 31/12/2013: 2.785;
- Numero di casi prevalenti al 31/12/2013:16.318

4.1.4 Ictus

INDICATORI DI SINTESI:

- Incidenza standardizzata 2013 per 1000 abitanti: 1,56;
- Prevalenza standardizzata 2013 per 1000 abitanti: 10,51;
- Numero di casi incidenti al 31/12/2013: 2.195;
- Numero di casi prevalenti al 31/12/2013: 14.314

Si noti che, essendo il Friuli Venezia Giulia una regione con una struttura della popolazione fortemente sbilanciata verso l'età avanzata, la prevalenza standardizzata sulla popolazione nazionale delle condizioni che sono fisiologicamente più comuni nell'anziano è inferiore rispetto a quella grezza.

4.2 PAZIENTI CRONICI IN CARICO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E AI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

INDICATORI DI SINTESI:

- Prevalenza media di pazienti con malattia respiratoria cronica: 3,3%
- Prevalenza media di pazienti con scompenso cardiaco: 0,5%
- Prevalenza media di pazienti con altre malattie croniche del cuore: 13,7%
- Prevalenza media di pazienti con diabete mellito: 6,0%
- Prevalenza media di pazienti con dislipidemie: 6,1%
- Prevalenza media di pazienti con HIV: 0,1%
- Prevalenza media di pazienti con malattia renale cronica: 0,6%
- Prevalenza media di pazienti con malattie rare: 0,8%
- Prevalenza media di pazienti con cancro: 7,7%
- Prevalenza media di pazienti con malattie del sistema digerente: 1,2%
- Prevalenza media di pazienti con malattie autoimmuni: 2,2%
- Prevalenza media di pazienti con malattie endocrine: 1,4%
- Prevalenza media di pazienti con malattie neurologiche: 0,9%
- Prevalenza media di pazienti trapiantati d'organo: 0,1%

Seppure con grande variabilità tra i diversi medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, alcune malattie croniche, identificate sulla base dei ricoveri, delle visite ambulatoriali, delle prescrizioni di farmaci e delle esenzioni relative all'anno 2012, risultano estremamente diffuse tra gli assistiti. In particolare, sono frequenti le malattie del cuore, le dislipidemie, il diabete ed i tumori.

4.3 MALATTIE INFETTIVE

INDICATORI DI SINTESI:

- Dimissioni ospedaliere per malattie infettive (ICD-9-CM in diagnosi principale 001-139): 2.841
- Tasso di dimissione ospedaliera per malattia infettiva: 231,1 per 100.000 abitanti
- Morti per malattie infettive: 291
- Tasso di mortalità per malattie infettive: 23,7 per 100.000 abitanti

Tra i ricoveri con dimissione nel 2013, le malattie infettive più comunemente riportate in diagnosi principale sono state setticemie (586), infezioni gastro-intestinali (340), erisipela (223), epatiti virali (127), HIV (120), condilomi acuminati (112), tubercolosi (110).

Tra i morti per malattia infettiva del 2013, la causa più frequente è stata la setticemia (219 casi).

4.4 MALATTIE PROFESSIONALI[24]

INDICATORI DI SINTESI:

- Le malattie professionali dimostrano un aumento negli anni considerati: da 1.187 del 2006 a 1.374 del 2012
- Nel 2012 sono state riconosciute 715 casi contro i 649 del 2006
- In aumento le malattie del sistema osteo-articolare e muscolo-tendineo ben il 65,7% dei casi riconosciuti in regione, quasi il doppio rispetto il 2006

Due sono gli aspetti che emergono nell'analisi dei dati 2006-2012 ed entrambi si possono attribuire a delle misure adottate nell'ambito della tutela del lavoratore. Da una parte troviamo la diminuzione delle malattie a carico del sistema respiratorio e del sistema nervoso, conseguenza delle misure preventive adottate, dall'altra l'aumento di quelle a carico osteo-articolare e muscolo-tendineo conseguenza di una sensibilizzazione dei lavoratori a far emergere patologie lavoro – correlate, che con il Decreto Ministeriale del 9 aprile 2008, sono state riconosciute come tali, favorendone la denuncia.

[24] Atlante 2006-2012: Le malattie professionali in Friuli Venezia Giulia

5. GLI INCIDENTI

5.1 INCIDENTI STRADALI[25]

INDICATORI DI SINTESI:

- Incidenti stradali registrati dalle forze dell'ordine sulle strade del Friuli Venezia Giulia nel 2011: 2.821
- Persone morte a seguito di questi incidenti: 81
- Disability Adjusted Life Years persi a causa di questi incidenti: 3.258

Annualmente sono registrati dalle forze dell'ordine (Polizia Stradale, Carabinieri, Polizia Locale) circa 3000 incidenti sulle strade del Friuli Venezia Giulia. A questi incidenti si deve la perdita di circa 3000 anni di vita sana (*Disability Adjusted Life Years, DALY*) in un anno, o a causa di una mortalità prematura rispetto alla speranza di vita (anni di vita persi o *years of life lost, YLL*) o a causa della comparsa di una disabilità (anni di vita vissuti con disabilità, o *years lived with disability, YLD*).

A questi si aggiungono i DALY attribuibili ad incidenti stradali, verosimilmente meno gravi quanto a conseguenze per i soggetti coinvolti, non registrati dalle forze dell'ordine, i cui soggetti infortunati si sono recati ad uno dei Pronto Soccorso della regione per ricevere delle cure. Per l'anno 2011, questi ulteriori DALY sono stimati in 602.

[25] Esclusi gli incidenti registrati dalla Polizia Locale di Trieste e Monfalcone

5.2 INFORTUNI SUL LAVORO[26]

INDICATORI DI SINTESI:

- Nel 2012 si contano 19.515 infortuni sul lavoro diminuendo del 35% dal 2006
- Gli infortuni più gravi sono più frequenti nei siti industriali con il 27,7%
- 2.012 sono gli incidenti stradali, di cui il 13% interessa le donne e il 9% gli uomini
- Delle 1.533 denunce di infortuni in itinere, il 12% interessano le donne e il 6% gli uomini

Nel periodo preso in considerazione 2006-2012 c'è stata una diminuzione di denunce di infortuni sul lavoro da 29.959 casi a 19.515, anche se questa diminuzione in valori assoluti può essere il risultato della crisi economica, è comunque un dato che fa ben sperare. Emerge che ci sono due categorie più a rischio: gli stranieri e le donne.

Gli infortuni con esiti gravi o mortali sono dimezzati, passando da 78 casi nel biennio 2006-2007 a 41 casi nel bienni 2011-2012.

[26] http://www.regione.fvg.it/rafvg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA20/allegati/Gli_infortuni_sul_lavoro_in_Friuli_Venezia_Giulia_Atlante_2006_2012.pdf

6. LE CAUSE DI MORTE

INDICATORI DI SINTESI:

- Numero di morti annuo: 13.874
- Prime tre grandi cause di morte: 1) malattie del sistema cardiocircolatorio; 2) tumori; 3) malattie dell'apparato respiratorio

La FIG.21 mostra la distribuzione dei decessi di residenti del Friuli Venezia Giulia avvenuti nel 2013, stratificati per grandi cause di morte.

FIG. 21: Distribuzione per causa di morte e classe d'età dei decessi dei residenti in Friuli Venezia giulia nel 2013.

CODICI ICD-IX / GRANDI CAUSE DI MORTE	DESCRIZIONE CAUSE MORTE	DECESSI PER CLASSI DI ETA'			TOTALE
		0-14	15-64	64-[+]	
001-139	MALATTIE INFETTIVE E		22	265	**287**
140-239	TUMORI	4	711	3.571	**4.286**
240-279	GHIANDOLE ENDOCRINE	1	30	352	**383**
280-289	SANGUE		3	49	**52**
290-319	DISTURBI PSICHICI	1	12	415	**428**
320-389	MALATTIE SISTEMA NERVOSO	3	29	306	**338**
390-459	MALATTIE SISTEMA CARDIOCIRCOLAT	2	239	4.478	**4.719**
460-519	MALATTIE APPARATO	1	36	1.422	**1.459**
520-579	APPARATO DIGERENTE		74	531	**605**
580-629	APPARATO GENITOURINARIO		8	247	**255**
630-679	COMPLICAZIONI GRAVIDANZA, PARTO E PURPERIO		1	2	**3**
680-709	PELLE			20	**20**
710-739	SISTEMA OSTEOMUSCOLARE		7	90	**97**
740-759	MALFORMAZIONI CONGENITE	2	9	9	**20**
760-779	MORTALITA' PERINATALE		1		**1**
780-799	SINTOMO MAL DEFINITI		44	381	**425**
800-999	TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI	3	165	288	**456**
E800-E999	CAUSE ESTERNE TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI		3	8	**11**
N.D.	NON DEFINITI	1	11	17	**29**
TOTALE		**18**	**1.405**	**12.451**	**13.874**

Di seguito riportiamo alcuni indicatori tratti dal cosiddetto "Progetto Bersaglio", un sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, a cui la Regione Friuli Venezia Giulia partecipa dal 2014, assieme ad altre regioni italiane. Tale sistema misura i risultati conseguiti in ottica multidimensionale nelle aziende sanitarie attraverso una serie di indicatori.

INDICATORI DI SINTESI DAL PROGETTO BERSAGLIO:

- Tasso di mortalità per tumori, standardizzato per 100.000, anno bersaglio 2013 per il triennio 2009-2011: 176.06 (mediana delle aziende partecipanti: 161,4)
- Tasso di mortalità per malattie circolatorie, standardizzato per 100.000, anno bersaglio 2013 per il triennio 2009-2011: 143,02 (mediana delle aziende partecipanti: 150,4)
- Tasso di mortalità per suicidio, standardizzato per 100.000, anno bersaglio 2013 per il triennio 2009-2011: 7,02 (mediana delle aziende partecipanti: 5,92)

7. PREVENZIONE

a. PREVENZIONE PRIMARIA: LE VACCINAZIONI[27]

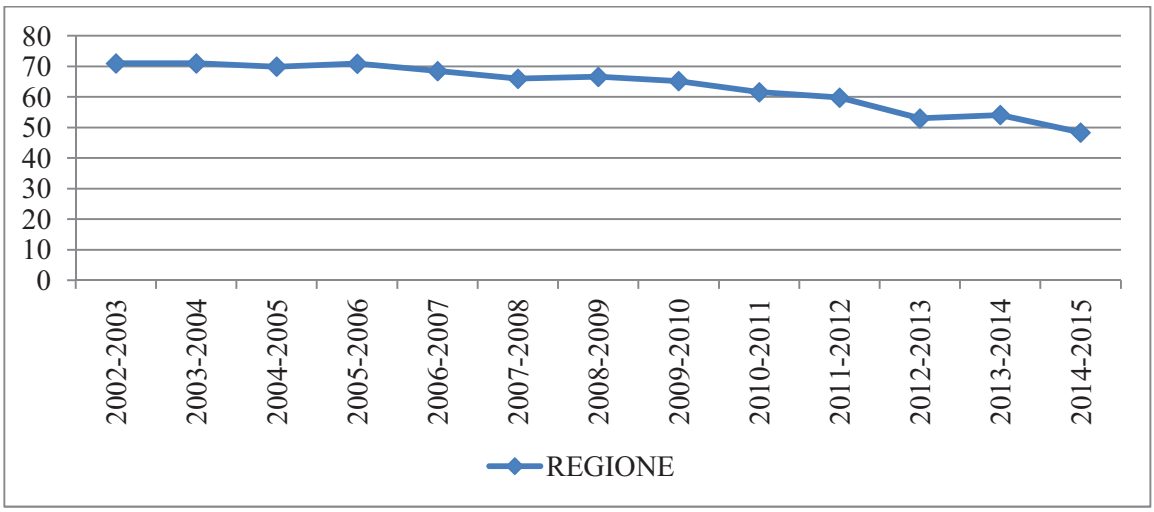
Le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate nei bambini raggiungono in regione livelli di copertura elevati, anche se ancora lontani dal 100%.

INDICATORI DI SINTESI:

- Copertura vaccinale a 24 mesi di età per cicli completi (3 dosi) di:
  1. antipolio: 94,3%
  2. difterite, tetano: 94,6%
  3. pertosse 94,2
  4. epatite B: 93,8%
  5. Hib: 93,7%
- Copertura vaccinale per una dose di vaccino anti morbillo, parotite, rosolia: 87,8%

In FIG.22 riportiamo il trend della copertura vaccinale (percentuale di persone vaccinate su persone con età => di 64 anni) per la campagna annuale anti-influenzale. È evidente come ci sia un trend negativo dovuto probabilmente all'effetto dell'informazione.

FIG. 22: Distribuzione per causa di morte e classe d'età dei decessi dei residenti in Friuli Venezia giulia nel 2013.



[27] http://www.regione.fvg.it/rafvg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA5/allegati/20012015_2013_FVG_Report_Coperture_vaccinali.pdf

b. PREVENZIONE SECONDARIA: GLI SCREENING ONCOLOGICI

In Friuli Venezia Giulia sono attivi tre programmi organizzati regionali di screening oncologico: per le donne, quello per i tumori della cervice uterina, attivo dal 1999, e quello per i tumori della mammella, dal 2005 e, per entrambi i sessi, quello per il tumore del colon-retto, avviato nel 2008.

Gli indicatori di processo più comunemente utilizzati sono l'adesione al programma (percentuale di persone invitate a sottoporsi allo screening che vi si sottopongono), la copertura al programma (percentuale di assistiti in età di screening che hanno effettuato un esame al di fuori del programma di screening anche in strutture private convenzionate), la percentuale di soggetti che sono risultati positivi (ossia con necessità di sottoporsi ad un esame più approfondito) e la percentuale di lesioni precancerose (quindi curabili con un intervento tempestivo) riscontrate. Di seguito riportiamo i valori di questi indicatori nel 2013 nei tre screening attivi in regione.

7.2.1 Screening per il tumore della cervice uterina

INDICATORI DI SINTESI:

- Adesione allo screening (2013) 62,3%
- Copertura allo screening (2011-2013) 71,3%
- Donne risultate positive al primo livello 3,17%
- Displasie gravi: 6.9‰

7.2.2 Screening per il tumore della mammella

INDICATORI DI SINTESI:

- Adesione allo screening (2013) 60,4%
- Copertura allo screening (2012-2013) 76,8 %
- Donne risultate positive al primo livello 6,1%
- Displasie gravi: 6,5‰

7.2.3 Screening per il tumore del colon retto

INDICATORI DI SINTESI:

- Adesione allo screening (2013) 58,96%
- Copertura allo screening (2012-2013) 65,82%
- Soggetti risultati positivi al primo livello 5,0%
- Displasie gravi 6,26‰

Nell'ultimo box, dedicato al programma di screening regionale, riportiamo i dati di copertura raccolti dal programma di sorveglianza "Passi", che è in grado di fornire un dato aggiunto al dato di copertura in nostro possesso in quanto rileva anche quella parte di esami fatti in strutture private non convenzionate con il sistema sanitario ed esami fatti al di fuori dei programmi di screening. Va tenuto conto che l'indagine "Passi" risente di bias di informazione e selezione e che la copertura di passi si riferisce a 2/5 anni precedenti all'intervista.

INDICATORI DI SINTESI:

- Copertura allo screening della cervice uterina (2011-2013): 87%
- Copertura allo screening della mammella (2011-2013) l'85%
- Copertura[28] allo screening del colon retto (2011-2013): 61%

28 Per il calcolo della copertura del colon retto, in Passi è stato conteggiato sia chi aveva fatto un esame di sangue occulto negli ultimi 2 anni sia chi aveva fatto una esame di colonscopia negli ultimi 5 anni.

8. OFFERTA ASSISTENZA SANITARIA

In questo ultimo capitolo riporteremo alcuni dati sull'attività e sui costi[29] dei servizi sanitari che sono offerti sul territorio. Proponiamo alcuni dati sui medici di medicina generale e sui pediatri di libera scelta, sulle prestazioni ambulatoriali, sull'attività distrettuale.

Con il decreto Balduzzi[30] l'obiettivo fissato alle regioni è di creare una rete più efficiente e collaborativa tra territorio e ospedale. Sul territorio si vuole puntare all'assistenza 24h, supportando l'attività dei medici di base con l'attività di specialisti, infermieri, ostetriche.

a. ASSISTENZA DISTRETTUALE

INDICATORI DI SINTESI:

- 125 pediatri per 121.282 assistiti (0-14 anni) con una media di 970 assistiti per medico
- 948 medici di medicina generale (MMG) per 1.081.076 assistiti (≥14 anni) con una media di 1.140 assistiti per medico
- Prestazioni domiciliari del MMG a pazienti in assistenza domiciliare 77.248
- 771 posti letto in strutture di RSA
- Pazienti entrati da accettazione: 9.436
- Pazienti dimessi dalle strutture di RSA: 8.949
- Pazienti deceduti nelle strutture di RSA: 481
- Utenti dell'assistenza domiciliare nell'anno 2013: 12.391
- Costo pro-capite per assistenza distrettuale nel 2013 è pari a euro 915,18 euro

I medici di base (pediatri di libera scelta o medici di medicina generale) attivi in Friuli Venezia Giulia sono più di 1000. Mediamente, ciascuno di questi ha circa un migliaio di assistiti (la media è leggermente superiore tra i medici di medicina generale rispetto ai pediatri). I medici di medicina generale hanno effettuato nel 2013 quasi 80.000 prestazioni domiciliari a pazienti in assistenza domiciliare.

[29] I dati di costo sono stati calcolati con i criteri del progetto bersaglio 2013 sui dati di attività e di popolazione 2013.
[30] Decreto Balduzzi: legge n°189 del 8 novembre 2012.

Relativamente alle cure domiciliari, riportiamo di seguito alcuni indicatori tratti dal "Progetto Bersaglio".

INDICATORI DI SINTESI DAL PROGETTO BERSAGLIO:

- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari sul totale della pop anziana (≥65 anni), per l'anno bersaglio 2013 considerando l'anno di riferimento 2013: 11,68% (mediana delle aziende partecipanti: 9,075%)
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della pop anziana (≥65 anni), per l'anno bersaglio 2013 considerando l'anno di riferimento 2013: 3,87% (mediana delle aziende partecipanti: 6,295%)

Il box sottostante riporta la frequenza di utenti ≥18 anni dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) della regione.

INDICATORI DI SINTESI:

- In regione nel 2013 ci sono stati 20.646 utenti dei DSM
- La prevalenza dei presi in carico dai servizi di salute mentale è pari a 1,97%
- Il tasso di incidenza dei presi in carico dai servizi di salute mentale è pari a 0,47%

A 160 utenti dei DSM regionali (0,77%) sono stati somministrati 160 trattamenti sanitari obbligatori (TSO), di cui 99 con ospedalizzazione e 61 nei centri di salute mentale 24 h.

b. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

INDICATORI DI SINTESI:

- Prestazioni specialistiche erogate da strutture pubbliche e private a residenti in FVG: 17.022.834
- Nel 2013 i residenti Friuli Venezia Giulia hanno fatto 326.187 prestazioni fuori regione (fuga)
- Costo pro-capite per assistenza specialistica nel 2013 è pari a 215,09 euro

c. PRONTO SOCCORSO

In Friuli Venezia Giulia esistono 21 strutture che erogano prestazioni di pronto soccorso. Le Figure sottostanti descrivono le caratteristiche degli accessi, di soggetti residenti in regione e non, a tali strutture nel 2013.

FIG.23: Distribuzione per codice di ingresso degli accessi di pronto soccorso 2013

Colore accettazione al pronto soccorso	N° accessi nel 2013
Bianco	171.531
Verde	217.623
Giallo	66.317
Rosso	6.208
Nero	39
TOTALE	**461.718**

FIG.24: Distribuzione per esito degli accessi di pronto soccorso 2013

Tipo di esito	Conteggio episodi
Deceduto	398
Dimesso	371.615
Percorso breve	20.956
Trasferito	3.773
Ricoverato	62.774
Altro	2.202
TOTALE	**461.718**

d. ASSISTENZA FARMACEUTICA

INDICATORI DI SINTESI:

- Sono state prescritte tramite la farmaceutica convenzionale 11.962.489 confezioni di farmaci per 813.204 pazienti per un totale di 456.745.807,2 DDD e 24.054.882 confezioni
- Spesa netta farmaceutica in convenzionata in valore assoluto per l'anno 2013: 188.369.313,1
- Spesa netta della farmaceutica ospedaliera: 95.297.287,4
- Spesa netta in distribuzione diretta: 81.919.078

FIG.25: Spesa lorda farmaceutica in convenzionata per ATC I, incidenze percentuali (in migliaia), anni 2012-2013;

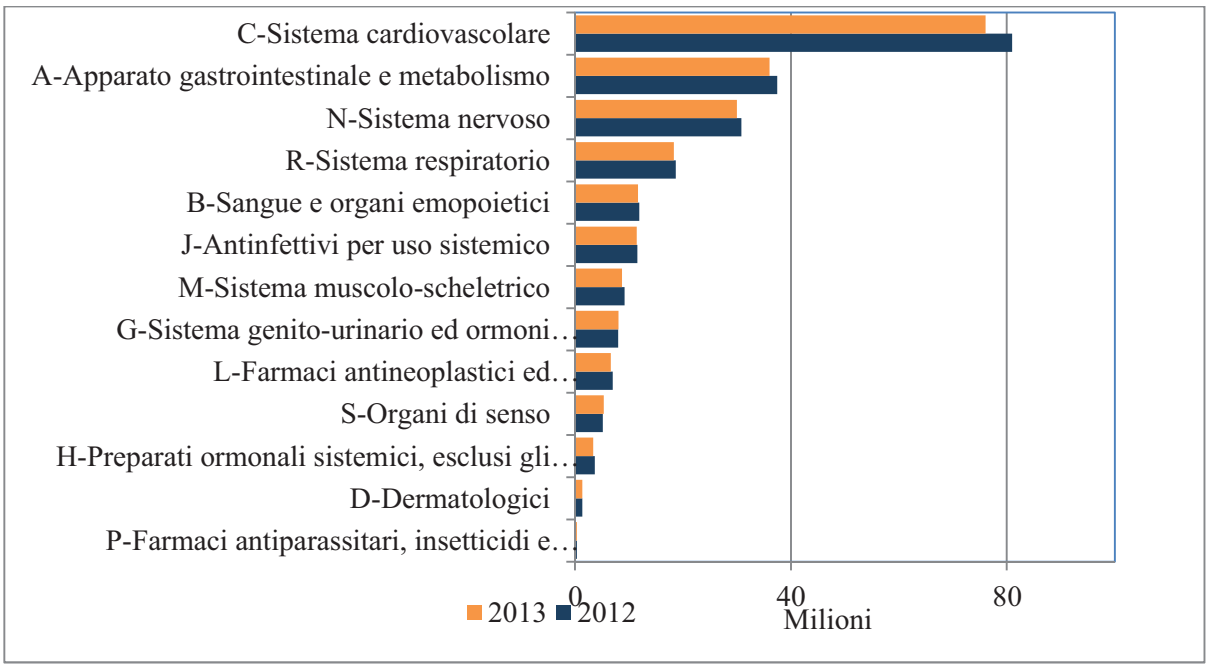


FIG.26: Spesa farmaceutica Ospedaliera per ATC I, incidenze percentuali, anni 2012-2013

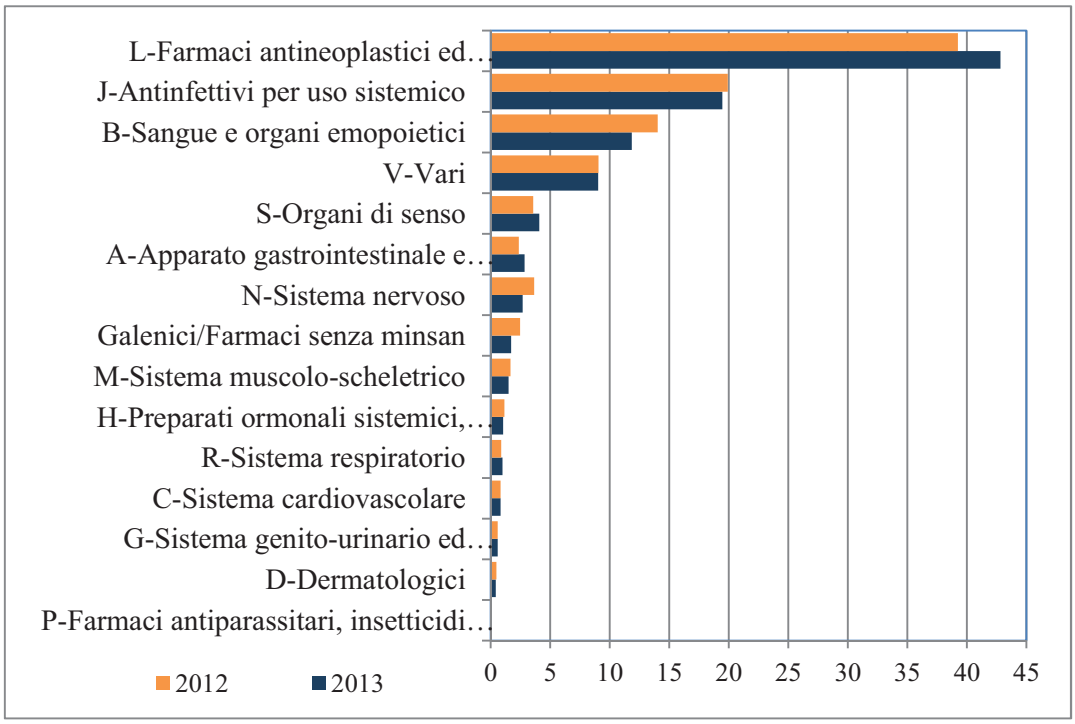
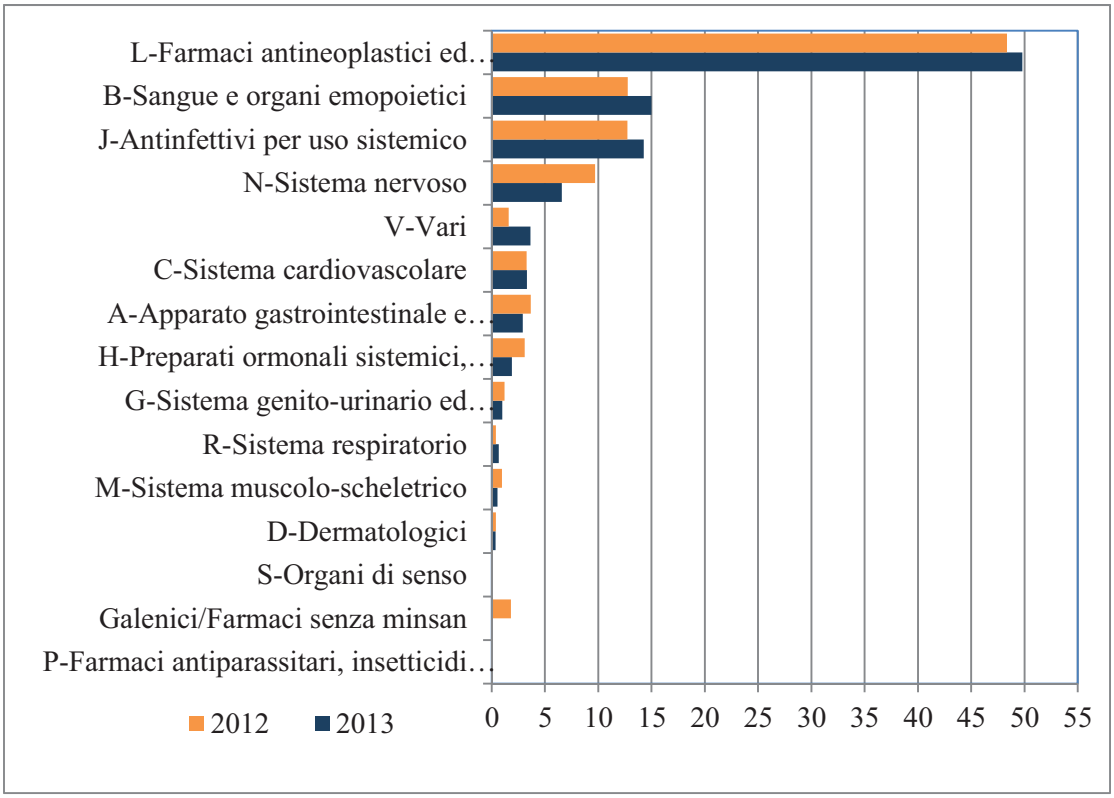


FIG.27: Spesa farmaceutica in distribuzione diretta per ATC I, incidenze percentuali, anni 2012-2013



e. ASSISTENZA OSPEDALIERA

INDICATORI DI SINTESI:

- Nel 2013 ci sono state in totale 217.731 dimissioni, di cui 23.477 di pazienti extra regione
- Nel 2013 12.023 dimissioni sono state fatte da residenti della regione in strutture di ricovero di altre regioni (fuga)
- Dei ricoveri 154.990 erano ordinari
- 50.136 erano dimissioni di day hospital
- Costo pro-capite per assistenza ospedaliera nel 2013 è pari a 553,51 euro
- Costo pro-capite dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria, day hospital, day surgery nel 2013 è pari a 826,54 euro

I ricoveri sono in diminuzione rispetto il 2012 con una flessione del -2,1%. La figura 28 fornisce il dettaglio per modalità di dimissione. Gli interventi chirurgici in DH, categoria che comprende cataratta e tunnel carpale, sono diminuiti del 10%.

FIG. 28: Totali dimissioni ospedaliere dei residenti per modalità di risposta assistenziale

TIPOLOGIA RICOVERI		Gennaio-Dicembre 2013	Diff % (2013-2012)
1.Ricovero Ordinario Medico		68.814	-1,40
2.Ricovero Ordinario Chirurgico		40.583	0,30
3.Day Care Medico	3a.DH Medico (include chemioterapia)	15.803	-0,70
	3b.Ricovero Ordinario DRG Medico 0-1 gg	5.554	-0,70
4.Day Care Chirurgico	4a.DH Chirurgico Totale (include cataratta e tunnel carpale)	23.529	-10,20
	4b.Ricovero Ordinario DRG Chirurgico 0-1 gg	12.837	-1,10
5.Ricovero Protratto (Riabilitativo o di Post-Acuzie)		3.880	0,10
9.DRG maldefiniti e del neonato		2.438	1,40
	TOTALE RICOVERI	173.438	-2,10

ALLEGATO 1

Macro obiettivi e obiettivi specifici del PNP, fattori di rischio, prevalenze, frazioni attribuibili alle disuguaglianze sociali e impatto relativo alla cancellazione delle disuguaglianze

La tabella elenca i macro-obiettivi del PRP e i relativi obiettivi specifici aggredibili attraverso il contrasto alle disuguaglianze di salute. Per ogni indicatore, spiegato nel dettaglio nella tabella successiva, sono rilevate differenti misure volte a guidare la scelta degli interventi preventivi più promettenti in termini di riduzione delle disuguaglianze. I valori esplicitati sono il risultato della sintesi dei valori stratificati per le seguenti classi di età: 20-34; 35-49; 50-64; >=65. E' stata dunque presa in riferimento la popolazione con più di 20 anni.

Le dimensioni prese in considerazione sono state::

- la prevalenza del problema: misura la diffusione del fattore di rischio in una determinata popolazione. Nella maggioranza degli indicatori la popolazione di riferimento è quella generale, per alcune variabili invece si è scelto un suo sottogruppo. Così ad esempio le variabili sulle esposizioni ai rischi lavorativi sono calcolate sul totale degli occupati, che a loro volta sono solo una frazione di tutta la popolazione, mentre la percentuale di donne che allattano è stata calcolata sul totale delle madri con un figlio con al massimo 6 anni.[1] Maggiore è la prevalenza, maggiore è ovviamente la rilevanza del problema in termini di salute pubblica.
  Esempio: la prevalenza dei fumatori nella popolazione maschile del FVG è del 26.4%.

- la frazione attribuibile alle disuguaglianze sociali (PAR): rappresenta la frazione di esposti ad un fattore di rischio attribuibile alle disuguaglianze sociali. In altre parole esprime di quanto si potrebbero ridurre gli esposti ad un determinato fattore di rischio se l'intera popolazione assumesse i comportamenti dei più istruiti.
  Esempio: se in FVG la prevalenza dei fumatori tra i maschi meno e mediamente istruiti fosse quella osservata tra i laureati, il numero di fumatori in tutta la popolazione maschile si ridurrebbe del 34.6%.

- l'Impatto specifico nella popolazione di riferimento: misura la percentuale di riduzione della prevalenza del problema sulla popolazione esposta ad un fattore di rischio. Rispetto alla frazione attribuibile (che dipende unicamente dalla grandezza delle differenti esposizioni associate alle diverse categorie del titolo di studio e dalla distribuzione del titolo di studio nella popolazione) tiene dunque in considerazione anche del livello generale della prevalenza di un fattore di rischio. Disuguaglianze di entità simile nell'esposizione ad un fattore di rischio possono coesistere con livelli differenti di prevalenza e che laddove la prevalenza sia maggiore anche l'impatto sarà più grande. Parimenti a livelli di prevalenza complessivi simili possono corrispondere PAR differenti: l'impatto sarà maggiore laddove le disuguaglianze nell'esposizione saranno più ampie.
  Esempio: se tutti gli abitanti del FVG fossero esposti al fumo così come osservato nella popolazione più istruita, la prevalenza del fumo si ridurrebbe del 4.5%

- impatto su tutta la popolazione: è la percentuale di riduzione della prevalenza del problema sul totale della popolazione (e non solo sulla fetta di popolazione esposta al fattore di rischio) nel momento in cui si eliminassero le disuguaglianze di esposizione al fattore di rischio in esame.
  Esempio: nel caso dei fumatori la misura coincide con quella misurata dall'impatto specifico, in quanto le due popolazioni coincidono. Vi sono casi tuttavia in cui questo non avviene. Così ad esempio se in FVG tutti gli anziani facessero attività fisica come gli anziani più istruiti (indicatore n.24) si avrebbe una riduzione della sedentarietà tra gli anziani del 14.5% (impatto specifico), a cui corrisponde un impatto nella popolazione generale, composta anche da giovani e adulti, del 4.0%**.**

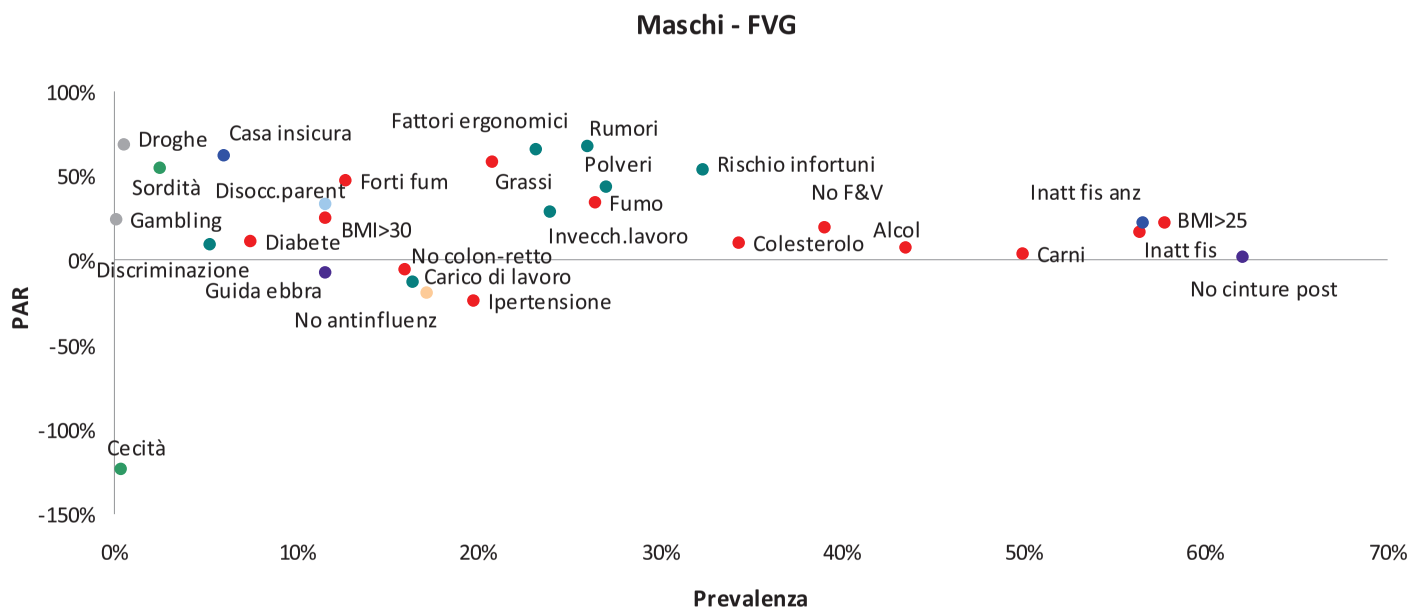
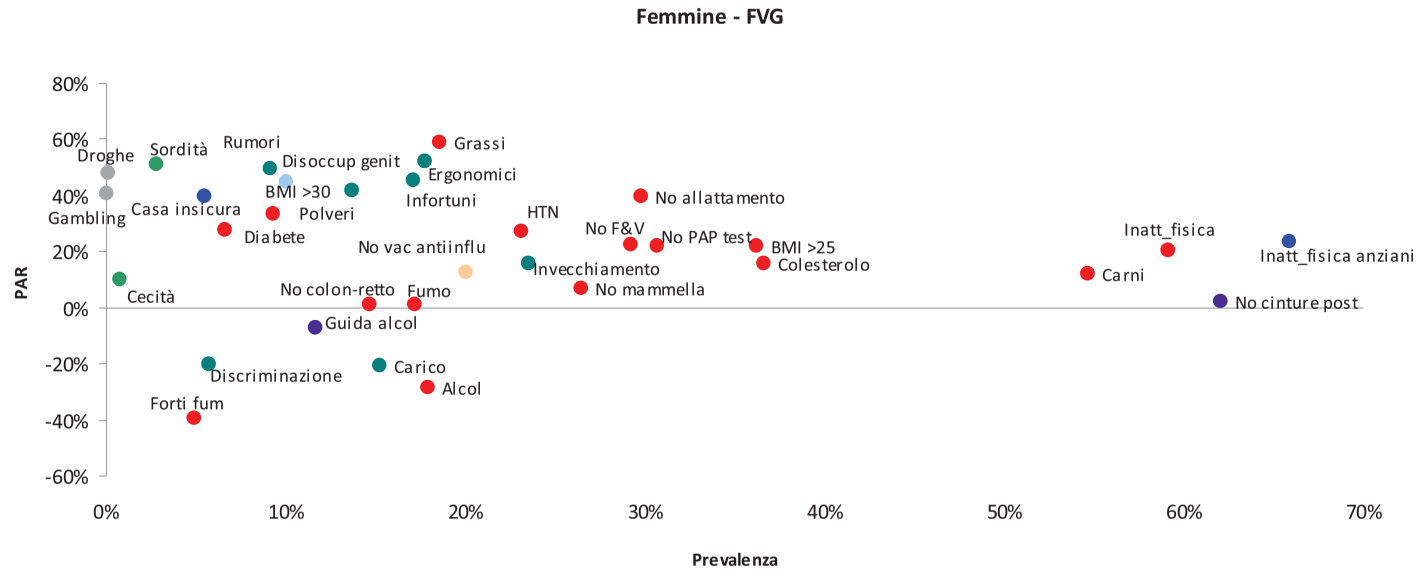
[1] la tabella metadati in fondo a questo documento riporta il numeratore e il denominatore di ogni indicatore

Tabella. Elenco dei fattori di rischio corrispondenti agli obiettivi specifici del Piano nazionale di prevenzione, della loro prevalenza e della loro aggredibilità in termini di disuguaglianze sociali.

Macro obiettivo PRP			Fattori di rischio	Prevalenza (%)		PAR (%)		Impatto pop spec	Impatto su tutta popolazione
				M	F	M	F		M+F
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	*Alimentazione non corretta (aumento consumo frutta e verdura, riduzione consumo sale)*	1	No frutta e verdura	39.0%	29.2%	19.6%	22.6%	7.1%	7.1%
		2	Carni	49.9%	54.6%	4.1%	12.2%	4.4%	4.4%
		3	Grassi	20.8%	18.5%	58.3%	59.1%	11.5%	11.5%
	Allatamento esclusivo al seno	4	Non allattamento al seno	X	29.7%	X	39.9%	11.9%	0.6%
	Sedentarietà	5	Inattività fisica	56.3%	59.1%	16.9%	20.7%	10.9%	10.9%
	Fumo (ridurre il numero di fumatori=prevenzione +cessazione; ridurre fumo passivo)	6	Fumo	26.4%	17.1%	34.6%	1.4%	4.5%	4.5%
		7	Forti fumatori	12.7%	4.9%	47.8%	-39.0%	1.9%	1.9%
	Consumo dannoso di alcool (cronico e binge drinking)	8	Alcol abituale	43.4%	17.9%	7.4%	-28.5%	-1.1%	-1.1%
	Sovrappeso/obesità	9	BMI>25	57.7%	36.2%	22.1%	22.1%	10.9%	10.9%
		10	BMI>30	11.6%	9.2%	24.8%	33.7%	3.0%	3.0%
	Ipertensione	11	Ipertensione	19.7%	23.1%	-23.2%	27.6%	1.1%	1.1%
	Dislipidemia	12	Ipercolesterolemia	34.3%	36.6%	10.9%	16.0%	4.8%	3.5%
	Iperglicemia	13	Diabete	7.5%	6.6%	11.5%	28.0%	1.3%	1.3%
	Lesioni precancerose e cancerose iniziali per i carcinomi della cervice uterina, della mammella del colon retto	14	Non uso screening ca mammella	X	26.4%	X	7.2%	1.9%	0.3%
		15	Non uso screening ca colon-retto	15.9%	14.7%	-5.4%	1.2%	-0.3%	-0.1%
		16	Non uso screening ca cervice	X	30.7%	X	22.3%	6.8%	2.2%
Prevenire leconseguenze dei disturbi neurosensoriali	*Cause congenite per ipoacusia e sordità*	17	Sordità	2.5%	2.8%	55.1%	51.5%	1.4%	1.4%
	Cause congenite per ipovisione e cecità	18	Cecità	0.4%	0.7%	-123.1%	10.4%	-0.2%	-0.2%
Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	*Fattori di rischio organici che si correlano alla salute mentale*								
	Fattori di protezione e di rischio sociali che si correlano alla salute mentale	19	Disoccupazione parentale	11.6%	10.0%	33.6%	45.2%	4.2%	1.2%
	Fattori di protezione e di rischio socio-emozionali che si correlano alla salute mentale								
Prevenire le dipendenze: sostanze illegali e gioco d'azzardo patologico)	*Determinanti ambientali per dipendenza sostanze e gioco d'azzardo patologico*	20	Utilizzatori abituali di droghe	0.5%	0.1%	68.3%	48.4%	0.2%	0.2%
		21	Gambling	0.0%	0.0%	24.5%	41.0%	0.0%	0.0%
	Determinanti individuali per dipendenza								

Macro obiettivo PRP			Fattori di rischio	Prevalenza (%)		PAR (%)		Impatto pop spec	Impatto su tutta popolazione
				M	F	M	F		M+F
Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	*Sicurezza delle strade e dei veicoli*								
	Comportamenti a rischio correlati agli incidenti stradali	22	Non uso dei dispositivi di sicurezza posteriori	62.0%		2.4%		1.5%	1.2%
	Fattori sociali correlati agli incidenti stradali	23	Guida in stato di ebbrezza	11.6%		-6.8%		-0.8%	-0.6%
Prevenire gli incidenti domestici	*Condizioni di salute correlate agli incidenti domestici*	24	Inattività fisica negli anziani	56.5%	65.9%	22.8%	23.6%	14.5%	4.0%
	Comportamenti correlati agli incidenti domestici								
	Sicurezza abitazioni, impianti, arredi, prodotti e farmaci	25	Non sicurezza delle abitazioni	6.0%	5.4%	62.0%	40.1%	2.9%	2.9%
Prevenire gli infortuni e le malattie professionali	*Difetti ergonomici*	26	Fattori ergonomici	23.2%	17.0%	66.3%	45.4%	12.0%	5.5%
	Inadeguatezza ed inidoneità / uso scorretto di macchine ed attrezzature / Lavori in quota	27	Rischio infortuni	32.4%	17.7%	53.9%	52.6%	13.9%	6.3%
	Esposizione agenti fisici, chimici e cancerogeni	28	Esposizione a polveri, gas, esalazioni cancerogene	27.1%	13.6%	43.8%	42.1%	9.2%	4.2%
		29	Rumori	26.0%	9.1%	67.7%	49.6%	11.9%	5.4%
	Fattori organizzativi	30	Carico di lavoro	16.4%	15.2%	-12.3%	-20.4%	-2.5%	-1.1%
	Stress lavoro-correlato	31	Discriminazione	5.2%	5.7%	9.7%	-20.1%	-0.2%	-0.1%
	Invecchiamento della popolazione lavorativa	32	Cattivo stato di salute	24.0%	23.5%	29.2%	15.7%	5.5%	1.1%
Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	*Inadeguati strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute di problematiche ambientali*								
	Esposizione a inquinanti chimici, fisici e microbiologici in ambienti confinati e non (inquinamento outdoor)		Abitazione vicino a fonti di inquinamento						
Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	*Esposizione ad agenti eziologici per la trasmissione di infezioni*								
	Comportamenti e atteggiamenti correlati alla trasmissione delle infezioni								
	Presenza di suscettibili nella popolazione generale e in specifici sottogruppi per la trasmissione di infezioni	33	No vaccinazione antinfluenzale	17.2%	20.0%	-18.9%	12.7%	-0.2%	-0.2%

Grafici

MASCHI	Il due grafici confrontano l'andamento della prevalenza dei fattori di rischio (asse x) con il contributo delle disuguaglianze al totale degli esposti ai medesimi fattori di rischio (asse y), stratificati per sesso (maschi sopra, femmine sotto). In altre parole misura di quanto si potrebbe diminuire al massimo l'esposizione ad un fattore di rischio nell'intera popolazione (asse delle x) e di quanto si potrebbe invece diminuire la percentuale di esposti allo stesso rischio se si eliminassero le disuguaglianze di esposizione tra gruppi sociali, prendendo come riferimento l'esposizione osservata tra i più istruiti. Così, ad esempio, il mancato utilizzo delle cinture posteriori è un problema di prevenzione che riguarda quasi tutta la popolazione (più dell'80% sia dei maschi sia delle femmine non la adopera), ma senza porre particolare questioni di equità. Opposto è il caso delle case poco sicure, che colpisce una bassa percentuale di popolazione, presentando però forti disuguaglianze al suo interno.	
FEMMINE		

Metadati. Specifiche per gil indicatori utilizzati.

Macro obiettivo PRP	Fattori di rischio/esito associato (proxy)		Definizione	Età	Provenienza geografica dati	Fonte dati
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	No frutta e verdura	1	% di popolazione che non consuma quotidianamente almeno 3 porzioni fra frutta e verdura	> 20	FVG	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
	Carni	2	% di popolazione che mangia carne (di qualsiasi tipo) almeno 1 volta al giorno	> 20	FVG	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
	Grassi	3	% di popolazione che non utilizza l'olio di oliva come grasso preponderante per la cottura o il condimento degli alimenti	> 20	FVG	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
	Non allattamento al seno	4	% di donne che ha avuto un figlio da meno di 6 anni e che riferisce di non aver allattato per almeno 4-6 mesi	20-55	Ripartizione Nord-Est	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
	Inattività fisica	5	% di popolazione che non svolge attività sportiva né attività fisica almeno una volta a settimana	> 20	FVG	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
	Fumo	6	% di popolazione che fuma	> 20	FVG	Aspetti della vita quotidiana
	Forti fumatori	7	% di fumatori che fuma più di 15 sigarette al giorno (sottopopolazione di fumatori)	> 20	FVG	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
	Alcol	8	% di popolazione che dichiara di consumare più di mezzo litro giornaliero di birra o di vino o almeno qualche bicchierino settimanale di bevande a medio-alta gradazione alcolica	> 20	FVG	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
	BMI>25	9	% di popolazione in sovrappeso o obesa	> 20	FVG	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
	BMI>30	10	% di popolazione obesa	> 20	FVG	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
	Ipertensione	11	% di popolazione affetta da ipertensione	> 20	FVG	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
	Diabete	12	% di popolazione affetta da diabete mellito	> 20	FVG	Multiscopo salute 2013
	Ipercolesterolemia	13	% di popolazione a cui è stato riscontrato un livello di colesterolo totale ≥240mg/dl	35-79	Italia	Osservatorio epidemiologico Cardiovascolare 2008-2012
	Non uso screening ca mammella	14	% di popolazione femminile che non ha effettuato una mammografia almeno ogni 2 anni	50-69	FVG	Multiscopo salute 2013
	Non uso screening ca colon-retto	15	% di popolazione che non ha mai effettuato un controllo per SOF	50-69	FVG	Multiscopo salute 2013
	Non uso screening ca cervice	16	% di popolazione femminile che non ha effettuato il PAP test almeno ogni 3 anni	25-64	FVG	Multiscopo salute 2013
Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	Sordità	17	% di popolazione affetta da sordomutismo	> 20	FVG	Multiscopo salute 2013
	Cecità	18	% di popolazione affetta da cecità	> 20	FVG	Multiscopo salute 2013

Macro obiettivo PRP	Fattori di rischio/esito associato (proxy)		Definizione	Età	Provenienza geografica dati	Fonte dati
Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	Disoccupazione parentale	19	% di famiglie con bambini in cui almeno uno dei due genitori è disoccupato	> 20	FVG	Multiscopo salute 2013
Prevenire le dipendenze: sostanze illegali e gioco d'azzardo patologico)	Utilizzatori abituali di droghe	20	% di popolazione in carico presso i SERT regionali per consumo di eroina, altri oppiacei, cocaina, crack o cannabinoidi	> 20	Piemonte	Sistema Piemonte Informatizzazione Dipendenze 2013
	Gambling	21	% di popolazione in carico presso i SERT regionali per dipendenza dal gioco d'azzardo	> 20	Piemonte	Sistema Piemonte Informatizzazione Dipendenze 2013
Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	Uso dei dispositivi di sicurezza	22	% di popolazione che non usa le cinture di sicurezza posteriori	18-69	FVG (TS)	PASSI 2010-13
	Guida in stato di ebbrezza	23	% di popolazione che dichiara di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto ≥2 unità alcoliche, negli ultimi 30 giorni	18-69	FVG (TS)	PASSI 2008-2011
Prevenire gli incidenti domestici	Inattività fisica negli anziani	24	% di popolazione anziana che non pratica attività fisica o sportiva almeno 1 o più volte a settimana	>64	FVG	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
	Non sicurezza delle abitazioni	25	% di abitazioni con almeno 2 difetti maggiori in termini di qualità dell'alloggio	>20	FVG	Aspetti della vita quotidiana 2009-2012
Prevenire gli infortuni e le malattie professionali	Fattori ergonomici	26	% di popolazione attiva esposta a assumere posture dannose, spostare carichi pesanti o fare movimenti dannosi	15-64	FVG	Forze lavoro 2007
	Rischio infortunistico	27	% di popolazione attiva esposta ad alto rischio infortunistico	15-64	FVG	Forze lavoro 2007
	Esposizione a polveri, gas, esalazioni	28	% di popolazione attiva esposta a polveri, gas, esalazioni, fumi, sostanze chimiche	15-64	FVG	Forze lavoro 2007
	Rumori	29	% di popolazione attiva esposta a rumori eccessivi o vibrazioni	15-64	FVG	Forze lavoro 2007
	Carico di lavoro	30	% di popolazione attiva esposta a carico di lavoro eccessivo	15-64	FVG	Forze lavoro 2007
	Discriminazione	31	% di popolazione attiva esposta a prepotenza o discriminazione sul luogo di lavoro	15-64	FVG	Forze lavoro 2007
	Cattivo stato di salute	32	% di popolazione attiva con un basso punteggio nella scala PCS (SF-12)	45-60	FVG	Multiscopo salute 2013
Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive	Non vaccinazione antinfluenzale	33	% di popolazione che non si è sottoposta a vaccinazione antinfluenzale	> 20	FVG	Multiscopo salute 2013

Ranking dei fattori di rischio per possibile impatto sulla popolazione (in termini di riduzione di prevalenza) derivante dall'eliminazione delle differenze sociali nell'esposizione

Macro obiettivo PRP		Fattori di rischio	Impatto pop spec	Impatto su tutta popolazione	Fattibilità	Score
				M+F		
	24	Inattività fisica negli anziani	14.5%	4.0%		
	27	Rischio infortuni	13.9%	6.3%		
	26	Fattori ergonomici	12.0%	5.5%		
	4	Non allattamento al seno	11.9%	0.6%		
	29	Rumori	11.9%	5.4%		
	3	Grassi	11.5%	11.5%		
	9	BMI>25	10.9%	10.9%		
	5	Inattività fisica	10.9%	10.9%		
	28	Esposizione a polveri, gas, esalazioni cancerogene	9.2%	4.2%		
	1	No frutta e verdura	7.1%	7.1%		
	16	Non uso screening ca cervice	6.8%	2.2%		
	32	Cattivo stato di salute	5.5%	1.1%		
	12	Ipercolesterolemia	4.8%	3.5%		
	6	Fumo	4.5%	4.5%		
	2	Carni	4.4%	4.4%		
	19	Disoccupazione parentale	4.2%	1.2%		
	10	BMI>30	3.0%	3.0%		
	25	Non sicurezza delle abitazioni	2.9%	2.9%		
	7	Forti fumatori	1.9%	1.9%		
	14	Non uso screening ca mammella	1.9%	0.3%		
	22	Non uso dei dispositivi di sicurezza posteriori	1.5%	1.2%		
	17	Sordità	1.4%	1.4%		
	13	Diabete	1.3%	1.3%		
	11	Ipertensione	1.1%	1.1%		
	20	Utilizzatori abituali di droghe	0.2%	0.2%		
	21	Gambling	0.0%	0.0%		
	18	Cecità	-0.2%	-0.2%		
	31	Discriminazione	-0.2%	-0.1%		
	33	No vaccinazione antinfluenzale	-0.2%	-0.2%		
	15	Non uso screening ca colon-retto	-0.3%	-0.1%		
	23	Guida in stato di ebbrezza	-0.8%	-0.6%		
	8	Alcol abituale	-1.1%	-1.1%		
	30	Carico di lavoro	-2.5%	-1.1%		

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE