

IL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

DECRETO n. 400224 del 31 MAR 2013

OGGETTO: Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Rep. Atti n. 53/CSR del 7 febbraio 2013.

Approvazione della proroga al 31 dicembre 2013 del Piano Regionale della prevenzione 2010-2012 (PRP). Aggiornamento del Quadro Operativo del PRP (Allegato C) DGR n. 613/2010. Modifica della DGR 03/2012 punti 1 (composizione del Tavolo tecnico di progettazione del PRP) e 6 (elenco dei referenti regionali di progetto).

Il Presidente in qualità di Commissario ad acta

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modifiche e integrazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

VISTA la Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e successive modifiche e integrazioni, concernente il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del d.lgs. 502/1992;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e successive modifiche e integrazioni, concernente "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale";

VISTO il Regolamento regionale n. 1 del 6 settembre 2002 e successive modifiche e integrazioni, concernente "Regolamento di organizzazione degli Uffici e dei Servizi della Giunta regionale";

VISTO il Regolamento regionale n. 3 del 28 marzo 2013 concernente "Modifiche al regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale) e successive modificazioni";

PRESO ATTO che con Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 il Presidente pro tempore della Regione Lazio, dott. Nicola Zingaretti, è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione, e sono stati confermati "i contenuti del mandato commissariale affidato a suo tempo al Presidente pro tempore della Regione Lazio con Deliberazione del 23 aprile 2010, come riformulato con la successiva deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendovi aggiornati i termini ivi indicati, a decorrere dal corrente anno";



IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)
segue Decreto n. 10024 del 31 MAG. 2013

DATO ATTO che con Delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Dott. Giuseppe Antonino Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

DATO ATTO che con Delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 il Dott. Gianni Giorgi è stato nominato sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro del disavanzo del Servizio sanitario della Regione Lazio, unitamente al Dott. Giuseppe Antonino Spata, confermato nell'incarico;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 577 del 17 dicembre 2010 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010-12 - Quadro Strategico, individuazione del Modello Organizzativo integrato territoriale e vincolo annuale ai risultati raggiunti della quota parte del Fondo Sanitario";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 613 del 29 dicembre 2010 che approva il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (PRP), così articolato:

- *Quadro Strategico (Allegato A)*
- *Quadro d'Insieme PRP (Allegato B)*
- *Piano Operativo (Allegato C)*
- *Appendice (Allegato D)*

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 71 del 4 marzo 2011 "Approvazione della Disciplina Organizzativa per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010-12";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 03 del 13 gennaio 2012 recante "Modifiche alla deliberazione di Giunta Regionale n. 577 del 17 dicembre 2010 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010-12 - Quadro Strategico, individuazione del Modello Organizzativo integrato territoriale e vincolo annuale ai risultati raggiunti della quota parte del Fondo Sanitario", che stabilisce,

al punto 1:

Di sostituire, con riguardo al punto 7 della DGR 577/2010, il nominativo della Dott.ssa Valentina Mazzarella con il nominativo della Dott.ssa Francesca Fei, e pertanto il Tavolo tecnico di progettazione del PRP è così composto:

Coordinatore Operativo del Piano Regionale di Prevenzione: Francesca Fei, Regione Lazio;
Coordinatore dell'ASP-Laziosanità: Piero Borgia Direttore Scientifico ASP-Laziosanità;
Coordinatore delle Direzioni Strategiche aziendali: Maria Teresa Sacerdote ASL RME;
Coordinatore dei referenti di progetto per la verifica metodologica: Massimo Trinito ASL RMC;

e, al punto 6:

Di modificare il punto 8 della DGR 577/2010, relativo all'elenco dei referenti regionali di progetto del PRP 2010 - 2012, come di seguito indicato:



IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

segue Decreto n° 4 del 31 MAG. 2013

| | |
|-----------------------------|--|
| referenti di progetto n° 1 | Linea d'intervento (LI) 1.1.1: Carlo Dionisi Vici Ospedale Bambino Gesù; |
| referenti di progetto n° 2 | LI 1.1.2: ASL RMC Saba Minnielli, Giulia Marzi ASL Frosinone, Antonio Picarelli Università La Sapienza; |
| referenti di progetto n° 3 | LI 2.1.1: Sara Farchi ASP- Laziosanità; |
| referente di progetto n° 4 | LI 2.1.2: Sara Farchi ASP- Laziosanità; |
| referente di progetto n° 5 | LI 2.2.1: Maurizio Di Giorgio Regione Lazio (RL), Aurora Marchetti ASP-Laziosanità; |
| referente di progetto n° 6 | LI 2.2.2: Maurizio Di Giorgio RL, Francesco Forastiere ASL RME; |
| referente di progetto n° 7 | LI 2.3.1: Donatella Mandolini ASP-Laziosanità; |
| referente di progetto n° 8 | LI 2.4.1: Amalia Vitagliano RL, Fabrizio Perrelli ASP-Laziosanità; |
| referente di progetto n° 9 | LI 2.4.2: Amalia Vitagliano RL, Fabrizio Perrelli ASP-Laziosanità; |
| referente di progetto n° 10 | LI 2.6.1: Bruno Corda ASL RMA, Concetta Mirisola INMP; |
| referente di progetto n° 11 | LI 2.9.1: Carla Perria ASP-Laziosanità, Massimo Trinito ASL RMC; |
| referente di progetto n° 12 | LI 2.9.2: Sara Farchi ASP-Laziosanità, Giulia Cairella ASL RMB; |
| referente di progetto n° 13 | LI 2.9.3: Maurizio Di Giorgio RL, Pasquale Valente ASL RMG; |
| referente di progetto n° 14 | LI 2.9.4: Maurizio Di Giorgio RL, Pasquale Valente ASL RMG; |
| referente di progetto n° 15 | LI 2.9.5: Anna Desanti ASP-Laziosanità, Cristina Faliva ASL RMC; |
| referente di progetto n° 16 | LI 3.1.1: Alessandra Barca ASP-Laziosanità, Marialuisa Mangia ASL RMB, Paola Belardini ASL LATINA; |
| referente di progetto n° 17 | LI 3.1.2: Paolo Giorgi Rossi ASP-Laziosanità; |
| referente di progetto n° 18 | LI 3.2.1: Anteo Di Napoli ASP-Laziosanità; Giulio Camillo De Gregorio ASL RME; |
| referente di progetto n° 19 | LI 3.3.1: Carla Perria ASP-Laziosanità; |
| referente di progetto n° 20 | LI 3.5.1: Gianni Vicario ASP-Laziosanità, Antonella Afeltra Campus Biomedico, Guido Valesini Università La Sapienza; |
| referente di progetto n° 21 | LI 3.7.1: Andrea Gaddini ASP-Laziosanità; |
| referente di progetto n° 22 | LI 4.2.1: Lilia Biscaglia ASP-Laziosanità, Alessandra Brandimarte ASL RME, Silvia Iacovacci USL Latina; |

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012, accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, Rep. Atti n. 53/CSR del 7 febbraio 2013, disponibile sul sito della Conferenza Stato Regioni e Unificata all'indirizzo <http://www.statoregioni.it> nella sezione "ATTI";

TENUTO CONTO che nel citato accordo sancito il 7 febbraio 2013 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, si conviene quanto segue:



IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

segue Decreto n. 100224 del 31 MAG. 2013

1. di estendere la vigenza del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, di cui all'Intesa Stato – Regioni del 29 aprile 2010 al 31 dicembre 2013;
2. di confermare il vincolo della certificazione ai fini dell'accesso al finanziamento previsto dagli Obiettivi di piano;
3. di confermare il sistema di valutazione dei Piani regionali di prevenzione (PRP) di cui all'Intesa Stato – Regioni 10 febbraio 2011 per l'annualità 2013;
4. di procedere alla riprogrammazione dei propri Piani regionali di Prevenzione per l'anno 2013 nei termini di seguito indicati:
 - aggiornamento del quadro strategico in relazione a nuove proposte progettuali;
 - inclusione di nuovi progetti redatti tenendo conto dell'Intesa Stato - Regioni 10 febbraio 2011;
 - eventuale eliminazione di uno o più progetti;
 - mantenimento tal quale dei progetti del PRP 2010-2012, ma con indicazione del valore atteso degli obiettivi al 31 dicembre 2013;
 - rimodulazione della struttura (essenzialmente: obiettivi specifici, risultati attesi, target) dei progetti del PRP 2010-2012;
 - esplicitazione degli indicatori di output (prodotti o prestazioni) o di processo o di proxy di outcome, coerenti con l'obiettivo che si intende raggiungere;
 - estensione (in termini di ambito territoriale e target coinvolto) dei progetti "pilota" o di quelli che prevedono una copertura non rappresentativa della Regione;
 - orientamento, in maniera più incisiva, nei confronti delle tematiche dell'equità e delle disuguaglianze;
5. di avviare i lavori per l'elaborazione del nuovo piano nazionale della prevenzione per il quinquennio 2014 – 2018.

RI TENUTO di recepire il citato accordo, sancito il 7 febbraio 2013, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012 e pertanto di procedere per l'anno 2013 alla riprogrammazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (PRP);

RAVVISATA la necessità, ai fini della riprogrammazione per l'anno 2013 del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (PRP), di garantire nel complesso la continuità delle linee progettuali del PRP, operando l'aggiornamento del Quadro Operativo del PRP, come da Allegato C alla citata DGR n. 613/2010;

RI TENUTO CONTO della predisposizione del Quadro Operativo del PRP per la proroga anno 2013 realizzata dalla competente struttura regionale anche in qualità di Coordinamento operativo del PRP, in collaborazione con i componenti del Tavolo di progettazione ed i Referenti regionali di progetto, contenente la conferma di n. 21 delle 22 linee progettuali del PRP 2010-2012, in quanto il progetto n. 10_2.6.1 è stato ritenuto concluso, pertanto il prospetto del Quadro Operativo del PRP per la proroga al 31 dicembre 2013 è di seguito indicato:



Prospetto del Quadro Operativo del PRP - Proroga anno 2013

| N. progetto | Linea di intervento | Codice | Titolo del programma/progetto |
|-------------|---|--------|---|
| 1 | Valutazione del rischio individuale di malattia | 1.1.1 | Malattie metaboliche e screening neonatale allargato |
| 2 | Valutazione del rischio individuale di malattia | 1.1.2 | Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine |
| 3 | Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale | 2.1.1 | Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSR |
| 4 | Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale | 2.1.2 | Promozione della salute verso i neo genitori |
| 5 | Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate | 2.2.1 | È possibile rendere sicure le sostanze pericolose |
| 6 | Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate | 2.2.2 | "Siamo sicuri che si può lavorare sicuri" |
| 7 | Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico | 2.3.1 | Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici tra gli anziani e bambini di 0-4 anni |
| 8 | Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione | 2.4.1 | Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali |
| 9 | Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione | 2.4.2 | Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio |
| 10 | progetto 10 2.6.1: CONCLUSO | | |
| 11 | Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e | 2.9.1 | Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei |

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
 (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)
 segue Decreto n. 000234 del 31 MAG. 2013

| | | | |
|----|--|-------|--|
| | patologie correlate | | cittadini |
| 12 | Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate | 2.9.2 | Formazione nelle scuole e verso i neo genitori |
| 13 | Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate | 2.9.3 | Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro |
| 14 | Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate | 2.9.4 | Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo |
| 15 | Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate | 2.9.5 | Prevenzione dell'iniziazione al consumo di tabacco e sostanze |
| 16 | Tumori e screening | 3.1.1 | Consolidamento e qualificazione dei programmi di screening organizzati |
| 17 | Tumori e screening | 3.1.2 | Innovazione tecnologica PS su mammella, cervice uterina e colon-retto |
| 18 | Malattie cardiovascolari | 3.2.1 | Promozione degli strumenti per la valutazione e riduzione del rischio cardiovascolare individuale |
| 19 | Diabete | 3.3.1 | Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze |
| 20 | Malattie osteoarticolari | 3.5.1 | Prevenzione della progressione dell'artrite reumatoide mediante diagnosi e terapia nelle fasi precoci di malattia |
| 21 | Disturbi psichiatrici | 3.7.1 | Prevenzione della popolazione a rischio |
| 22 | Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza | 4.2.1 | Monitoraggio della copertura e della qualità percepita degli interventi sociosanitari nella popolazione degli anziani |

12

IL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

segue Decreto n. 40 del 24 del 2013

TENUTO CONTO che ai fini della proroga del PRP per l'anno 2013 ciascuna delle citate 21 linee progettuali è stata oggetto, anche sulla base dei risultati raggiunti, di parziale rimodulazione o aggiornamento nel contenuto e nei valori attesi degli indicatori, il testo aggiornato del Quadro Operativo del PRP anno 2013 è contenuto negli allegati da numero 1 a n. 22 del presente decreto (n. 21 progetti e prospetto Quadro Operativo PRP 2013);

RAVVISATA l'esigenza di approvare il testo aggiornato del Quadro Operativo del PRP anno 2013 contenuto negli allegati da numero 1 a n. 22 del presente decreto (n. 21 progetti e prospetto Quadro Operativo PRP 2013);

CONSIDERATA l'esigenza di modificare il punto 1 della DGR n. 03/2012, in quanto per alcuni componenti del Tavolo tecnico di progettazione, quali il Coordinatore dell'ASP-Laziosanità e il Coordinatore delle Direzioni Strategiche aziendali è stato oggettivamente registrato un cambiamento delle funzioni precedentemente svolte, pertanto si rende necessario provvedere alla sostituzione dei nominativi e alla conferma dei restanti nei rispettivi ruoli, come di seguito indicato:

- Coordinatore Operativo del Piano Regionale di Prevenzione: Francesca Fei, Regione Lazio, conferma;
- Coordinatore dell'ASP-Laziosanità: sostituzione del nominativo di Piero Borgia già Direttore Scientifico ASP-Laziosanità, con il nominativo di Domenico Di Lallo, Dirigente ASP-Laziosanità;
- Coordinatore delle Direzioni Strategiche aziendali: sostituzione del nominativo di Maria Teresa Sacerdote ASL RME, con il nominativo di Barbara Giudiceandrea, Direttore Sanitario ASL RMA;
- Coordinatore dei referenti di progetto per la verifica metodologica: Massimo Oddone Trinito ASL RM C, conferma;

RAVVISATA l'esigenza di modificare il punto 6 della DGR n. 03/2012, relativamente all'aggiornamento dell'elenco dei Referenti regionali di progetto del PRP anno 2013, come di seguito indicato:

- progetto n° 1_1.1.1: Carlo Dionisi Vici, Ospedale Bambino Gesù;
- progetto n° 2_1.1.2: Saba Minnielli ASL RMC, Ernesto Cappellano ASL RME
- progetto n° 3_2.1.1: Sara Farchi ASP- Laziosanità;
- progetto n° 4_2.1.2: Sara Farchi ASP- Laziosanità;
- progetto n° 5_2.2.1: Maurizio Di Giorgio Regione Lazio (RL), Anteo Di Napoli Laziosanità;
- progetto n° 6_2.2.2: Maurizio Di Giorgio RL, Francesco Forastiere ASL RME;
- progetto n° 7_2.3.1: Donatella Mandolini ASP-Laziosanità;
- progetto n° 8_2.4.1: Amalia Vitagliano RL, Fabrizio Perrelli ASP-Laziosanità;
- progetto n° 9_2.4.2: Amalia Vitagliano RL, Fabrizio Perrelli ASP-Laziosanità;
- progetto n° 11_2.9.1: Carla Perria ASP-Laziosanità, Massimo Oddone Trinito ASL RMC;
- progetto n° 12_2.9.2: Sara Farchi ASP-Laziosanità, Giulia Cairella ASL RMB;
- progetto n° 13_2.9.3: Maurizio Di Giorgio RL, Pasquale Valente ASL RMG;
- progetto n° 14_2.9.4: Maurizio Di Giorgio RL, Pasquale Valente ASL RMG;
- progetto n° 15_2.9.5: Cristina Faliva ASL RMC, Andreina Lancia ASL RMC, Silvia Iacovacci AUSL Latina;
- progetto n° 16_3.1.1: Alessandra Barca ASP-Laziosanità, Marialuisa Mangia ASL RMB, Paola Bellardini AUSL LATINA;

IL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

segue Decreto n° 10024 del 31.03.2013

- progetto n°17_3.1.2: Alessandra Barca ASP-Laziosanità;
progetto n°18_3.2.1: Anteo Di Napoli ASP-Laziosanità; Giulio Camillo De Gregorio ASL RME;
progetto n°19_3.3.1: Carla Perria ASP-Laziosanità;
progetto n°20_3.5.1: Gianni Vicario ASP-Laziosanità, Antonella Afeltra Campus Biomedico, Guido Valesini Università La Sapienza;
progetto n°21_3.7.1: Andrea Gaddini ASP-Laziosanità;
progetto n°22_4.2.1: Lilia Biscaglia ASP-Laziosanità, Alessandra Brandimarte ASL RME, Silvia Iacovacci AUSL Latina;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa, che vengono integralmente richiamate:

1. di recepire l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012, sancito il 7 febbraio 2013 con numero di repertorio 53/CSR, disponibile sul sito della Conferenza Stato Regioni e Unificata all'indirizzo <http://www.statoregioni.it> nella sezione "ATTI";
2. di procedere, a seguito dell'Accordo di cui al punto 1, alla riprogrammazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (PRP) ai fini della proroga per l'anno 2013, operando l'aggiornamento del Quadro Operativo di cui all'Allegato C della DGR 613/2010;
3. di approvare il testo aggiornato del Quadro Operativo del PRP proroga anno 2013, contenuto negli allegati da numero 1 a n. 22 del presente decreto (n. 21 progetti e prospetto Quadro Operativo PRP 2013);
4. di modificare la composizione dei membri del Tavolo tecnico di progettazione del PRP, di cui al punto 1 della DGR n. 03/2012, come di seguito indicato:
 - Coordinatore Operativo del Piano Regionale di Prevenzione: Francesca Fei, Regione Lazio, conferma;
 - Coordinatore dell'ASP-Laziosanità: Domenico Di Lallo, Dirigente ASP-Laziosanità;
 - Coordinatore delle Direzioni Strategiche aziendali: Barbara Giudiceandrea, Direttore Sanitario ASL RMA;
 - Coordinatore dei referenti di progetto per la verifica metodologica: Massimo Oddone Trinito ASL RM C, conferma;
5. di aggiornare l'elenco dei Referenti regionali di progetto del PRP, proroga anno 2013, di cui al punto 6 della DGR n. 03/2012, come di seguito indicato:

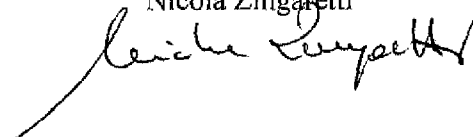
- progetto n° 1_1.1.1: Carlo Dionisi Vici, Ospedale Bambino Gesù;
progetto n° 2_1.1.2: Saba Minnielli ASL RMC, Ernesto Cappellano ASL RME
progetto n° 3_2.1.1: Sara Farchi ASP- Laziosanità;
progetto n° 4_2.1.2: Sara Farchi ASP- Laziosanità;

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)
segue Decreto n. ~~40024~~ del 31 MAG. 2013

- progetto n° 5_2.2.1: Maurizio Di Giorgio Regione Lazio (RL), Anteo Di Napoli ASP-Laziosanità;
- progetto n° 6_2.2.2: Maurizio Di Giorgio RL, Francesco Forastiere ASL RME;
- progetto n° 7_2.3.1: Donatella Mandolini ASP-Laziosanità;
- progetto n° 8_2.4.1: Amalia Vitagliano RL, Fabrizio Perrelli ASP-Laziosanità;
- progetto n° 9_2.4.2: Amalia Vitagliano RL, Fabrizio Perrelli ASP-Laziosanità;
- progetto n° 11_2.9.1: Carla Perria ASP-Laziosanità, Massimo Oddone Trinito ASL RMC;
- progetto n° 12_2.9.2: Sara Farchi ASP-Laziosanità, Giulia Cairella ASL RMB;
- progetto n° 13_2.9.3: Maurizio Di Giorgio RL, Pasquale Valente ASL RMG;
- progetto n° 14_2.9.4: Maurizio Di Giorgio RL, Pasquale Valente ASL RMG;
- progetto n° 15_2.9.5: Cristina Faliva ASL RMC, Andreina Lancia ASL RMC, Silvia Iacovacci AUSL Latina;
- progetto n° 16_3.1.1: Alessandra Barca ASP-Laziosanità, Marialuisa Mangia ASL RMB, Paola Bellardini AUSL LATINA;
- progetto n° 17_3.1.2: Alessandra Barca ASP-Laziosanità;
- progetto n° 18_3.2.1: Anteo Di Napoli ASP-Laziosanità; Giulio Camillo De Gregorio ASL RM E;
- progetto n° 19_3.3.1: Carla Perria ASP-Laziosanità;
- progetto n° 20_3.5.1: Gianni Vicario ASP-Laziosanità, Antonella Afeltra Campus Biomedico, Guido Valesini Università La Sapienza;
- progetto n° 21_3.7.1: Andrea Gaddini ASP-Laziosanità;
- progetto n° 22_4.2.1: Lilia Biscaglia ASP-Laziosanità, Alessandra Brandimarte ASL RME, Silvia Iacovacci AUSL Latina;

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il Presidente
Nicola Zingaretti



Piano Regionale della Prevenzione

2010-2012

(PRP)

QUADRO OPERATIVO

PROROGA ANNO 2013

(MODIFICHE ALLEGATO C DGR 613/2010)

| Prospetto del Quadro Operativo del PRP Proroga anno 2013 | | | |
|---|---|---------------|---|
| N. progetto | Linea di intervento | Codice | Titolo del programma/progetto |
| 1 | Valutazione del rischio individuale di malattia | 1.1.1 | Malattie metaboliche e screening neonatale allargato |
| 2 | Valutazione del rischio individuale di malattia | 1.1.2 | Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine |
| 3 | Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale | 2.1.1 | Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSR |
| 4 | Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale | 2.1.2 | Promozione della salute verso i neo genitori |
| 5 | Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate | 2.2.1 | È possibile rendere sicure le sostanze pericolose |
| 6 | Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate | 2.2.2 | “Siamo sicuri che si può lavorare sicuri” |
| 7 | Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito | 2.3.1 | Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici tra |

| | | | |
|----|--|-------|--|
| | domestico | | gli anziani e bambini di 0-4 anni |
| 8 | Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione | 2.4.1 | Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali |
| 9 | Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione | 2.4.2 | Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio |
| 10 | progetto 10_2.6.1: CONCLUSO | | |
| 11 | Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate | 2.9.1 | Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini |
| 12 | Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate | 2.9.2 | Formazione nelle scuole e verso i neo genitori |
| 13 | Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate | 2.9.3 | Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro |
| 14 | Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate | 2.9.4 | Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo |
| 15 | Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate | 2.9.5 | Prevenzione dell'iniziazione al consumo di tabacco e sostanze |
| 16 | Tumori e screening | 3.1.1 | Consolidamento e qualificazione dei programmi di screening organizzati |
| 17 | Tumori e screening | 3.1.2 | Innovazione tecnologica PS su mammella, cervice uterina e colon-retto |
| 18 | Malattie cardiovascolari | 3.2.1 | Promozione degli strumenti per la valutazione e riduzione del rischio |

| | | | |
|----|---|-------|---|
| | | | cardiovascolare individuale |
| 19 | Diabete | 3.3.1 | Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze |
| 20 | Malattie osteoarticolari | 3.5.1 | Prevenzione della progressione dell'artrite reumatoide mediante diagnosi e terapia nelle fasi precoci di malattia |
| 21 | Disturbi psichiatrici | 3.7.1 | Prevenzione della popolazione a rischio |
| 22 | Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza | 4.2.1 | Monitoraggio della copertura e della qualità percepita degli interventi sociosanitari nella popolazione degli anziani |

Copia

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Malattie metaboliche e screening neonatale allargato

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia

N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

1.1.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Descrizione ed analisi del problema

Nell'ultimo decennio l'utilizzo della spettrometria di tandem massa (MS/MS) ha modificato in modo sostanziale la filosofia dello screening neonatale, rendendo possibile l'analisi di un'ampia gamma di metaboliti, il cui profilo di alterazione può condurre all'identificazione di oltre 40 Errori Congeniti del Metabolismo su un singolo spot di sangue. Questo innovativo approccio allo screening, definito Screening Neonatale Allargato, permette l'individuazione precoce di un'ampia gamma di patologie del metabolismo intermedio – organico acidurie, aminoacidopatie, difetti di ossidazione degli acidi grassi e del ciclo dell'urea – con una incidenza complessiva e di circa 1:3000 nati vivi, buona parte delle quali ad alto rischio di scompenso metabolico ma suscettibili di un rilevante miglioramento della prognosi se precocemente trattati. Lo Screening Neonatale Allargato è attivo oggi solo in alcune regioni d'Italia quali Toscana e Liguria e in parte nel Lazio. In previsione dell'adozione da parte di altre regioni di programmi di Screening Neonatale Allargato, le Società Scientifiche SISN SIMMESN hanno già prodotto un documento di riferimento che stabilisce precise linee guida per l'organizzazione del servizio di screening esteso su base regionale. Mentre per le malattie oggetto dello screening neonatale "tradizionale" (fibrosi cistica, fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito, galattosemia) si sono col tempo consolidati precisi percorsi diagnosticoassistenziali, mancano al momento a livello nazionale linee di indirizzo che stabiliscano in dettaglio i percorsi assistenziali e i requisiti essenziali per l'attività degli operatori coinvolti nella presa in carico e nel trattamento dei soggetti affetti dalle malattie oggetto dello screening allargato.

Va inoltre sottolineato che le malattie diagnosticabili con lo Screening Neonatale Allargato costituiscono un gruppo patologie eterogenee con quadri clinici variabili da malattie a rischio di scompenso metabolico acuto (es. organico acidurie, difetti della beta ossidazione e difetti del ciclo dell'urea) ad altre con andamento lentamente progressivo (es. fenilchetonuria e altre aminoacidopatie).

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

Questi nuovi scenari così complessi devono articolarsi secondo percorsi differenziati, specifici per ciascuna patologia, prevedendo diverse modalità e tempistiche per quanto attiene alla comunicazione, alla conferma diagnostica e alla presa in carico del centro clinico.

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

Tali linee di indirizzo, per inserirsi nella realtà assistenziale delle regioni coinvolte nel progetto devono produrre, in considerazione della specificità delle patologie interessate, degli algoritmi di diagnosi e di trattamento condivisi tra i tecnici del settore ed adattati alle realtà locali (sul tipo degli ACT Sheets dell'ACMG Newborn Screening Working Group) e devono definire una rete assistenziale che integri tutte le competenze presenti sul territorio ottimizzandone l'interazione nell'ottica della presa in carico del paziente dal momento della diagnosi a quella del trattamento e del follow-up clinico.

Per la realizzazione di questo innovativo modello assistenziale, centrato sul paziente con malattia metabolica, appare indispensabile la partecipazione delle Società Scientifiche e delle Associazioni di genitori/pazienti.

Beneficiari

- Coorte dei nuovi nati Regione Lazio dalla partenza del progetto fino a dicembre 2012 (circa 50.000/anno)
- Famiglie portatrici di malattie metaboliche ereditarie identificate attraverso screening neonatale allargato
- Strutture e Operatori Servizio Sanitario Regionale (Ospedali, Centri Nascita, Consultori, Pediatri di Base, ecc.)

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

OBIETTIVO GENERALE di SALUTE: Costruzione di una Rete Assistenziale Integrata per i Bambini con Malattie Metaboliche diagnosticate attraverso Screening Neonatale Allargato

OBIETTIVO DI PROCESSO SPECIFICI

1: Creazione di "Clinical Pathways" differenziate, specifiche per ciascuna delle patologie diagnosticabili attraverso Screening Neonatale Allargato. Le differenti Clinical Pathways saranno centrate sulle caratteristiche cliniche della malattia: forme acute vs croniche, malattie multisistemiche vs malattie mono-organo; necessità assistenziali ad alta complessità (trattamento intensivo, dialisi, trapianti d'organo).

2: Individuazione nel territorio regionale dei Centri Clinici di riferimento in funzione di competenze acquisite e in relazione a reperibilità medico-laboratoristica H24, posti letto area neonatologica/intensivistica per pazienti acuti, in relazione a quanto deliberato in merito a sorveglianza, diagnosi e terapia delle Malattie Rare (Decreto Ministeriale 18.5.2001 n.279 20/02/2004)

3: Creazione di un network informatico per flusso dati fra i vari operatori coinvolti (Centro Screening, Centro Clinico, Pediatria di base, Aziende Sanitarie Locali, Osservatorio Epidemiologico Regionale, ecc)

| Indicatori | Fonte di verifica | Valore atteso al 31.12. 2013 | Valore osservato al 31/12/2013 |
|---|---------------------------------|---|--------------------------------|
| Documento redatto dal Tavolo Tecnico Regionale che stabilisca le Linee Guida per lo Screening Neonatale esteso nella regione | Atti Regione Lazio | Approvazione del documento Linee Guida redatto dal Tavolo Tecnico - proposta di Decreto del Commissario ad acta | |
| Istituzione di clinical pathways specifiche per ciascuna delle malattie comprese nel panel stabilito dal Tavolo Tecnico Regionale | Relazione referente di progetto | Creazione di specifiche clinical pathways | |
| Promozione di un network informatico integrato | Relazione referente di progetto | Verifica della fattibilità del network informatico | |
| Attività di informazione presso ASL, centri nascita, ecc. attraverso la produzione di una brochure ON LINE che illustri il programma di screening neonatale regionale | Relazione referente di progetto | Realizzazione del materiale informativo on line | |
| | | | |

Regione Lazio

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

1.1. Valutazione del rischio individuale di malattia

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

1.1.2.

Breve descrizione dell'intervento programmato

Come è noto, la celiachia è un'intolleranza permanente al glutine che , se ingerito anche in minime quantità, provoca nei soggetti affetti un malassorbimento da cui possono derivare patologie gravi, in particolare nei bambini.

In Italia i soggetti cui è stata diagnosticata la celiachia sono circa 60.000 ma si stima che il loro numero sia almeno 10 volte superiore in quanto molti soggetti soffrirebbero di una forma silente.

In considerazione dell'elevato numero di soggetti affetti , che spesso pervengono alla diagnosi tardivamente , il Ministero della Salute ha previsto una serie di interventi finalizzati a promuovere la conoscenza della malattia e favorire la diagnosi precoce, tenuto conto della valenza terapeutica della dieta priva di glutine, tanto maggiore quanto più precocemente avviata.

Tale mandato istituzionale è in linea con quanto sancito esplicitamente dalla Legge 4 luglio 2005 n.123 "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia" .

L'intervento programmato pertanto è in continuità con la precedente linea progettuale e si propone di implementare ulteriormente, rispetto al P.R.P. 2010-2012 le attività d'informazione, attraverso una diffusione capillare di materiale divulgativo nelle scuole elementari presenti sul territorio regionale, che consenta di aumentare il grado di conoscenza della malattia da parte delle famiglie, raggiungendo in tal modo, complessivamente nel periodo 2010-2013, il 30% delle scuole censite.

Attori coinvolti: S.I.A.N, Scuole Elementari Pubbliche, (Dirigenti Scolastici ed Insegnanti, Genitori, Allievi)

Articolazione dell'intervento

Come è noto il progetto realizzato nel triennio 2010-2012, si è incentrato sulla divulgazione nelle scuole elementari pubbliche delle attuali conoscenze sul morbo celiaco attraverso la

distribuzione di un opuscolo informativo elaborato ad hoc e stampato a cura della Regione Lazio.

La proposta di prosecuzione del progetto per l'anno 2013 deriva da tre presupposti:

- A. la disponibilità residua di un numero consistente di copie dell'opuscolo stampato dalla Regione, grazie al fatto che nel 2011 alcune A.S.L. hanno provveduto a stampare gli opuscoli in proprio per garantire il rispetto dei tempi previsti
- B. la possibilità, in analogia con quanto effettuato nel precedente PRP, di ottimizzare le risorse disponibili, abbinando gli interventi nelle scuole che saranno svolti nell'ambito del progetto 2.9.2. A
- C. l'opportunità di estendere significativamente la divulgazione dell'opuscolo attraverso il web.

Tenuto conto di quanto sopra, per l'anno 2013, il progetto sarà così articolato:

- 1) prosecuzione della distribuzione delle copie cartacee dell'opuscolo fino ad esaurimento delle scorte;
- 2) ulteriore divulgazione dell'opuscolo attraverso il web

Beneficiari

Allievi delle scuole elementari pubbliche

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Favorire la diagnosi precoce dell'intolleranza alimentare al glutine attraverso la diffusione capillare di materiale informativo nelle scuole elementari.

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|---|--|---|------------------|
| | | <i>ATTESO</i> | <i>OSSERVATO</i> |
| <i>N° Scuole elementari raggiunte dall'intervento nel 2013 / N° totale scuole censite</i> | <i><u>Relazione dei referenti SIAN</u></i> | <i>10 %</i> | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSR

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i:

2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

2.1.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Nel 2011 gli incidenti stradali con lesioni a persone rilevati in Italia sono stati 205.638. Il numero dei morti (entro il 30° giorno) è stato di 3.860, quello dei feriti ammonta a 292.019 (ISTAT 2012).

Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte tra i giovani tra 15 e 29 anni e rappresentano anche una delle cause principali di invalidità. Per il Lazio nel 2011 l'ISTAT riporta 425 decessi e circa 37.000 feriti.

L'Oms Europa definisce e suggerisce un approccio multi-settoriale per la promozione della sicurezza stradale (OMS, 2009). Inoltre, descrive tre ambiti rilevanti per la prevenzione: la raccolta di dati sull'impatto degli incidenti, gli interventi di prevenzione e la condivisione delle strategie preventive che si sono dimostrate efficaci. E' evidente che gli interventi di prevenzione possono essere realizzati in maniera congiunta, o a volte solo (vedi interventi infrastrutturali) da istituzioni esterne al SSR. Infatti, gli Interventi per modificare i fattori di rischio sono molteplici, dalla progettazione stradale, agli interventi sui veicoli, sugli utenti della strada e sui fattori di rischio comportamentale. Nonostante questo, il servizio sanitario, per sua vocazione naturale, può svolgere un ruolo di advocacy verso altre istituzioni.

La rilevazione sull'incidentalità stradale a livello nazionale è esterna al Servizio Sanitario Nazionale, essendo frutto dell'azione congiunta dei seguenti Enti: ACI, Ministero dell'Interno, Polizie Municipali, Polizia stradale, Carabinieri, Uffici Statistici dei Comuni, che hanno sottoscritto una convenzione con l'ISTAT finalizzata alla raccolta, al controllo, alla registrazioni su supporto informatico e al successivo invio dei dati all'ISTAT.

Tra i limiti del sistema di sorveglianza ACI-ISTAT vi è la mancanza di una sistematica rilevazione dell'evento, se non quello registrato dalle forze di polizia) e delle sue conseguenze sanitarie. Nella regione Lazio la sorveglianza degli esiti sanitari degli incidenti stradali, basata sugli accessi in Pronto Soccorso, è stata attivata a partire dall'anno 2000 ed è ormai consolidata. Tramite questa sorveglianza, si è potuto osservare un'incidenza molto più alta (rispetto al dato ufficiale) di persone che sono state coinvolte in incidenti stradali e un tasso di mortalità del 20% circa superiore al tasso "ufficiale". La sorveglianza sanitaria, inoltre, aggiunge informazioni sulle conseguenze sanitarie degli incidenti, fornendo un quadro preciso della tipologia di lesione, della gravità e dell'esito dell'accesso in Pronto Soccorso. Inoltre, con i sistemi informativi correnti è possibile seguire il paziente nel suo percorso sanitario e stabilire i costi sanitari degli incidenti. Questi dati insieme al nuovo sistema di sorveglianza PASSI, che attivo dal 2007 rileva informazioni a livello di ASL su uso di dispositivi di sicurezza e guida sotto influenza di alcol, permettono di avere un quadro completo del fenomeno degli incidenti stradali necessario per effettuare e valutare interventi di prevenzione.

In quest'ottica la diffusione dei dati riguardanti gli incidenti stradali sia a stakeholder esterni al Servizio Sanitario Regionale (scuole, scuole guida, polizia municipale e stradale) sia alle stesse ASL, svolge un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato delle conoscenze, nel migliorare i comportamenti, nel migliorare la sicurezza delle infrastrutture stradali e nel promuovere la sicurezza per le categorie più deboli di utenti della strada.

L'obiettivo di questo progetto è la diffusione dei dati di sorveglianza sanitaria, finalizzata alla sensibilizzazione al problema di tutti gli operatori interni ed esterni al SSR, e all'individuazione di possibili misure di contrasto e prevenzione.

Questa attività è coerente con:

- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- Piano Nazionale per la Prevenzione 2005-2007 (piano di prevenzione incidenti stradali)
- Piano Sanitario Regionale 2010-2012

Le attività che ci si propone di realizzare nel 2013 sono:

- Mantenimento del gruppo di coordinamento composto dalla rete referenti aziendali. I membri del gruppo di coordinamento lavoreranno con l'obiettivo di individuare le migliori strategie di coinvolgimento dei soggetti esterni, e discuteranno i risultati della sorveglianza;
- Continuazione del lavoro dei referenti aziendali in merito all'individuazione all'interno di ciascuna ASL delle istituzioni da coinvolgere
- Elaborazione e trasferimento dei dati di sorveglianza sanitaria. Parte di questa attività sarà di tipo "comunicativo", strumento facilmente fruibile da parte di operatori esterni al SSR

- Diffusione dati di sorveglianza ai soggetti esterni SSR individuati

La linea progettuale è in continuità con la precedente e gli indicatori 2013 sono stati modificati.

Cronoprogramma progetto

| ATTIVITA' | ANNO 2013 | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | GEN | FEB | MAR | APR | MAG | GIU | LUG | AGO | SET | OTT | NOV | DIC |
| COORDINAMENTO DEL PROGETTO (RIUNIONI) | | | | | | | | | | | | |
| DEFINIZIONE ALLEANZE | | | | | | | | | | | | |
| AGGIORNAMENTO DOCUMENTO TECNICO DI SINTESI DATI DI SORVEGLIANZA | | | | | | | | | | | | |
| TRASFERIMENTO DOCUMENTO TECNICO DI SINTESI | | | | | | | | | | | | |

Beneficiari: Istituzioni coinvolte nella problematica incidenti stradali ed esterne al SSR

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Concorrere ad aumentare l'informazione sul fenomeno incidenti stradali e suggerire possibili azioni di contrasto e prevenzione

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013 | |
|---|-------------------------------------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO |
| Organizzazione di incontri rete dei referenti aziendali | Documentazione ASP | 3 | |
| Realizzazione di un documento tecnico di sintesi finale | Relazione ASP su Documentazione ASL | Sì | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Promozione della salute verso i neo genitori

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i:

2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

2.1.2

Breve descrizione dell'intervento programmato

Ogni anno in Italia più di 8000 bambini sotto i 13 anni sono coinvolti in incidenti stradali. La mortalità e la morbosità legate al trasporto in auto sono dovuti sia al mancato utilizzo dei sistemi di sicurezza sia ad un uso inappropriato degli stessi.

In Italia sono pochi i dati, che derivano da interviste effettuate ai genitori, sull'uso del seggiolino per il trasporto dei bambini, mentre non si dispone di dati sul suo corretto utilizzo. Nel Lazio il 30% dei genitori dichiara di non utilizzare il seggiolino (indagine PASSI). I comportamenti non corretti dei genitori derivano dalla convinzione che il bambino sia protetto sul sedile posteriore o in braccio ad un adulto o che brevi percorsi e situazioni occasionali non costituiscano pericolo.

In particolare è per i bambini più grandi di età che il seggiolino viene utilizzato meno. Un'indagine del Veneto svolta nel 2007 nell'ambito del "Programma regionale di prevenzione dei traumi da traffico" riporta che su 4735 soggetti osservati il 55,1% dei bambini di età apparente inferiore agli 11 anni risulta assicurato e, differenziando per età, sono assicurati: l'80,8% dei bambini dell'asilo nido; il 60,5% dei bambini delle scuole dell'infanzia; il 43% dei bambini delle scuole primarie.

Se utilizzato e correttamente allacciato il seggiolino riduce il rischio di morte da incidente stradale del 69% sotto l'anno di vita e del 47% tra 1 e 4 anni (*National Center for Health Statistics. Health, 1996-97. Hyattsville, , 1997*) e il 24% dei traumi non fatali in età pediatrica (*Ruta D, et al. 1993*).

Dalla valutazione effettuata nell'ambito della campagna GenitoriPiù, è risultato che le conoscenze dei genitori su questa tematica sembrano essere abbastanza diffuse anche se i genitori stessi dichiarano che circa un bambino su 5 viene trasportato in auto in maniera non sicura.

Due sono i problemi da affrontare: il mancato utilizzo da parte di molti automobilisti dei sistemi di ritenuta durante il trasporto dei bambini in auto e uno scorretto utilizzo degli stessi.

I comportamenti scorretti sono motivati dalla convinzione che il bambino stia scomodo sul seggiolino, dal

presupposto che il trasporto sul sedile posteriore sia comunque sicuro, e dalla mancata percezione del rischio del trasporto quando si tratta di un bambino molto piccolo, soprattutto quando il percorso è limitato e cittadino, ritenuto, a torto, più sicuro.

Le revisioni di letteratura dimostrano l'efficacia di interventi rivolti ai genitori per ridurre i traumi non intenzionali (*Kendrick D et al. 2009*). Una revisione volta a determinare l'efficacia degli interventi per incrementare l'uso del seggiolino (*Zaza S et al. 2001*) ha stabilito che il counselling faccia a faccia tra l'operatore sanitario e i genitori è uno strumento efficace per l'incremento dell'uso del seggiolino. Altri interventi molto efficaci riguardano l'uso dei media e la distribuzione gratuita dei seggiolini, soprattutto per le famiglie meno abbienti. È quindi necessario pianificare interventi di counselling, consistenti nel riprendere periodicamente con i genitori l'informazione sull'importanza di questa misura protettiva, per mantenere viva l'attenzione ed evitare che la percezione del rischio si riduca.

Per far questo va consolidata la conoscenza degli operatori su questo tema e soprattutto sostenuta la pratica di dare consigli ai genitori all'interno del percorso nascita, infatti al fine del successo di iniziative di promozione della salute che richiedono un coinvolgimento attivo della popolazione, è fondamentale la convinzione e l'atteggiamento da parte degli operatori sociosanitari, che devono poter sia esercitare le loro attività che comunicare in modo coerente i messaggi di promozione della salute.

L'approccio su cui si deve basare l'intervento di counselling è quello del favorire la partecipazione attiva (empowerment) dei genitori; tale scelta deriva dalla consapevolezza dei limiti di una modalità esclusivamente prescrittiva in un sistema sanitario evoluto, e dall'impossibilità di prescrivere comportamenti che poggiano sull'interiorizzazione da parte delle famiglie del compito di salute proposto. Nell'ambito della promozione della salute perinatale e infantile, sono da tempo considerati come prioritari, in quanto di efficacia dimostrata e con effetti importanti sulla salute, interventi finalizzati alla promozione di diverse pratiche di prevenzione come anche l'utilizzo di appropriati mezzi di protezione del bambino negli spostamenti, anche brevi, in automobile.

Sul piano metodologico il progetto presuppone un *lavoro integrato di rete* (nella sanità e con gli altri soggetti coinvolti, i cosiddetti stakeholders), l'ottimizzazione delle risorse (una campagna - molte azioni) e il coinvolgimento della famiglia nella gestione della salute propria e dei propri figli (empowerment).

Oltre agli effetti incrociati tra i diversi fattori protettivi, è questo assetto metodologico, teso a valorizzare capacità e competenze, a sostenere senza sostituirsi, che rappresenta il filo conduttore comune.

Le attività di promozione dell'uso del seggiolino in auto sono coerenti con:

- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ("promuovere campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere)

- Piano Nazionale per la Prevenzione 2005-2007 (piano di prevenzione incidenti stradali).

documento programmatico "Guadagnare Salute" – Rendere facili le scelte salutari", che prevede un intervento "multicomponenti" con attività di comunicazione e informazione per la salute.

- La campagna Nazionale di comunicazione Genitori Più

Inoltre le attività che verranno realizzate nel 2013 sono coerenti con quanto è stato già fatto nel triennio 2010-2012, nella stessa linea di attività del PRP.

L'intervento di promozione dell'uso del seggiolino fa riferimento al modello validato Genitoripiù:

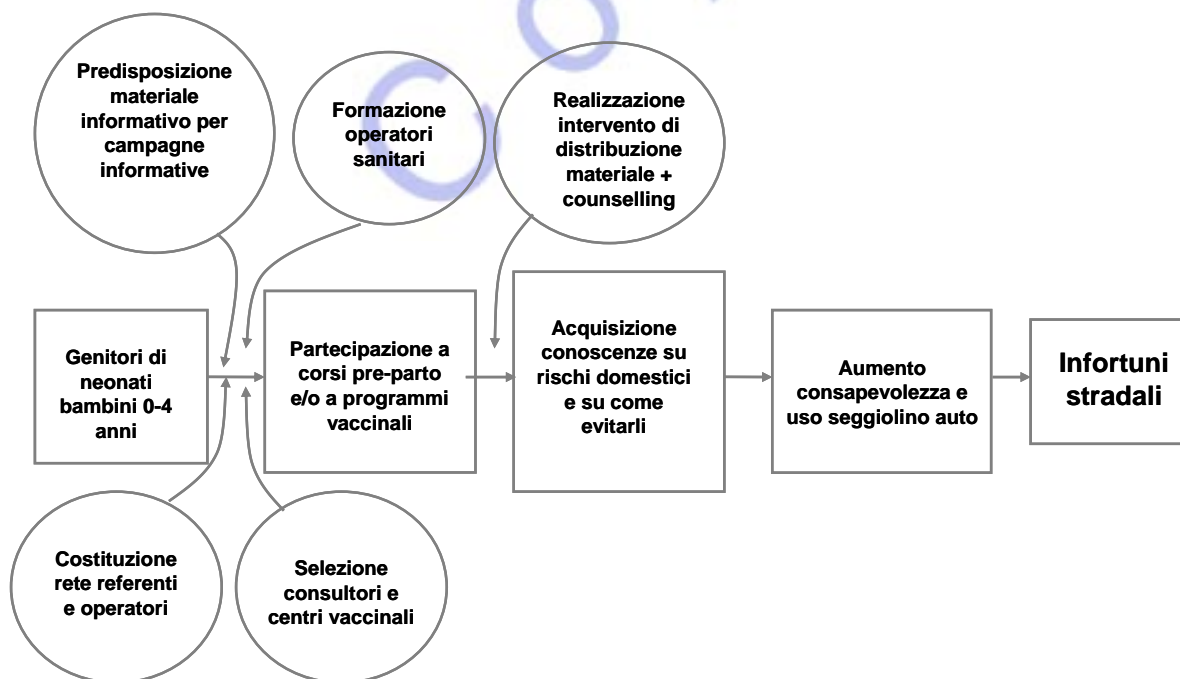
- 1) *Continuazione del lavoro di rete* che coinvolga attivamente i servizi territoriali (consultori familiari, presidi vaccinali) nello sviluppo dell'intervento di promozione dell'AS.
- 2) *formazione/aggiornamento degli operatori*, laddove necessario, per il trasferimento delle conoscenze e competenze, soprattutto sulle tecniche di *counselling* rivolta agli operatori dei servizi territoriali che svolgono attività inerenti al percorso nascita
- 3) *promozione* attraverso la consegna di materiali informativi, realizzati nel 2012, ai genitori in varie occasioni di incontro, insieme a un minicounselling verbale.

Verranno inoltre potenziati altri strumenti comunicativi per i neogenitori, come ad esempio, la pagina del sito web di Laziosanità dedicata a tale attività.

Lo schema che segue è da intendersi come lo schema dell'intervento nella sua globalità, include attività già realizzate a partire dal 2010.

La linea progettuale è in continuità con la precedente e gli indicatori 2013 sono stati modificati.

Schema intervento



Cronoprogramma Intervento

| ATTIVITA' | ANNO 2013 | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | GEN | FEB | MAR | APR | MAG | GIU | LUG | AGO | SET | OTT | NOV | DIC |
| COORDINAMENTO DEL PROGETTO (RIUNIONI) | | | | | | | | | | | | |
| DISTRIBUZIONE MATERIALE INFORMATIVO | | | | | | | | | | | | |
| ELABORAZIONE/AGGIORNAMENTO DELLE PAGINE SITO WEB | | | | | | | | | | | | |

Beneficiari:

operatori territoriali dedicati
genitori/neonati

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Concorrere ad aumentare l'informazione e ad incrementare le competenze genitoriali perché la scelta di utilizzare il seggiolino auto, anche per brevi tragitti, sia consapevole ed effettivamente praticabile.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013 | |
|---|--------------------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO |
| Organizzazione di incontri rete dei referenti aziendali | Documentazione ASP | 3 | |
| Modifica pagina web sito Laziosanità | Sito web | si | |

Titolo del Progetto o del programma:

E' possibile rendere sicure le sostanze pericolose

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

2.2.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

L'esposizione alle sostanze potenzialmente dannose per la salute in ambito lavorativo, e le conseguenti ricadute in termine di patologie professionali, tumorali e non, deriva da inadeguate metodologie utilizzate in fase di valutazione dei rischi, da inadeguati metodi di stima dell'effettiva esposizione del lavoratore, dalla capacità delle misure di prevenzione e protezione di far diminuire il rischio.

Il progetto affronta in maniera sistematica e condivisa l'argomento normato nel Titolo IX del D.Lgs. 81/08, ed ha come obiettivo generale quello di ridurre i livelli di esposizione dei lavoratori alle sostanze pericolose in ambito lavorativo, e prevede:

- l'incremento dell'efficienza e dell'efficacia delle attività di prevenzione e vigilanza dei Servizi Presal che dovranno potenziare tali attività verso le aziende del settore, fornendo nel contempo strumenti e assistenza alle imprese;
- lo sviluppo di un sistema regionale di rilevazione epidemiologica delle patologie da lavoro a carattere tumorale (D.Lgs. 81/08, art 244) e non;
- il potenziamento delle attività di sorveglianza e assistenza sanitaria agli ex-esposti
- lo sviluppo di una stretta collaborazione tra i Servizi Presal e le Associazioni di categoria con l'obiettivo di sensibilizzare e informare le Associazioni di categoria in modo che siano in grado di trasformare le occasioni di incontro con gli iscritti, in occasioni di scambio e informazione rispetto ai temi della salute e sicurezza

Il contesto

Le sostanze pericolose sono presenti in molti luoghi di lavoro e l'esposizione ad esse ed ai rischi che ne derivano può verificarsi in molti luoghi di lavoro, sia in quelli in cui si producono che in quelli in cui vengono utilizzate.

Tali sostanze, fra cui comprendiamo agenti chimici, agenti cancerogeni e mutageni, possono essere responsabili di numerose e differenti tipologie di danno: neoplasie, alterazioni nella capacità di riproduzione, o provocare menomazioni alla nascita. Altre sostanze possono causare danni al cervello, al sistema nervoso e provocare asma e pelle patologie cutanee.

Il danno derivato dalle sostanze pericolose può essere causato da una singola esposizione di breve durata oppure dall'accumulo di sostanze all'interno del corpo nell'arco di un lungo periodo di tempo.

Nella Regione Lazio la distribuzione delle aziende e degli addetti per comparto, nonché l'andamento delle malattie da lavoro denunciate all'INAIL dal 2000 al 2008 sono descritti nelle tabelle seguenti.

| Regione Lazio- Anno 2008 | | |
|--------------------------|-------------------------|----------|
| Comparti | Aziende (P.A.T. attive) | Addetti |
| 01 Agrindustria e pesca | 2136 | 5.459,5 |
| 02 Estrazioni minerali | 269 | 4.475,8 |
| 03 Industria Alimentare | 4244 | 21.097,4 |

| | | |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| 04 Industria Tessile | 4485 | 10.684,5 |
| 05 Industria Conciaria | 87 | 238,2 |
| 06 Industria Legno | 4461 | 9.926,1 |
| 07 Industria Carta | 2943 | 13.567,0 |
| 08 Industria Chimica e Petrolio | 885 | 25.925,0 |
| 09 Industria Gomma | 768 | 3.003,0 |
| 10 Ind. Trasf. Non metalliferi | 2084 | 12.811,8 |
| 11 Industria Metalli | 84 | 1.935,2 |
| 12 Metalmeccanica | 16851 | 61.720,3 |
| 13 Industria Elettrica | 2612 | 20.819,7 |
| 14 Altre industrie | 6480 | 15.398,4 |
| 15 Elettricità Gas Acqua | 264 | 58.744,1 |
| 16 Costruzioni | 56319 | 166.678,5 |
| 17 Commercio | 43013 | 129.633,7 |
| 18 Trasporti | 13713 | 178.560,2 |
| 19 Sanità | 7214 | 145.298,6 |
| 20 Servizi | 142428 | 1.382.510,0 |
| 99 Comparto non determinabile | 9218 | 11.145,0 |
| | 320.558,0 | 2.279.632,0 |

Fonte dati Flussi informativi INAIL-Regioni; elaborazioni a cura di Laziosanità-ASP

| Regione Lazio - Malattie Professionali denunciate per comparto a anno. | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| Anni 2000 - 2008 | | | | | | | | | | |
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Totale |
| 00 Agricoltura | 24 | 31 | 39 | 19 | 33 | 41 | 33 | 51 | 37 | 308 |
| 01 Agrindustria e pesca | 2 | 3 | . | 6 | 3 | 3 | 5 | 5 | . | 27 |
| 02 Estrazioni minerali | 31 | 11 | 10 | 17 | 9 | 10 | 13 | 12 | 12 | 125 |
| 03 Industria Alimentare | 19 | 28 | 31 | 27 | 27 | 31 | 25 | 22 | 28 | 238 |
| 04 Industria Tessile | 9 | 29 | 15 | 18 | 22 | 19 | 15 | 13 | 10 | 150 |
| 05 Industria Conciaria | . | . | 1 | 1 | . | . | 1 | . | 1 | 4 |
| 06 Industria Legno | 13 | 17 | 29 | 25 | 25 | 30 | 13 | 25 | 23 | 200 |
| 07 Industria Carta | 39 | 31 | 48 | 59 | 29 | 32 | 29 | 21 | 13 | 301 |
| 08 Industria Chimica e Petrolio | 21 | 33 | 34 | 48 | 49 | 38 | 32 | 17 | 38 | 310 |
| 09 Industria Gomma | 5 | 7 | 11 | 9 | 3 | 4 | 3 | 2 | 5 | 49 |
| 10 Ind. Trasf. Non metalliferi | 50 | 69 | 53 | 48 | 71 | 48 | 52 | 76 | 61 | 528 |
| 11 Industria Metalli | 3 | 6 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 6 | 9 | 34 |
| 12 Metalmeccanica | 79 | 107 | 124 | 137 | 125 | 97 | 88 | 83 | 101 | 941 |
| 13 Industria Elettrica | 28 | 19 | 14 | 21 | 26 | 17 | 16 | 23 | 17 | 181 |
| 14 Altre industrie | 5 | 16 | 7 | 16 | 16 | 15 | 13 | 13 | 6 | 107 |
| 15 Elettricità Gas Acqua | 52 | 55 | 83 | 55 | 55 | 63 | 76 | 128 | 194 | 761 |
| 16 Costruzioni | 136 | 144 | 187 | 173 | 159 | 203 | 159 | 177 | 246 | 1584 |
| 17 Commercio | 14 | 14 | 17 | 18 | 29 | 37 | 25 | 18 | 35 | 207 |
| 18 Trasporti | 96 | 148 | 250 | 222 | 172 | 136 | 176 | 186 | 279 | 1665 |
| 19 Sanità | 14 | 37 | 31 | 44 | 61 | 80 | 58 | 75 | 73 | 473 |
| 20 Servizi | 253 | 386 | 544 | 469 | 514 | 555 | 396 | 336 | 541 | 3994 |
| 21 Conto Stato | 14 | 10 | 17 | 14 | 14 | 49 | 15 | 15 | 20 | 168 |
| 99 Comparto non determinabile manca inf. | . | 2 | 2 | 3 | . | 1 | 15 | 11 | 15 | 49 |
| Totale | 1449 | 1663 | 1846 | 1726 | 1747 | 1778 | 1725 | 1820 | 2064 | 15818 |

Fonte dati Flussi informativi INAIL-Regioni; elaborazioni a cura di Laziosanità-ASP

Con l'entrata in vigore del D.Lgs 81/08, e specificatamente al Titolo IX del decreto, viene normato in maniera articolata tutto l'ambito che riguarda la protezione da agenti chimici, cancerogeni e mutageni.

Ancorchè le normative in materia siano state emanate da alcuni anni, con il decreto 81/08 si sono

esplicitati in maniera più analitica i criteri di corretto affronto della valutazione dei rischi e delle conseguenti misure da adottare per la tutela della salute dei lavoratori.

Da un punto di vista delle sostanze utilizzate e oggetto di esposizione al rischio bisogna considerare che tali sostanze, liquide, gassose o solide, si trovano in quasi tutti gli ambienti di lavoro, comprese le (PMI) e comprendono sia materie prime che prodotti secondari dell'attività produttiva. A ciò si aggiunge la presenza di più sostanze nello stesso ciclo lavorativo che configura spesso l'esposizione del lavoratore a numerose tipologie di inquinanti

L'aggiornamento normativo e tecnologico configurano tale tipo di contesto su cui intervenire:

- frammentarietà nell'organizzazione del lavoro
- necessità di adeguamento per l'applicazione delle norme
- crisi economica e dei mercati
- aumento del numero di sostanze e di preparati pericolosi presenti in commercio e utilizzati nelle diverse attività lavorative
- immissione in commercio di nuove sostanze, poco studiate, anche per gli effetti a lungo termine e gli effetti sinergici

I problemi

Ad oggi, per la molteplicità e per l'introduzione costante di nuove sostanze, la valutazione ed il controllo dei rischi per i lavoratori presenta numerose problematiche.

La inadeguata gestione dei rischi da esposizione a sostanze pericolose costituisce, pertanto, il principale problema che il progetto intende affrontare in maniera efficace. Tale inadeguata gestione dei rischi discende da vari fattori.

La specificità delle lavorazioni in cui sono utilizzate le sostanze e la frequente difficoltà del datore di lavoro di gestire adeguatamente i rischi specifici (si pensi soprattutto alle PMI), anche per il basso livello di competenza sulle tematiche di gestione di tali rischi. A questo deve aggiungersi che la crisi economica e occupazionale sicuramente contribuisce ad aumentare tali difficoltà

Ciò si lega alla problematica più generale di applicazione del Sistema di Gestione della Sicurezza previsto dal D.Lgs. 81/08

Dal lato delle attività di prevenzione e vigilanza da parte degli organi preposti, si osserva spesso una disomogeneità nei criteri di attuazione della vigilanza, che si concretizza anche in una assistenza alle imprese sulla corretta applicazione normativa non sempre efficace.

Si deve aggiungere, inoltre, la necessità di un deciso miglioramento delle conoscenze sia del numero delle aziende che dei lavoratori esposti, sia dell'incidenza di patologie lavorative riconducibili ad esposizioni a tali rischi, per incidere con più efficacia nelle strategie ed attività di vigilanza e prevenzione, volte a produrre ricadute positive sulla salute dei lavoratori.

Gli obiettivi e i risultati attesi

Lo scopo dei piani di prevenzione nello specifico ambito trattato in questo progetto, in coerenza con gli indirizzi europei al riguardo, è quello di realizzare interventi che contribuiscano ridurre i livelli di esposizione dei lavoratori alle sostanze pericolose attraverso l'eliminazione e la sostituzione delle stesse nei luoghi di lavoro.

Per raggiungere tali obiettivi, e proteggere la salute dei lavoratori, è necessario articolare le attività tenendo conto che si deve:

- Migliorare la conoscenza della distribuzione territoriale delle aziende con lavoratori esposti ai rischi specifici in base alle sostanze utilizzate nei cicli lavorativi, attraverso la definizione della mappatura [regionale](#)
- Migliorare l'efficacia delle attività di prevenzione e vigilanza realizzando, su tutto il territorio regionale, programmi mirati nei comparti a rischio per la ricerca attiva delle patologie da lavoro, elemento fondamentale non solo per favorire l'emersione delle stesse ma anche per definire il quadro di salute dei lavoratori di questi comparti. In questo senso si definiranno protocolli operativi omogenei

per l'attività di prevenzione e vigilanza, mirati anche alla ricerca attiva di patologie da lavoro e per adeguare la sorveglianza a favore degli ex esposti, anche al fine di svolgere in maniera mirata le attività territoriali rivolte agli stessi, quali ad esempio sportelli informativi

- fornire un'adeguata assistenza alle imprese per migliorare la loro capacità di gestione dei rischi specifici, attraverso la definizione e diffusione, in maniera condivisa con le associazioni di categoria, di linee di indirizzo per la adeguata gestione dei rischi specifici

Il coinvolgimento delle associazioni di categoria è un punto fondamentale dello sviluppo degli obiettivi, in quanto, oltre a coinvolgere i principali portatori di interesse, permette di contestualizzare obiettivi ed azioni in base alle esigenze da questi individuate come prioritarie.

Beneficiari

Lavoratori occupati nelle aziende in cui vi è un rischio di esposizione a sostanze pericolose (agenti chimici, agenti cancerogeni e mutageni) che saranno sottoposte ad interventi di prevenzione e vigilanza

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

In tale ottica il progetto si pone come obiettivi specifici:

- la mappatura del territorio regionale in termini di distribuzione delle aziende in cui sono presenti i rischi da sostanze pericolose e del numero dei lavoratori esposti ai rischi
- interventi mirati di vigilanza nelle aziende a rischio da parte dei Servizi delle ASL
- la realizzazione, su tutto il territorio regionale, di programmi per la ricerca attiva delle patologie da lavoro, per favorire l'emersione delle stesse e, conseguentemente, l'adozione di adeguate strategie di prevenzione
- il miglioramento delle sorveglianze sui lavoratori ex esposti alle sostanze pericolose, al fine di adeguare le attività territoriali rivolte agli stessi, quali ad esempio sportelli informativi,
- il potenziamento dell'assistenza alle imprese per migliorare la loro capacità di gestione dei rischi specifici, attraverso la definizione e diffusione, in maniera condivisa con le associazioni di categoria, di linee di indirizzo per la adeguata gestione dei rischi specifici

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|---|--|---|------------------|
| | | <i>ATTESO</i> | <i>OSSERVATO</i> |
| N. Aziende vigilate/n. aziende target nei comparti a rischio | Rilevazione regionale delle attività di vigilanza dei Servizi Presal delle ASL | 180/180 | |
| N. sportelli informativi dedicati per assistenza, e informazione per aziende e lavoratori/N. di ASL | Rilevazione regionale delle attività di vigilanza dei Servizi Presal delle ASL | 10 su 12 | |

Titolo del Progetto o del programma:

“Siamo sicuri che si può lavorare sicuri”

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i:

2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate

N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale:

2.2.2

Breve descrizione dell'intervento programmato

L'obiettivo di questo progetto è quello di definire e realizzare piani di intervento mirati ai comparti edilizia ed agricoltura nell'ottica della riduzione degli infortuni mortali e gravi. Ulteriore obiettivo è quello di migliorare le conoscenze sugli infortuni lavorativi, sui rischi presenti nell'ambiente di lavoro e sulle attività di prevenzione e vigilanza intraprese. I beneficiari individuati sono tutti i soggetti che a vario titolo fanno parte del sistema della prevenzione negli ambienti di lavoro ovvero i lavoratori, i Datori di Lavoro, RLS, RSPP, le Parti Sociali, le Associazioni di Categoria, i Medici Competenti ed i Servizi di Prevenzione degli ambienti di lavoro delle 12 ASL del territorio.

Obiettivo generale: riduzione del tasso degli infortuni mortali e gravi nel comparto edilizia e nel comparto agricoltura

Obiettivi specifici:

- 1) Miglioramento dei flussi informativi dei rischi e dei danni infortunistici, nonché delle attività di vigilanza e prevenzione realizzate dal sistema regionale
- 2) Definizione e realizzazione di piani di intervento mirati ai comparti edilizia ed agricoltura

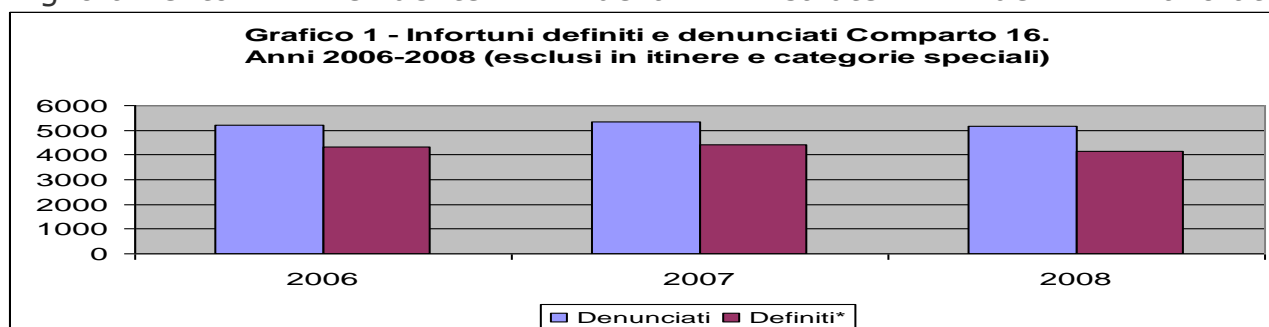
Analisi di Contesto

I dati provenienti dall'ISTAT mostrano un lieve incremento (1,2%) della popolazione residente nel Lazio tra il 2007 (5.493.308 residenti) ed il 2008 (5.561.017 residenti); l'8,5% dei residenti è rappresentato da soggetti nati all'estero (313.927). Il tasso di attività (rapporto tra popolazione attiva e persone in età lavorativa) è pari al 65,1% ed il tasso d'occupazione medio è pari al 60,2% : entrambi rilevano un trend superiore al dato nazionale (63% e 58%). Il tasso di disoccupazione regionale (rapporto percentuale tra persona in cerca di lavoro e forza lavoro x 100) a fine 2008 è pari al 7,5%. Nel periodo 2000-2008 si è registrata una riduzione del numero di infortuni sul lavoro (esclusi gli infortuni in itinere e quelli relativi a categorie speciali) del 9 % , alla quale hanno contribuito prevalentemente gli uomini (-15,1%), mentre tra le donne si è registrato un incremento del 6,2 %. Relativamente agli eventi mortali, l'andamento generale mostra una diminuzione progressiva nel corso degli anni (da 112 casi nel 2006 a 91 nel 2008). Di seguito uno schema di sintesi che descrive il problema di salute "infortuni sul lavoro e malattie professionali" (modello di Evans, 1990):

COMPARTO COSTRUZIONI

Il comparto delle costruzioni (16) comprende le costruzioni edili, idrauliche, stradali, di linee di trasporto e di distribuzione, di condotte, di impianti; di queste, le lavorazioni che impiegano il maggior numero di addetti sono le costruzioni edili. Nel periodo 2006-2008 si assiste ad una lieve riduzione degli infortuni denunciati che passano da 5198 nel 2006 a 5168 nel 2008 (-0,4%). Per quanto riguarda gli infortuni mortali, il comparto registra una lieve riduzione dei casi denunciati (da 30 nel 2006 a 20 nel 2008). In generale, nel comparto, nel 2008 avvengono il 22 % degli eventi mortali denunciati nella Regione ed il 29,5 % dei mortali definiti positivamente. Un dato interessante riguarda gli infortuni occorsi a lavoratori provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria definiti positivamente: si assiste ad un aumento consistente dei casi che passano da 593 eventi nel 2006 a 763 nel 2008. In conclusione il comparto costruzioni è il settore produttivo di maggior rilievo dopo quello dei servizi nella Regione Lazio sia dal punto di vista della numerosità degli addetti che del numero di infortuni rilevati e come tale deve essere oggetto di interventi mirati al fine di garantire un miglioramento evidente della salute dei lavoratori.

Grafico 1 - Infortuni definiti e denunciati Comparto 16. Anni 2006-2008 (esclusi in itinere e categorie speciali)



COMPARTO AGRICOLTURA

Le aziende agricole rappresentano un'importante settore produttivo nell'economia del Lazio in particolare in alcune province come Latina e Viterbo. La frequenza e la gravità degli infortuni in particolare quelli connessi con l'impiego di macchine agricole sono elevate a causa della particolare struttura produttiva costituita per circa l'89,4% da imprese individuali, per circa il 32,5 % da società di capitale e per il 4,8% da società di persone. Di seguito una tabella riassuntiva dell'andamento degli infortuni nel comparto agricoltura:

| Infortuni denunciati comparto agricoltura | | |
|--|--------------|--------------|
| 2006 | 2007 | 2008 |
| 2424 (4,8%)* | 2072 (4,2%)* | 1987 (4,1%)* |
| Infortuni con inabilità di grado >= al 6% comparto agricoltura | | |
| 2006 | 2007 | 2008 |
| 184 (8,9%)* | 160 (7,9%)* | 112 (7,7%)* |
| Infortuni mortali denunciati comparto agricoltura | | |
| 2006 | 2007 | 2008 |
| 11 (9,8%)* | 4 (4%)* | 9 (9,9%)* |
| *% sul totale | | |

L'obiettivo generale di questo progetto in linea con l'obiettivo del Piano Nazionale

di Prevenzione, è quello di ridurre il numero degli infortuni mortali e gravi nei comparti edilizia ed agricoltura attraverso azioni di vigilanza maggiormente efficaci ed efficienti ed attraverso una diffusione più capillare di informazioni e linee di indirizzo. Alla base dell' elevato numero di infortuni rilevati nei comparti edilizia ed agricoltura, nonostante il trend in diminuzione evidenziato dai dati assicurativi, si colloca sicuramente un aumento delle condizioni di rischio nei due comparti. In particolare per l'edilizia si registrano numerose irregolarità sui cantieri dovute sia ad una evidente difficoltà di applicazione della normativa vigente e sia ad una scarsa percezione del rischio presente nell'ambiente di lavoro da parte di lavoratori e imprese. Per l'agricoltura il problema più rilevante è sicuramente legato all'utilizzo di macchine agricole irregolari ed obsolete, conseguenza tra l'altro, dell'oggettiva difficoltà di adeguamento delle stesse. Per entrambi i comparti un fattore determinante nel condizionare il fenomeno infortunistico regionale è rappresentato dalla scarsa diffusione delle informazioni sui rischi e dalla conseguente scarsa percezione degli stessi da parte dei lavoratori e delle imprese. Fra i fattori alla base di questa minore attenzione alla sicurezza vi sono la piccola dimensione delle imprese e la scarsa formazione dei lavoratori spesso con esperienza non adeguata alla pericolosità delle mansioni. A fronte di una dimostrata rischiosità dei due comparti si registrano anche disomogeneità negli interventi di vigilanza sul territorio soprattutto per la mancanza di un censimento reale delle aziende operanti sul territorio (soprattutto per il comparto agricoltura) e sia per la carenza di linee di indirizzo ben definite.

L'obiettivo specifico del progetto è la realizzazione di interventi mirati da parte delle ASL nel comparto edilizia e in quello dell'agricoltura nei territori nei quali sono presenti tipologie di lavoro riferibili a tali comparti.

In particolare per il comparto edilizia l'obiettivo è quello di migliorare le condizioni di sicurezza nei cantieri edili attraverso:

- il censimento delle aziende operanti nel territorio
- l'utilizzo di metodi ispettivi standardizzati supportati da corsi di aggiornamento per gli operatori dei Servizi di Prevenzione e Vigilanza
- la diffusione di linee di indirizzo condivise per le aziende, i tecnici del settore e le associazioni di categoria

Per il comparto agricoltura l'obiettivo è quello di migliorare le condizioni di sicurezza delle macchine ed attrezzature attraverso:

- il censimento delle aziende garantendo la disponibilità di una anagrafe aggiornata delle aziende agricole
- la vigilanza mirata e con metodi standardizzati
- la diffusione di linee di indirizzo e l'assistenza alle imprese sull'adeguamento delle macchine

Alla base di tutto il quadro descritto si colloca la necessità di migliorare le capacità di conoscenza sulla distribuzione e le modalità di accadimento degli infortuni mortali e gravi a livello regionale al fine di rendere le attività di

prevenzione coerenti con le reali necessità del territorio. La rilevazione continua delle informazioni relative agli infortuni permetterebbe anche di monitorare l'efficacia degli interventi già intrapresi. La centralità del sistema informativo ai fini della programmazione e pianificazione delle iniziative di prevenzione degli infortuni sul lavoro è già stata evidenziata attraverso numerosi atti e normative sanciti in questi ultimi anni:

- il Protocollo d'Intesa sul Sistema Informativo Nazionale Integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro (SINP), tra il Coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome, il Ministero della Salute, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, l'Inail, l'Ispesl e l'Ipsema
- il Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM 17 Dicembre 2007)
- il Sistema di sorveglianza nazionale permanente sugli infortuni mortali (progetto CCM-ISPEL insieme alle Regioni ed all'INAIL)
- il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n°81 "Attuazione dell'articolo 1 delle Legge 3 Agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" che all'art 8 cita il Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro.

In questo contesto si colloca l'attività dell'Osservatorio Regionale sulla Sicurezza e la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro con l'obiettivo di concorrere a migliorare le conoscenze su tutti gli aspetti legati alla salute in ambito lavorativo e di essere di supporto all'individuazione delle priorità d'intervento a livello regionale delle singole Aziende ASL. L'Osservatorio Regionale dovrà provvedere, quindi, al consolidamento delle attività già iniziate e di seguito elencate ponendo particolare attenzione alla produzione e diffusione di report tecnici e materiale informativo al fine di aumentare le capacità di conoscenza sul fenomeno infortunistico regionale:

- elaborazione dei dati regionali INAIL con produzione di Rapporti Regionali sull'andamento degli infortuni e delle Malattie da Lavoro
- integrazione dei dati INAIL con altre fonti informative (GIPSE- Sistema informativo dell'emergenza sanitaria)
- monitoraggio continuo degli infortuni mortali e gravi che accadono in Regione con pubblicazione dei dati sul sito web www.laziosaluteesicurezza.it
- monitoraggio degli accessi per infortunio sul lavoro nei Pronto Soccorso regionali (dati SIES, dati GIPSE) con produzione di report mensili e trimestrali
- potenziamento del sistema di Sorveglianza Infortuni mortali
- rilevazione attività Medici Competenti art. ex 40 D.Lgs 81/08 e s.m.i.

Beneficiari: Soggetti del sistema della prevenzione ambienti di lavoro: lavoratori occupati nella Regione Lazio (Comparto Costruzioni n. addetti 2008 19.047, Comparto Agricoltura n. addetti 2008 5.472), Servizi di Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro delle ASL, Associazioni di categoria datoriali e dei lavoratori, RLS, RSPP, Medici Competenti

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

- Miglioramento delle capacità di conoscenza della distribuzione e delle modalità di accadimento degli infortuni mortali e gravi

- Miglioramento delle condizioni di sicurezza delle macchine e delle attrezzature nel comparto agricoltura
- Miglioramento delle condizioni di sicurezza dei lavoratori edili

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|--|---|---|------------------|
| | | <i>ATTESO</i> | <i>OSSERVATO</i> |
| n. cantieri ispezionati/n. cantieri previsti dal Piano Regionale edilizia x 100 | Rilevazione regionale delle attività di vigilanza dei Servizi Presal delle AUSL | 100% | |
| n. aziende agricole ispezionate | Rilevazione regionale delle attività di vigilanza dei Servizi Presal delle AUSL | 500 | |
| n. Fiere campionarie sottoposte ad interventi di vigilanza delle macchine agricole | Report finale del Gruppo di lavoro regionale prevenzione in agricoltura | Almeno 1 | |

Titolo del Programma:

Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici in ambito domestico tra gli anziani e bambini di 0-4 anni

Identificativo della Linea di intervento generale:

2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

N° identificativo del Programma all'interno del Piano Operativo regionale:

2.3.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Gli infortuni domestici costituiscono un problema di sanità pubblica di grande rilevanza nella maggior parte dei Paesi industrializzati, dove, secondo il WHO, rappresentano la prima causa di morte tra i bambini di 0-4 anni. I costi che ne derivano sono elevati non solo in termini di vite umane, ma anche di invalidità permanenti e di costi socio-sanitari.

Il rischio di incidente è associato alla durata del tempo trascorso all'interno delle mura domestiche, a fattori specifici relativi alla persona e all'ambiente abitativo. Dai dati estratti dal Sistema Informativo Emergenza Sanitaria (SIES) della Regione Lazio, risulta che nell'anno 2012 si sono verificati circa 152 mila accessi alle strutture di emergenza per trauma accaduto in ambito domestico, di cui il 9% con esito ricovero. I gruppi di popolazione più a rischio sono i bambini di età 0-4 anni e gli anziani di oltre 70 anni, con tasso d'incidenza degli accessi in pronto soccorso rispettivamente di 6.677 e 4.159 per 100.000 residenti.

L'indagine PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. Dal Rapporto regionale Lazio 2010, il 94% degli intervistati risulta avere una percezione del rischio bassa o assente; inoltre, la presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare ed il livello d'istruzione non sembrano influenzare tale percezione. La consapevolezza della possibilità di un incidente domestico risulta essere associata all'adozione di misure di sicurezza (Passi Lazio 2007-08), indipendentemente dal sesso, età e livello d'istruzione.

Per realizzare interventi efficaci di promozione della salute è essenziale quindi promuovere una cultura della sicurezza: gli operatori della prevenzione dovrebbero mirare la propria azione prioritariamente alla modifica della bassa percezione del rischio, aumentando le competenze dei cittadini nel gestire i determinanti della propria salute.

Risulta quindi importante svolgere interventi informativi per la prevenzione dei rischi infortunistici domestici, in particolare per anziani e bambini di 0-4 anni, coerente con:

- Piano Nazionale per la Prevenzione 2005-07 “Sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici”;
- Programma “Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari”, intervento “multicomponenti” con attività di comunicazione e informazione per la salute – Ministero della Salute;
- Campagna nazionale di comunicazione “Genitori più” - Ministero della Salute;
- “Progetto nazionale di promozione attività motoria” – Ministero della Salute e Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2008-2011.

In coerenza con quanto sancito dall’Accordo Stato-Regioni del 07/02/2012, per l’anno 2013 si coglie l’opportunità di completare e consolidare le attività del PRP 2010-12. **Il presente Programma risulta pertanto in continuità con il precedente.** Sono stati modificati solo gli indicatori riguardanti la linea di attività B “Realizzazione di campagne informative nei consultori e centri vaccinali per i genitori”, come riportato nella “Tabella indicatori” allegata.

Due sono le linee di attività che si propone il Programma:

A. Promozione di comunicazione e iniziative organizzate miranti a promuovere l’attività fisica negli anziani e la riduzione dei rischi da trauma domestico

Gli anziani, sappiamo, rappresentano una fetta della popolazione in continuo aumento per effetto dell’evoluzione demografica. L’aumento della disabilità e il conseguente incremento dei costi assistenziali, legati all’aumento dell’aspettativa di vita, impongono l’attuazione di interventi che favoriscano un invecchiamento sano.

Le cadute rappresentano per l’anziano la prima causa di incidente domestico. Nella maggior parte dei casi, alla caduta segue il ricovero con una degenza ospedaliera più lunga rispetto ai più giovani e con un più alto tasso di letalità. Il 30% degli anziani è soggetto ad una caduta ogni anno, di cui il 20-30% subisce una conseguente ridotta mobilità e un rischio più alto di morte prematura. La caduta è un evento temibile per l’anziano non solo in termini di disabilità, ma anche per le ripercussioni psicologiche: la perdita di sicurezza e la paura di cadere di nuovo possono accelerare il declino funzionale e indurre depressione o isolamento sociale (*PNLG – Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*).

Gli interventi rivolti agli anziani devono quindi prevenire o rallentare l’insorgere dei problemi legati alla difficoltà motoria, dovuta a maggiore fragilità scheletrica, scarsa muscolatura, rallentamento dei riflessi, riduzione della capacità sensoriale. Lo svolgimento di una costante attività fisica, oltre ad essere rilevante per la prevenzione di malattie croniche, diminuisce il rischio di cadere. Per gli anziani, infatti, si sono dimostrati particolarmente efficaci gli interventi basati sull’attività fisica volta ad

incrementare la forza muscolare, il senso di equilibrio, la deambulazione, gli spostamenti e la salita delle scale (Lyons et al. 2003; Gillespie et al. 2003, McClure et al. 2005). Va sottolineato che l'induzione alla pratica dell'attività motoria, contribuisce alla costruzione e mantenimento di reti sociali e relazionali.

Non solo le condizioni di salute della persona anziana determinano le situazioni che facilitano le cadute, ma anche la struttura dell'unità abitativa, il suo livello di dotazione infrastrutturale e di arredo. Secondo alcune fonti, vivere in un'abitazione non sicura aumenta di circa il 50% il rischio di cadute. Tra gli interventi che mirano a rendere più sicura la casa sono: la rimozione degli ostacoli, l'utilizzo di tappetini di sicurezza, il miglioramento dell'illuminazione, l'installazione del corrimano e delle maniglie da vasca da bagno e l'uso di strisce adesive antiscivolo.

Le fasi previste per la realizzazione della linea di attività A sono:

- 1) *mantenimento di una rete* di Referenti aziendali che coinvolga i Centri di aggregazione per anziani presenti nel territorio per lo svolgimento degli interventi di comunicazione e promozione dell'attività motoria;
- 2) *formazione/aggiornamento degli operatori* dei servizi territoriali, laddove necessario, per il trasferimento delle conoscenze e competenze sulle modifiche da apportare in casa per ridurre il rischio di incidente e sui benefici dell'attività fisica nell'anziano;
- 3) *promozione* attraverso attività di comunicazione e consegna di materiale informativo presso i luoghi di aggregazione/incontro degli anziani (centri anziani, centri sociali, parrocchie, RSA ed altri).

Sarebbe auspicabile l'avvio di gruppi di cammino per anziani, che oltre ad incrementare l'esercizio fisico nella vita quotidiana, rappresentano un modo per svolgere un'attività accessibile a tutti, in quanto economica, e per attivare, al tempo stesso, strumenti di integrazione sociale. La criticità alla realizzazione di gruppi di cammino è determinata principalmente dalla necessità di disponibilità economica per la remunerazione degli istruttori di attività motoria, indispensabili nella fase di avvio dell'attività.

B. Realizzazione di campagne informative nei consultori e centri vaccinali per i genitori

Nei primi anni di vita del bambino, il rischio di incidente tra le mura domestiche è legato principalmente a fattori comportamentali, relativi a caratteristiche del bambino e/o dell'adulto responsabile, e a fattori strutturali della casa. Pertanto, la garanzia di una maggiore sicurezza passa attraverso una maggiore consapevolezza dell'adulto e una attenta disposizione degli oggetti in casa.

Gli incidenti più frequenti in questa fascia di età sono: le cadute, le ustioni, il soffocamento, l'avvelenamento e l'annegamento.

Le attività di promozione proposte fanno riferimento al modello validato "GenitoriPiù", basato su interventi rivolti ai genitori attraverso il counselling "breve e ripetuto". Tali azioni hanno lo scopo di

favorire la partecipazione attiva (empowerment) dei destinatari e, grazie alla periodicità con cui vengono effettuati, di mantenere viva l'attenzione del genitore, evitando che la percezione del rischio si riduca. Per pianificare tale attività va consolidata la conoscenza degli operatori e soprattutto sostenuta la pratica di dare consigli ai genitori all'interno del percorso nascita. Per il successo di iniziative di promozione della salute che richiedono un coinvolgimento attivo della popolazione, risulta infatti fondamentale la convinzione degli operatori socio-sanitari per poter comunicare in modo coerente i messaggi di promozione della salute

Le fasi previste per la realizzazione della linea di attività B sono:

- 1) *mantenimento di una rete* che coinvolga attivamente i servizi territoriali (consultori familiari, presidi vaccinali) nello sviluppo delle campagne informative;
- 2) *formazione/aggiornamento degli operatori* dei servizi territoriali, laddove necessario, per il trasferimento delle conoscenze e competenze sui rischi infortunistici in ambito domestico e su come prevenirli, sull'implementazione e la sensibilizzazione al counselling;
- 3) *promozione* attraverso la consegna di materiale informativo ai genitori in occasione degli incontri ai corsi pre-parto e ai centri vaccinali congiuntamente ad un minicounselling verbale.

Nel corso del 2013 si intende inoltre potenziare altri strumenti comunicativi per i neogenitori, quali la pagina del sito web di Laziosanità dedicata a tale attività.

Beneficiari

- Operatori territoriali dedicati
- Individui di età superiore a 65 anni
- Genitori / bambini di età 0-4 anni

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

- A) aumentare la consapevolezza degli anziani di oltre 65 anni su come rendere la casa più sicura e sull'importanza dell'attività fisica per prevenire le cadute;
- B) concorrere ad incrementare le competenze dei genitori di bambini 0-4 anni sui rischi infortunistici in ambito domestico e su come prevenirli.

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>Valore indicatore al 31/12/2013</i> | |
|--|---|--|------------------|
| | | <i>ATTESO</i> | <i>OSSERVATO</i> |
| A1. N° centri di aggregazione anziani coinvolti | Relazione aziendale | 20 | |
| A2. N° anziani coinvolti negli interventi di promozione | Relazione aziendale | 2.500 | |
| B1/2013. Aggiornamento pagina web dedicata | Sito web ASP | Sì | |
| B2/2013. Stesura rapporti aziendali su attività distribuzione opuscoli e counselling | Relazione ASP su documentazione aziendale | Sì | |
| B3/2013. Organizzazione incontri della rete referenti aziendali | Documentazione ASP | 3 | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

2.4.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Il processo di informatizzazione dei Servizi vaccinali, avviato nel corso del Piano Regionale di Prevenzione 2005-2009 e successivamente proseguito nel periodo 2010-2012, ha determinato un sensibile miglioramento nella gestione dell'agenda vaccinale (chiamata attiva, solleciti, ecc.) e nel monitoraggio delle coperture vaccinali a livello aziendale. I dati dell'ultima rilevazione effettuata (febbraio 2012) indicano che presso tutte le dodici ASL del Lazio è presente una anagrafe vaccinale informatizzata (indicatore monitorato: "numero di ASL dotate di anagrafe vaccinale informatizzata" = 12/12) con un rilevante grado di copertura sul proprio territorio (indicatori monitorati: "percentuale di presidi vaccinali che utilizzano l'anagrafe vaccinale aziendale" = 86%; "percentuale di presidi vaccinali che registra e invia centralmente i dati in formato elettronico" = 82%). Alcune criticità permangono invece relativamente al collegamento tra le anagrafi vaccinali aziendali e di popolazione (indicatore monitorato: "numero di ASL che ricevono i dati di popolazione in modalità informatizzata" = 8/12), legate principalmente alla eterogeneità dei software gestionali utilizzati dalle diverse ASL e alla molteplicità dei registri anagrafici da utilizzare come fonte dei dati (ogni Comune ha la sua anagrafe con differenti livelli di informatizzazione). Nel corso del 2013, le attività saranno indirizzate prevalentemente al superamento di tali criticità al fine di completare l'attuazione del programma 2010-2012.

La linea progettuale è in continuità con la precedente programmazione 2010-2012 e include attività volte al miglioramento dei flussi informativi vaccinali dalle ASL verso il livello regionale. **Tre indicatori sono stati confermati** (per due di essi i valori attesi sono maggiori rispetto al valore atteso al 31 dicembre 2012).

L'indicatore "numero di ASL dotate di anagrafe vaccinale aziendale informatizzata" è stato pienamente raggiunto (12/12 ASL) e non è stato quindi riproposto. **E' stato invece individuato un indicatore (che non era presente nella precedente programmazione)** per monitorare le attività volte al miglioramento dei flussi informativi dal livello aziendale a quello regionale.

Le attività previste per l'anno 2013 sono di seguito schematizzate:

1. Indagine conoscitiva periodica con cadenza annuale presso le ASL in merito a: status dei sistemi di gestione delle anagrafi assistiti e delle vaccinazioni (piattaforme hardware e software, dati di connettività), modalità di intercomunicazione tra ASL e Regione, modalità di intercomunicazione tra ASL e anagrafi civili.
2. Definizione e standardizzazione dei flussi informativi tra ASL e Comuni relativamente alla popolazione residente.
3. Definizione e standardizzazione dei flussi informativi tra ASL e Regione (dati aggregati in modalità informatizzata) e delle relative modalità tecniche di attuazione.

Beneficiari

Popolazione generale.

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Creazione di una anagrafe vaccinale informatizzata a rilevante copertura aziendale in tutte le ASL della Regione.

Progettazione di un sistema informativo regionale web-based per il monitoraggio delle coperture vaccinali.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013 | |
|---|---------------------------------------|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO |
| N° di ASL che ricevono i dati di popolazione in modalità prevalentemente informatizzata | Indagine conoscitiva periodica ad hoc | 10/12 | |
| % di presidi che utilizzano l'anagrafe vaccinale | Indagine conoscitiva periodica ad hoc | 90% | |
| % di presidi che registra e invia centralmente i dati in formato elettronico | Indagine conoscitiva periodica ad hoc | 85% | |
| N° di ASL che invia centralmente (livello regionale) i dati in modalità informatizzata | Documentazione Laziosanità-ASP | 6/12 | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

2.4.2

Breve descrizione dell'intervento programmato

Nel Lazio le coperture relative alle vaccinazioni dell'obbligo, così come quelle per la pertosse e l'H. Influenzae raggiungono livelli soddisfacenti a 24 mesi (superiori al 95%) mentre quelle relative alla vaccinazione MPR (morbillo, parotite e rosolia) sono ancora a livelli sub ottimali (89,6% nel 2009). A causa di tale situazione, il morbillo e la rosolia si presentano nella popolazione con periodici focolai epidemici, interessanti soprattutto adolescenti e giovani adulti (tra i quali permangono sacche di suscettibili), seguiti da periodi interepidemici. Per quanto riguarda la vaccinazione antipneumococco e antimeningococco, sebbene le coperture siano notevolmente aumentate nel corso degli ultimi anni (rispettivamente 88,9% e 63,1% nel 2009), i tassi di incidenza delle meningiti permangono relativamente alti soprattutto nella fascia di età 0-4 anni.

Al fine di migliorare le coperture sopra riportate, nel periodo 2010-2012, è stata attuata una revisione delle politiche vaccinali regionali attraverso il recepimento del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2010-2015 (PNEMoRc 2010-2015 - DGR n. 19 del 26/01/2012) e il Piano Regionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014 (PRPV 2012-2014 - Decreto del Commissario ad Acta n. U00192 del 5/11/2012). In particolare sono state aggiornate le indicazioni su:

- schedula vaccinale
- modalità di offerta delle vaccinazioni
- modalità di effettuazione della chiamata attiva
- formazione degli operatori dei servizi vaccinali

Nell'ambito del PRPV 2012-2014 sono stati definiti gli obiettivi di copertura da raggiungere a livello regionale e ai diversi livelli organizzativi aziendali (Distretto e ASL) e alle diverse età, è stato inoltre delineato il piano di valutazione delle attività. Nel PNEMoRc 2010-2015 sono riportate le azioni raccomandate per aumentare la compliance della popolazione alla vaccinazione.

Relativamente alla prevenzione della rosolia congenita è stata condotta, nel periodo 2011-2012, una indagine campionaria presso i punti nascita di tutti gli

ospedali regionali al fine di verificare lo stato vaccinale delle donne partorienti, stimare la percentuale di donne che arriva al parto senza aver effettuato il rubeo test, identificare i motivi di mancata effettuazione del rubeo-test stesso.

Maggiori criticità hanno riguardato le attività di sorveglianza del morbillo e delle meningiti batteriche, con particolare riferimento alla sorveglianza di laboratorio per la quale non sono stati raggiunti i miglioramenti attesi in termini di accuratezza diagnostica e incremento dei campioni esaminati.

La linea progettuale è in continuità con la precedente programmazione (2010-2012) e include attività volte al superamento delle criticità sopra riportate al fine di completare l'attuazione del programma 2010-2012. Verrà inoltre condotta una indagine campionaria per stimare lo stato di suscettibilità per rosolia delle donne in età fertile al fine di valutare l'entità del fenomeno a livello regionale e l'efficacia delle misure adottate.

Tutti e quattro gli indicatori sono stati confermati, per tre di essi i valori attesi sono stati rimodulati sulla base dei risultati raggiunti nel precedente periodo di vigenza del piano.

Le attività previste per l'anno 2013 sono di seguito schematizzate:

1. Sperimentazione di un nuovo Sistema informativo web based delle Malattie infettive
2. Identificazione di un laboratorio di riferimento regionale per morbillo e rosolia
3. Revisione delle modalità operative della sorveglianza di laboratorio delle meningiti e delle altre forme invasive batteriche.
4. Pubblicazione dei dati epidemiologici regionali sul sito internet ASP
5. Conduzione di un'indagine campionaria presso i punti nascita regionali per stimare la percentuale di donne con status immunitario ignoto per rosolia e identificare le variabili e i motivi connessi con la mancata vaccinazione e la non effettuazione del rubeo test in gravidanza.

Beneficiari

Popolazione generale; donne in età fertile.

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Ridurre l'incidenza del morbillo della rosolia e delle meningiti da pneumococco e da meningococco nella popolazione generale.

Ridurre la percentuale delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013 | |
|---|--|--|-----------|
| | | ATTESO | OSSERVATO |
| Copertura Vaccinale per 1 dose a 24 mesi per MPR | Sistema informativo delle Vaccinazioni | 93% | |
| Svolgimento indagine su Percentuale di donne di età 18-49 anni potenzialmente suscettibili alla rosolia | Studio PASSI/Indagine | Sì | |
| Copertura vaccinale per vaccinazione antimeningococcica a 24 mesi | Sistema informativo delle Vaccinazioni | 80% | |
| Copertura vaccinale per vaccinazione antipneumococcica a 24 mesi | Sistema informativo delle Vaccinazioni | 95% | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

2.9.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Contesto e rationale

I sistemi di sorveglianza sugli stili di vita e sull'adesione agli interventi di prevenzione hanno lo scopo di fornire alle Aziende sanitarie locali una robusta base di dati sullo stato di salute e sulla distribuzione dei fattori di rischio comportamentali e su come questi si modificano nel tempo. Si tratta d'informazioni fondamentali visto che l'adozione di uno stile di vita salutare (una sana alimentazione, praticare attività fisica, mantenere il peso nella norma, non fumare e non eccedere nel bere alcolici o non bere affatto) riduce significativamente il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e tumori.

Anche nel Lazio, come in tutte le regioni italiane, è attivo il sistema di sorveglianza della popolazione adulta PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che ha come obiettivo quello di stimare a livello di Asl e Regione la prevalenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione.

L'integrazione tra le diverse sorveglianze di popolazione, quando possibile, contribuisce a rafforzare la collaborazione interistituzionale, promossa dal programma nazionale Guadagnare Salute, finalizzata alla realizzazione di azioni che facilitino scelte di vita salutari.

Per tale motivo, già nel PRP 2010-12, quando è stato possibile, i dati della Sorveglianza PASSI sono stati integrati con quelli di altre survey periodiche di popolazione, quali "Okkio alla Salute", giunto al suo terza edizione, HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) ed ESPAD Italia (15-19 anni).

La realizzazione nel 2012 della survey "Passi d'Argento", che consiste nella somministrazione di un questionario ad un campione rappresentativo della popolazione residente con età maggiore di 64 anni, consente ora, in alcuni casi, l'integrazione anche con questa fonte.

Si rinnova, pertanto, la necessità di diffondere i dati PASSI, integrando, ove possibile, le informazioni da esso derivate con quelle delle altre survey citate, sempre al fine di sostenere le azioni degli operatori sanitari impegnati nella promozione della salute; tale attività, che è stata molto produttiva nel 2011-12 deve essere mantenuta per l'anno 2013.

Alla luce dell'esperienza realizzata nel pregresso biennio, è tuttavia importante che le iniziative di comunicazione vedano un maggior coinvolgimento, fra i destinatari, di Amministratori locali e/o target specifici di popolazione per favorire rispettivamente un'idonea assunzione di responsabilità e una partecipazione più attiva dei beneficiari finali degli interventi di prevenzione.

La realizzazione di report, schede, poster, diapositive, comunicati stampa, ecc., deve perciò da essere programmata al fine di dare una più piena attuazione al modello logico alla base del presente progetto dal 2011 e di seguito riportato.

Obiettivo specifico

Predisporre e diffondere materiali informativi nell'ambito di un piano di comunicazione strutturato utilizzando, quando possibile, le diverse fonti di informazioni a disposizione.

Attività

1. Aggiornamento dell'elenco dei portatori d'interesse sui temi di "Guadagnare Salute" con particolare attenzione alle componenti della cittadinanza ed ai suoi Amministratori locali.
2. Predisposizione di un piano di comunicazione che sia anche coerente con le azioni ed i cronoprogrammi degli altri progetti della linea d'intervento del Piano Regionale di Prevenzione "Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)".
3. Redazione di materiali informativi con i dati di sorveglianza, integrati laddove possibile, da utilizzare nei modi e nelle occasioni individuate nel piano di comunicazione (schede monotematiche, report, diapositive, articoli sulla stampa locale, interviste radiofoniche e televisive, sito internet). I materiali saranno redatti diversamente in relazione al destinatario individuato.
4. Diffusione dei materiali informativi specifici prodotti, anche precedentemente, sia agli operatori sanitari protagonisti dell'intervento di promozione della salute, sia agli Amministratori locali coinvolgibili negli interventi di promozione della salute sia ai cittadini.
5. Stesura di un report finale delle attività svolte.

Attori

- Responsabili dei progetti della linea d'intervento del Piano Regionale di Prevenzione "Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)".
- Operatori delle unità operative interessate dai progetti del Piano Regionale di Prevenzione.
- Strutture aziendali operanti nella comunicazione al pubblico e nella gestione del portale aziendale.

Cronoprogramma

| ATTIVITA' | 2013 | | | | | | | | | | | |
|--|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Aggiornamento dell'elenco dei portatori di interesse | | | | | | | | | | | | |
| Predisposizione di un piano di comunicazione | | | | | | | | | | | | |
| Redazione dei materiali | | | | | | | | | | | | |
| Realizzazione degli interventi previsti nel piano di comunicazione | | | | | | | | | | | | |
| Stesura report finale | | | | | | | | | | | | |

Piano di Valutazione

- Realizzazione degli indicatori di verifica

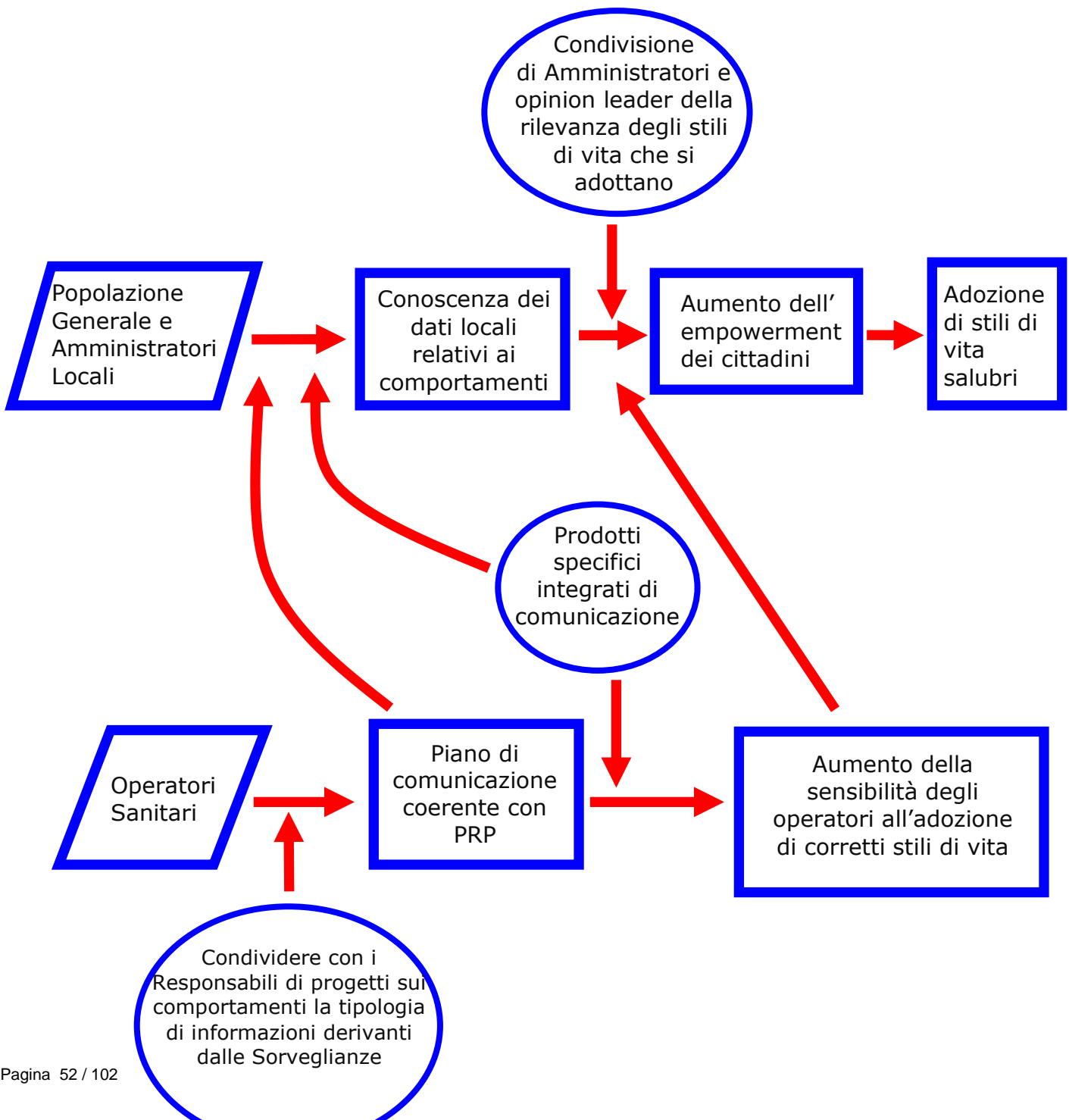
Beneficiari

- Operatori sanitari (MMG, specialisti, operatori sanitari e non sanitari impegnati nella promozione della salute)
- Amministratori
- Popolazione generale

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Favorire l'adozione di comportamenti salutari dei cittadini attraverso la conoscenza dei dati locali relativi ad abitudine al fumo, consumo d'alcol, stato ponderale e attività fisica nell'ambito degli interventi di promozione della salute.

MODELLO LOGICO



| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|---|-------------------------------|--|------------------|
| | | ATTESO | OSSERVATO |
| Aggiornamento elenco portatori di interesse | Relazione aziendale/regionale | aggiornato | |
| Piano di comunicazione* | Relazione aziendale/regionale | presente | |
| Realizzazione degli interventi di comunicazione** | Relazione aziendale/regionale | Almeno un intervento previsto nel piano di comunicazione su un tema di Guadagnare Salute | |

* redatto anche sulla base delle azioni e dei cronoprogrammi degli altri progetti della linea d'intervento "Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate" e condiviso con i referenti di tali progetti.

** Redazione e diffusione del materiale con i dati delle Sorveglianze PASSI, integrati laddove possibile con quelli di altre survey di popolazione, nei modi e nelle occasioni individuate nel piano di comunicazione.

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Promozione della salute nelle scuole e verso i neo-genitori

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

2.9.2

Breve descrizione dell'intervento programmato

Definizione del problema

Negli ultimi 20 anni la prevalenza dell'obesità in età evolutiva è triplicata a livello mondiale e la tendenza è in continuo aumento. L'obesità infantile è un fattore predittivo di obesità nell'età adulta e determina l'esposizione, già in età pediatrica, ai principali fattori di rischio noti per le malattie cronico-degenerative. Negli adulti, il carico di malattia attribuibile all'eccedenza ponderale ha causato oltre 1 milione di decessi e circa 12 milioni di anni di vita trascorsi in cattive condizioni di salute (OMS, 2007). L'epidemia di obesità dipende in larga misura dalla contemporanea presenza di inattività fisica e dieta inadeguata, facilitate dalle caratteristiche globali dell'ambiente obesigenico. L'OMS ed anche il nostro Paese indicano la prevenzione dell'obesità come un obiettivo prioritario di salute pubblica.

Indicatori di stato nutrizionale nella Regione Lazio

I dati regionali raccolti nel 2010 nell'ambito del progetto Nazionale OKkio alla Salute (**bambini di 8-9 anni**), evidenziano un quadro preoccupante: in quanto la prevalenza complessiva di sovrappeso ed obesità tende ad essere più elevata rispetto alla media nazionale. Nella Regione Lazio (dati OKkio 2010) il 24,6% dei bambini è sovrappeso ed il 10,7% obeso. Per quel che concerne gli stili di vita dei bambini, l'8% salta la prima colazione e il 36% fa una colazione non adeguata; il 55% mangia una merenda di metà mattina troppo abbondante. Il 30% ed il 50% consumano rispettivamente frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana, a fronte di un consumo rilevante di bevande gassate e zuccherate. Appena poco più di 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età. I dati regionali dell'indagine Health Behaviour in School Children (HBSC 2009-2010) sugli **adolescenti** evidenziano che la prevalenza di sovrappeso ed obesità è 22.8% a 11 anni, 17.6% a 13 anni e 18.3% a 15 anni. Per quel che concerne gli stili di vita il 15,6% degli undicenni, il 23,6% dei tredicenni ed il 25,2% dei quindicenni salta la prima colazione, circa il 17% degli adolescenti consuma frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana, a fronte di un consumo rilevante di bevande gassate e zuccherate. Appena poco più di 1 adolescente su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età. Per quanto riguarda gli adulti, i dati PASSI della regione Lazio (2007- 2009) indicano che il 41% degli **adulti** 18-69enni, presenta un eccesso ponderale: in particolare il 31% risulta essere in sovrappeso e il 10% è obeso ed il fenomeno è più frequente nel sesso maschile. Solo il 9% consuma le 5 o più porzioni di frutta e verdura raccomandate; il 37% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, il 29% è completamente sedentario.

Nel loro complesso, le dimensioni del fenomeno sovrappeso/obesità nella Regione Lazio rendono necessaria un'attenzione costante al problema in tutte le fasce di età, ed in particolare in età infantile ed evolutiva per i ben noti effetti sull'età adulta, e nei nuclei sociali con basso livello di istruzione. I dati sui principali indicatori di rischio dietetico nonché i dati sul profilo di attività fisica, indicano che siamo ancora lontani dalle indicazioni formulate nelle linee-guida nazionali per una sana alimentazione e per l'attività fisica.

In Italia i dati sulla prevalenza dell'**allattamento al seno (AS)** sono scarsi e frammentati: una revisione sistematica della letteratura relativa agli studi condotti sull'allattamento al seno in Italia dopo il 1990 ha individuato 16 studi, la maggior parte dei quali non rappresenta un campione significativo della popolazione italiana. Tale revisione ha evidenziato inoltre una grande eterogeneità metodologica negli studi esaminati che non consentiva di delineare un quadro accurato della reale prevalenza e durata dell'allattamento al seno in Italia, secondo le definizioni internazionalmente accettate. Da tale revisione risulta che negli anni '90 la prevalenza di allattamento al seno alla dimissione ospedaliera variava dal 66% all'88%; al 4° mese dal 17% al 52% ed al 6° mese dal 28% al 36% (Cattaneo et al., 2000). Nel Lazio uno studio effettuato nel 2005 su 17 ospedali ha evidenziato che la percentuale di AS esclusivo durante la degenza ospedaliera era del 41% e a un mese dal parto del 37% (Asole et.al. 2009).

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

Età evolutiva. La scuola rappresenta uno dei setting privilegiati in cui svolgere interventi di promozione della salute per la prevenzione dell'obesità. L'evidenza di riferimento riguarda interventi per la riduzione di comportamenti sedentari (riduzione dell'utilizzo di TV, computer e videogiochi), per l'aumento dell'attività fisica, per la modifica dei consumi alimentari (aumento del consumo di frutta e verdura, riduzione del consumo di grassi) e programmi definiti multi-componenti in cui sono inclusi sia modifiche dello stile di vita che dell'alimentazione. Gli interventi efficaci per la modifica dei consumi alimentari dovrebbero rendere accessibili le scelte alimentari corrette all'interno delle scuole, coinvolgere la famiglia ed i pari, individuare le barriere personali che ostacolano scelte alimentari corrette. C'è evidenza che gli interventi per migliorare l'attività motoria nei bambini, dovrebbero almeno coinvolgere la famiglia ed i pari, rendere l'attività motoria un'attività sociale, aumentare le conoscenze e la motivazione e coinvolgere istituzioni e settori diversi della comunità.

Età adulta. L'OMS ha identificato il luogo di lavoro come un contesto-chiave per la promozione della salute e per affrontare problematiche più ampie di sanità pubblica, come l'obesità. Il luogo di lavoro è un potenziale contesto in cui migliorare la salute della popolazione adulta, grazie alla possibilità di intervenire su un vasto numero di persone, alla possibilità di monitorare nel tempo un gruppo di popolazione relativamente stabile, alla presenza di canali di comunicazione aziendali che possono essere usati per pubblicizzare i programmi, per promuovere la partecipazione e per fornire un feedback ai lavoratori. Una revisione sistematica ha concluso che gli studi di intervento nei luoghi di lavoro incentrati sulla distribuzione di alimenti più salutari attraverso diverse strategie di informazione (come l'etichettatura e/o cambiamenti nella disponibilità degli alimenti) possono promuovere un'alimentazione più sana (NICE, 2006).

Allattamento al Seno. Il primo anno di vita è fondamentale per attivare interventi di prevenzione che possono avere un impatto sul sovrappeso e sull'obesità infantile. Diversi studi presenti in letteratura (Chung et al, 2007, Open et al, 2005) hanno evidenziato un effetto protettivo dell'AS e della sua durata sul sovrappeso e sull'obesità del bambino. Setting privilegiati per la realizzazione degli interventi sono: i consultori (corsi di accompagnamento alla nascita), le maternità, i servizi vaccinali ed in generale tutti i servizi a contatto con i neogenitori (Cattaneo, 2009).

Indicazioni emergenti dalla conclusione dei lavori dei precedenti PRP obesità (2007-2009; 2010 – 2012)

- La Regione Lazio nell'ambito del PRP 2010 - 2012 ha sostenuto l'implementazione di sistemi di sorveglianza nutrizionale in età evolutiva, creando una rete di operatori SIAN ad hoc formati e standardizzati: ciò ha consentito di realizzare con esito positivo nel 2012 la terza rilevazione di

OKkio alla Salute.

- L'attività di sorveglianza svolta ha permesso di ottenere una stima della prevalenza di obesità e sovrappeso fra i bambini della terza elementare e gli adolescenti della regione, nonché di disporre di alcune informazioni importanti sugli stili di vita e le abitudini alimentari per la realizzazione degli interventi.
- L'attività di formazione EBP realizzata, ha fornito le basi per operare nel setting scuola e luogo di lavoro nel contesto scientifico di riferimento delle prove di efficacia
- Un rilevante risultato raggiunto è rappresentato dalla continua collaborazione tra i diversi attori che ha ormai consolidato una forte e solida rete tra Regione, SIAN e Scuola. Soddisfacente è stata inoltre la collaborazione con il settore della ristorazione collettiva.
- Tra le criticità, è stata riscontrata la difficoltà di avere un orientamento omogeneo nel territorio regionale per gli interventi di prevenzione nelle scuole, in ragione dell'autonomia scolastica nelle progettazioni e si prevede che l'attuale contesto storico-economico-sociale della scuola possa condizionare la sostenibilità degli interventi. Infine, ancor più si sottolinea nuovamente che le linee di attività dedicate alla sorveglianza ed alla prevenzione nutrizionale necessitano di maggiori risorse ed operatori dedicati in un momento storico-economico che ciò non consente: la progettazione della continuità PRP obesità 2013, deve necessariamente modularsi su tali considerazioni.

Obiettivi generali del progetto

Per la continuità del PRP obesità 2013, in virtù delle alleanze, delle reti sviluppate e del contesto fornito dalla sorveglianza, resta fondamentale rinforzare la collaborazione con la scuola. Al contempo, le alleanze stabilite con il settore della ristorazione collettiva vanno consolidate per l'ampliamento delle azioni relative alla sicurezza nutrizionale sui luoghi di lavoro. Alla luce delle raccomandazioni sull'AS, assume sempre più rilievo l'attuazione di interventi di promozione svolti da operatori sanitari dei servizi di assistenza alla donna, e al neonato, da gruppi di autoaiuto, da "peer counselors" e da associazioni di mamme esperte.

Il progetto "**Promozione della salute nelle scuole, nelle mense aziendali e verso i neo-genitori**" si articola nelle seguenti fasi:

2.9.2A: Promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi di genitori, bambini ed insegnanti.

2.9.2B Promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi degli operatori e fruitori delle mense aziendali

2.9.2C Promozione dell'allattamento al seno

Strategie e macroambiti di intervento che possono incidere sulla realizzazione del PRP obesità sono:

- Il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno realizzato nel 2012 la terza raccolta dati di OKkio alla Salute. La restituzione dei risultati nelle scuole esaminate – programmato per il 2013 - può costituire un elemento facilitante per la realizzazione di interventi sui fattori di rischio evidenziati.
- I programmi "Frutta nelle Scuole" e "Cibo e Scuola" sostengono aree tematiche indagate nell'indagine OKkio alla Salute: la sinergia tra più programmi può determinare una maggiore adesione ai messaggi educativi.
- La disponibilità di una rete creata in regione Lazio tra i referenti regionali e aziendali SIAN nel PRP obesità va mantenuta e rafforzata. Tutti i referenti aziendali sono stati standardizzati per la messa a regime delle indagini di sorveglianza OKkio alla Salute ed HBSC ed hanno completato un percorso formativo sulle modalità di comunicazione dei risultati e su EBP nel setting scolastico.
- Il Progetto CCM "OKkio alla Ristorazione" – Progetto Interregionale in Rete per la sorveglianza, il monitoraggio e la Promozione della Salute nella Ristorazione Collettiva, consentirà di operare in sinergia con i SIAN di altre Regioni applicando protocolli e procedure standard
- Il progetto "Promozione della salute nelle scuole e nelle mense aziendali" è coerente con il documento programmatico "Guadagnare Salute" – Rendere facili le scelte salutari", che prevede

interventi “multicomponenti” con attività di comunicazione e informazione per la salute anche a riguardo l’alimentazione in età evolutiva ed adulta.

- Il documento programmatico “Guadagnare Salute” – Rendere facili le scelte salutari”, che prevede interventi “multicomponenti” con attività di comunicazione e informazione per la salute anche a riguardo dell’AS.
- La Campagna Nazionale di comunicazione GenitoriPiù, finanziata dal Ministero della Salute e coordinata dalla regione Veneto.
- Il Progetto della regione Lazio “Ospedale amico del Bambino DGR 1741/2002.

2.9.2A: Promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi di genitori, bambini ed insegnanti

Per la continuità del progetto 2.9.2A si intende proseguire la collaborazione con la scuola – in particolare le scuole arruolate nell’indagine OKkio alla Salute 2012 – restituendo i dati raccolti nell’indagine di sorveglianza OKkio alla Salute 2012. Lo scopo generale dell’intervento è favorire l’adozione di stili alimentari e di vita corretti nella popolazione infantile, presso le scuole primarie coinvolte nel progetto OKkio alla Salute 2012, attraverso la realizzazione di strumenti di comunicazione degli indicatori di rischio dietetico e preclinico raccolti. L’intervento, condotto su un campione di scuole elementari rappresentativo della Regione Lazio (OKkio alla Salute 2012), si basa sulle seguenti linee di attività:

- 1) stesura del rapporto regionale OKkio alla Salute 2012 e di materiali diretti ad insegnanti e genitori
- 2) comunicazione dei risultati del progetto OKkio alla Salute 2012 agli insegnanti ed ai genitori;

Per la linea di attività 1) il tavolo tecnico regionale pianificherà la progettazione e la realizzazione degli strumenti e dei dati da comunicare ad insegnanti e genitori, anche sulla base dei format già validati nelle precedenti indagini (rapporto per la scuola; depliant per i genitori ed i bambini). Per la linea di attività nella scuola, saranno consolidate le reti di collaborazione tra operatori sanitari e dirigenti/insegnanti-referenti già attivate per OKkio alla Salute 2012; l’attività sulla comunicazione dei risultati dell’indagine OKkio alla Salute 2012 interesserà almeno l’70% delle scuole coinvolte e sarà pianificata anche con la collaborazione del referente regionale OKkio alla Salute - USR Regione Lazio. Nelle ASL in cui risultano selezionate un minor numero di scuole OKkio 2012, si effettuerà l’intervento in almeno tre scuole rappresentative degli strati sociali del territorio. Ciascun referente aziendale/ASL Regione Lazio programmerà la diffusione a livello locale dei materiali di comunicazione dell’indagine OKkio alla Salute 2012 nelle modalità che riterrà più idonee (stampa, siti web aziendali e/o della scuola, media e portatori di interesse a livello locale).

Attori e portatori di interesse coinvolti sono: operatori sanitari, insegnanti, genitori e loro rappresentanti, bambini della scuola elementare, rappresentanti delle ditte di ristorazione collettiva che erogano il servizio nelle scuole. Possibili criticità e vincoli, oltre quelli già espressi in premessa, sono rappresentati dall’adesione al progetto da parte delle scuole, dalla partecipazione dei genitori e delle ditte di ristorazione collettiva che erogano il servizio mensa nelle scuole.

2.9.2B: promozione di buone pratiche su alimentazione e stili di vita attivi degli operatori e fruitori delle mense aziendali

Per la prosecuzione del progetto 2.9.2B si intende dare continuità ai tavoli di lavoro interdisciplinari realizzati con i rappresentanti qualità delle aziende di ristorazione collettiva delle mense aziendali, implementando la diffusione del materiale informativo realizzato. Lo scopo generale dell’intervento è favorire l’adozione di stili alimentari e di vita corretti nella popolazione adulta, tramite la diffusione di materiale informativo nei luoghi di lavoro dotati di mensa aziendale.

L’intervento si basa sulle seguenti linee di attività:

- 1) aggiornamento del censimento sulle aziende di ristorazione collettiva che operano nelle mense aziendali;
- 2) realizzazione di tavoli di confronto e di informazione con i rappresentanti delle ditte che erogano i

servizi mensa ed i rappresentanti delle commissioni mensa (ove presenti), per la progettazione partecipata di interventi per migliorare la qualità nutrizionale del pasto mensa

3) diffusione di materiale informativo tra i lavoratori.

L'intervento intende proseguire ed ampliare le attività già intraprese nel PRP obesità 2010 – 2012, utilizzando le reti di collaborazione già attivate con le aziende di ristorazione collettiva delle mense aziendali. In una prima fase, è previsto l'aggiornamento del censimento delle aziende di ristorazione collettiva che operano nelle mense aziendali delle ASL Regione Lazio, secondo i criteri di elezione già identificati dal tavolo tecnico del precedente PRP. Completata tale fase, i tavoli di confronto con i rappresentanti delle ditte e delle commissioni mensa saranno orientati allo sviluppo di strategie per avviare la diffusione di materiale informativo tra i lavoratori.

Il materiale informativo sarà consegnato ad almeno 60 mense aziendali Regione Lazio delle aziende coinvolte che aderiscono al progetto, selezionate secondo criteri definiti dal tavolo tecnico. Per la diffusione del materiale informativo ai lavoratori, ci si avvarrà dei canali di comunicazione dell'azienda secondo modalità che verranno definite con i rappresentanti delle aziende di ristorazione collettiva e/o datori di lavoro e/o rappresentanti dei lavoratori.

Attori e portatori di interesse coinvolti sono: operatori sanitari, datori di lavoro, fruitori delle mense aziendali, rappresentanti delle ditte di ristorazione collettiva che erogano il servizio mensa. Possibili criticità e vincoli sono rappresentati dalla copertura/aggiornamento dell'anagrafe imprese alimentari dei Dipartimenti di Prevenzione, dall'adesione al progetto da parte dei datori di lavoro delle aziende selezionate, partecipazione dei rappresentanti delle ditte di ristorazione collettiva e delle commissioni mensa.

2.9.2C: promozione allattamento al seno verso i neogenitori

Nella regione Lazio, nell'ambito del PRP 2010-2012 sono state effettuate attività di promozione sull'allattamento al seno rivolte a operatori sanitari e a donne.

Per sostenere sempre di più una formazione uniforme e condivisa fra gli operatori sono stati effettuati corsi per formatori sull'allattamento al seno e corsi a cascata per il personale aziendale che ha contatti con donne, mamme e bambini.

Per le donne sono stati ideati materiali informativi ad hoc sull'allattamento al seno distribuiti attraverso la rete aziendale. Tali materiali contengono informazioni specifiche su posizione, attacco, sui benefici dell'allattamento al seno per la salute materno-infantile, sulla raccolta e spremitura manuale.

Le attività di counselling possono essere utili in tutte le fasi del percorso nascita e quindi durante la gravidanza, al momento del parto, subito dopo il parto, e al momento del ritorno della mamma a casa con il suo bambino. È infatti importante che gli operatori dedicati al sostegno delle donne sull'AS abbiano le competenze necessarie per attivare un supporto efficace.

L'intervento di promozione dell'AS nel 2013, naturale continuazione delle attività avviate nel 2010, farà riferimento al modello validato Genitoripiù che si basa sulle seguenti linee di attività:

- 1) mantenimento e rafforzamento di una rete che coinvolga attivamente i servizi territoriali (consultori familiari, presidi vaccinali) nello sviluppo dell'intervento di promozione dell'AS.
- 2) continuazione della promozione attraverso la consegna di materiali informativi (distribuiti nel 2012) alle donne in occasione incontri di accompagnamento alla nascita insieme a un minicounselling verbale e attraverso la creazione di una pagina web dedicata.
- 3) censimento delle attività svolte dalle ASL sull'allattamento al seno attraverso la compilazione di una scheda di rilevazione

La linea progettuale 2.9.2C è in continuità con la precedente e gli indicatori 2013 sono stati modificati.

Beneficiari

Target dell'intervento (possibilmente in termini numerici e percentuali)

2.9.2A : coinvolgimento nel progetto di insegnanti, bambini e genitori, appartenenti ad almeno il 70% delle scuole elementari selezionate per OKkio alla Salute 2012.

2.9.2B: coinvolgimento nel progetto di almeno 60 mense aziendali e dei lavoratori che fruiscono del relativo servizio mensa.

2.9.2C coinvolgimento nel progetto di almeno il 50% degli operatori del territorio dedicati; genitori/neonati

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

2.9.2A

1. Elaborare e comunicare i risultati dell'indagine OKkio alla Salute 2012
2. Aumentare le conoscenze e facilitare l'adozione di stili alimentari corretti e stili di vita attivi nella popolazione infantile, presso le scuole elementari

2.9.2B

1. Realizzare gruppi di progetto intersettoriali per il miglioramento delle scelte alimentari nelle mense sui luoghi di lavoro
2. Aumentare le conoscenze degli OSA su corretta alimentazione e nutrizione

2.9.2C

1. Aumentare l'informazione e ad incrementare le competenze genitoriali perché le scelta di allattare al seno sia consapevole ed effettivamente praticabile

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|---|---|---|------------------|
| | | <i>ATTESO</i> | <i>OSSERVATO</i> |
| N° di scuole Okkio alla Salute 2012 in cui è stata realizzata la comunicazione /n° totale scuole coinvolte nell'indagine Okkio alla Salute 2012 (%) | 1. Report regionale sul progetto 2. Report regionale di OKkio alla Salute 2012 | 70% | |
| N° di mense aziendali coinvolte nella distribuzione di materiale informativo | 1. Report regionale sul progetto | > 60 | |
| Rafforzamento della rete degli operatori tramite riunioni del gruppo di coordinamento | Riunioni del gruppo di coordinamento dei referenti aziendali/regionale | 3 | |
| Revisione pagina web dedicata all'allattamento al seno | Sito Laziosanità - ASP | Si | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

2.9.3

Breve descrizione dell'intervento programmato

Analisi del problema

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2004) ha stimato attribuibile all'alcol il 4% del carico di malattia complessivo e tra il 10 e il 30% della quota di infortuni sul lavoro, ed in particolare di quelli gravi. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità una percentuale compresa tra il 4 e il 20% di tutti gli infortuni denunciati in Italia risulta alcol correlata. **Ciò significa che dei circa 940.000 infortuni denunciati, 37.000-188.000 trovano la loro causa nell'uso e abuso di alcol.**

Le strategie di prevenzione dell'OMS sull'alcol (2010) raccomandano di **promuovere politiche sull'alcol per i luoghi di lavoro basati sull'educazione, la prevenzione, l'identificazione precoce e il trattamento** da integrarsi nei programmi di sorveglianza sanitaria.

La Legge n. 125 del 30 marzo 2001 "*Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati*", agli art. 6 e 15, disciplina rispettivamente il codice della strada e la normativa per la sicurezza sul lavoro relativamente all'uso dell'alcool. Con il Provvedimento 16 marzo 2006 la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha individuato **le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni** sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

Il D.Lgs. n. 81/2008 (Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) stabilisce che, nelle attività individuate a rischio, le visite mediche effettuate dal medico competente aziendale sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (art. 41 comma 4).

Tali normative trovano però degli ostacoli, nella loro applicazione, in quei contesti

lavorativi in cui l'abitudine all'assunzione di bevande alcoliche è più consolidata e non viene considerata come un possibile fattore di rischio nell'effettuazione della propria mansione.

Le attività, ritenute ad elevato rischio, riguardano diversi ambiti lavorativi, ma alcune di esse sono da ritenersi prioritarie per interventi mirati di prevenzione:

- le mansioni inerenti le attività di trasporto : guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E; guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente; guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada;
- gli addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci (muletti o carrelli elevatori);
- le mansioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private : medico specialista in anestesia e rianimazione; medico specialista in chirurgia; medico ed infermiere di bordo; medico comunque preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche; infermiere; operatore socio-sanitario; ostetrica caposala e ferrista;
- i lavoratori dei comparti dell'edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i 2 metri di altezza.

La sicurezza relativa al consumo di alcol sul luogo di lavoro è una parte del complesso problema della sicurezza sul lavoro aziendale che **deve essere garantita** in tutti i suoi aspetti.

Soluzioni proposte (fattibilità e sostenibilità):

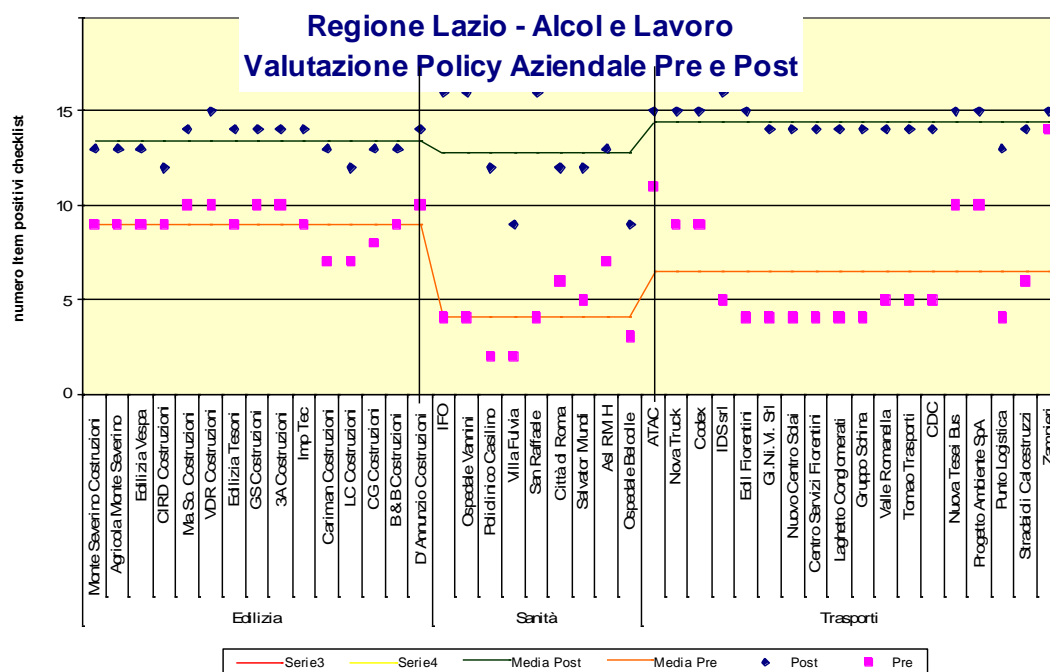
L'azienda in cui sono presenti attività lavorative ad elevato rischio deve considerare l'assunzione di alcol come uno dei fattori che aumentano il rischio infortunistico e deve adottare pertanto opportune politiche aziendali con **procedure di controllo condivise** in tema di applicazione delle norme sul divieto del consumo di alcol sul lavoro. Tali procedure concernono aspetti di sorveglianza sanitaria, accertamenti per la gestione dei singoli casi di abuso ed accertamenti collettivi senza preavviso. E' quanto mai necessario assistere le figure della prevenzione aziendale, i datori di lavoro ed i lavoratori nello sviluppo ed applicazione delle idonee procedure.

I Servizi PreSAL, attraverso interventi di informazione, educazione e formazione mirati ai lavoratori ed alle figure della prevenzione delle aziende, nell'ambito del progetto 13_2.9.3 del PRP 2010-12 hanno iniziato a svolgere un ruolo significativo nell'incremento della consapevolezza del rischio, nella promozione del rispetto del divieto di assunzione di alcolici e nell'adozione di procedure di controllo corrette ed adeguate.

Nell'ambito del PRP 2010-12 sono stati prodotti, da un gruppo di lavoro regionale di referenti di promozione della salute nei luoghi di lavoro, un modello di policy aziendale e relativa checklist, un regolamento tipo e una proposta di procedura di controllo nonché un opuscolo informativo del tipo domande/risposte denominato **"Alcol e Lavoro? Non sei sicuro!"** .

I Servizi hanno coinvolto 42 aziende del settore dei **trasporti, della sanità e dell'edilizia** ha visto l'adesione per un totale di 2687 lavoratori informati.

Un'analisi preliminare dei dati evidenzia un **significativo miglioramento delle politiche aziendali in tutti e tre i settori interessati.**



In particolare è stata effettuata una valutazione della policy aziendale attraverso l'impiego di check - list di 16 item pre / post intervento. In tutte le aziende dei tre settori considerati dal programma si sono verificate significative variazioni della qualità della policy aziendale che lascia supporre un buon grado di efficacia del programma sul controllo dei consumi di alcol sul lavoro di queste aziende.

Il progetto ha comportato l'analisi della percezione del problema alcol attraverso l'impiego di questionari (2076 i questionari compilati nel Lazio) per i lavoratori e per le singole figure aziendali della prevenzione (medici competenti, RSPP, RLS, datori di lavoro, dirigenti e preposti) e la realizzazione di interventi d'informazione per le aziende finalizzati all'adozione di procedure di controllo del consumo di bevande alcoliche sul lavoro. I materiali prodotti sono stati altresì diffusi per essere utilizzati più ampiamente dai soggetti della prevenzione e presentati alla Conferenza sui problemi alcol correlati tenutasi a Trieste nell'ottobre 2012.

Si ritiene opportuno la continuazione del progetto, assicurando una costante attività da parte dei Servizi sul territorio, con rilevazione ed analisi dei dati.

Beneficiari

Lavoratori, medici competenti, RSPP, RLS, datori di lavoro, dirigenti e preposti di

aziende del settore dei **trasporti, della sanità e dell'edilizia.**

Il progetto coinvolgerà direttamente un numero complessivo di almeno 1600 lavoratori.

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Obiettivo generale

Promozione della salute nei luoghi di lavoro con particolare riferimento all'assunzione di alcolici. Il progetto interesserà i comparti ritenuti a maggior rischio ed oggetto di specifica normativa. L'obiettivo di salute perseguito è la riduzione del consumo di alcol sul lavoro, attraverso l'adozione di adeguate policy aziendali volte al rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche nelle attività a rischio, con il coinvolgimento di almeno 6 Servizi PreSAL.

Obiettivi specifici:

- 1) Indagine sulla percezione del problema alcol in aziende con attività a rischio attraverso l'impiego di questionari validati, mirati per i lavoratori e per le singole figure aziendali della prevenzione (medici competenti, RSPP, RLS, datori di lavoro, dirigenti e preposti)
- 2) Realizzazione di interventi d'informazione per le aziende finalizzati all'adozione di procedure di controllo del consumo di bevande alcoliche sul lavoro
- 3) Registrazione ed elaborazione dati.

Risultati attesi

- Maggiore consapevolezza del problema alcol nel settore dei trasporti, della sanità e dell'edilizia
- Adozione di procedure di controllo da parte delle aziende in tema di applicazione delle norme sul divieto del consumo di alcol sul lavoro.
- Maggiore rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche nelle attività a rischio
- Riduzione del consumo di alcol sul lavoro

Attività

- a) produzione/stampa di materiale operativo (materiale didattico, opuscoli informativi, linee di buona pratica, apparecchiature analitiche)
- b) censimento di aziende a rischio e raccolta adesioni
- c) somministrazione di questionario a lavoratori e figure della prevenzione
- d) valutazione checklist politica aziendale alcol pre intervento
- e) eventi formativi specifici per DdL, dirigenti, preposti, MC, RSPP, RLS
- f) eventi informativi specifici per lavoratori con collaborazione delle figure aziendali

(DdL, MC, RSPP, RLS)

g) valutazione checklist politica aziendale alcol post intervento

h) registrazione dati

i) elaborazione dati e report finale

Bibliografia essenziale

Ministero della Salute - *CCM Piano Nazionale Alcol e Salute (2007)*

Legge 30.3.2001 N. 125 "*Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati*"

Conferenza Permanente Stato Regioni "*Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche ai sensi dell'art. 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125*" **G.U. 75 del 30.3.2006**

World Health Organization. *Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draft global strategy (2010)*

World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse. *Global Status Report on Alcohol.*

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf (2004)

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|--|---|---|------------------|
| | | <i>Atteso</i> | <i>Osservato</i> |
| N° procedure di controllo adottate /N° aziende informate X 100 | Sistema informativo SPreSAL | 60% | |
| N° lavoratori e figure aziendali della prevenzione che hanno risposto / N° lavoratori e figure aziendali della prevenzione delle aziende coinvolte | Questionario somministrato alle figure aziendali della prevenzione che hanno partecipato all'intervento informativo | 60% | |
| N° lavoratori esercitanti attività a rischio informati | Sistema informativo SPreSAL | 1000 | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

2.9.4

Breve descrizione dell'intervento programmato

Analisi del problema

A seguito dell'entrata in vigore della L. 3/2003 l'Italia ha sperimentato una significativa riduzione dell'esposizione involontaria al fumo di tabacco ambientale (Valente, 2007). Contemporaneamente è stata osservata una riduzione del numero dei ricoveri per infarto acuto del miocardio (Barone-Adesi 2006; Cesaroni 2008; Glantz 2008).

Non sembra invece essersi prodotta una decisiva riduzione della prevalenza dei fumatori: il 25.4% della popolazione italiana fuma attualmente contro il 26.2% del 2004 (OSSFAD-Doxa 2009). In particolare tra i giovani (15-24 anni) i fumatori costituiscono il 29% (OSSFAD,2009). A riguardo i dati relativi alla regione Lazio sono tra i peggiori in assoluto. *Nell'ambito delle strutture sanitarie è poi da rilevare una alta prevalenza di fumatori tra gli operatori sanitari, tanto più elevata se confrontata con quella di altri Stati.*

In particolare per i luoghi di lavoro sono da prendere in considerazione i **seguenti aspetti** :

- il fumo di tabacco è un inquinante tossico ambientale,
- impossibilità di eliminare completamente il rischio attraverso sistemi di ventilazione e ricambio d'aria
- rischio sinergico per esposizioni professionali
- elevata prevalenza di fumatori nella popolazione lavorativa
- scarso controllo dell'applicazione del divieto di fumo (L3/3003)

- limitati interventi di promozione della salute
- insufficiente assistenza alle imprese
- necessità di promuovere adozione di counselling breve da parte dei medici competenti
- insufficiente informazione
- operatori sanitari con eccessiva prevalenza di fumatori

Nell'ambito dei progetti CCM "Piano nazionale di formazione sul tabagismo rivolto ai pianificatori regionali" e "Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale" la Regione Lazio ha fornito un supporto tecnico specifico finalizzato alla costituzione di una "rete" di operatori coinvolti nella prevenzione del tabagismo e del fumo passivo nei luoghi di lavoro attraverso uno progetto (D4085 del 9/12/2009, D4170 del 14/12/2009 e D 0238 del 28 gennaio 2010) .

Evidenze/prove scientifiche di provata efficacia

L' Action Plan WHO 2008-2013, pone tra i suoi obiettivi la promozione di interventi per ridurre i principali fattori di rischio modificabili per le malattie croniche: tabacco, alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol (WHO, 2008).

L'ultimo aggiornamento della Cochrane Review in materia di interventi nei luoghi di lavoro finalizzati alla cessazione dell'abitudine al fumo nelle sue conclusioni rileva che emergono forti evidenze riguardo all'efficacia di interventi mirati ai fumatori nei luoghi di lavoro per aumentare la probabilità che essi smettano di fumare e che ci sono inoltre consistenti evidenze in merito al fatto che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro possa fare diminuire il consumo di sigarette dei fumatori durante la giornata lavorativa e l'esposizione dei non fumatori al fumo di tabacco ambientale sul lavoro; mentre evidenze contraddittorie risultano in merito alla diminuzione della prevalenza dell'abitudine al fumo ed al consumo generale di tabacco da parte dei fumatori.

Le politiche aziendali di prevenzione, cura e controllo del tabagismo possono rappresentare misure efficaci per ridurre la prevalenza di fumatori nonché il consumo di sigarette e l'esposizione a fumo passivo. La cessazione dell'abitudine al fumo rappresenta oggi la strategia più efficace per ridurre la mortalità associata al fumo di sigaretta a medio termine.

Nell'ambito del PRP 2010-12 parte dei Servizi PreSAL del Lazio sono stati coinvolti nella realizzazione del Progetto 14_2.9.4 "Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo".

L'intervento, la cui progettazione è stata condivisa dal gruppo regionale dei referenti

della promozione della salute sul lavoro, dalle parti sociali a da istituzioni scientifiche (Università, ex ISPESL), ha visto il coinvolgimento operativo di 8 ASL e l'adesione di più di 20 unità produttive. I due terzi della popolazione lavorativa coinvolta risulta impiegata nel settore della sanità.

Il progetto ha coinvolto 5344 lavoratori, producendo una massa interessante di dati che sono in corso di elaborazione. Un primo importante risultato è il significativo cambiamento delle policy aziendali sul tabagismo. I valori medi di valutazione rilevati con una check-list di 20 item, sono passati da 7.4 a 11.7 per il comparto della sanità e da 6.3 a 15.7 per gli altri comparti.

| COMPARTO | N. Aziende | N. Addetti | Check-list Policy Media Post/20 | Check-list Policy Media Pre/20 |
|----------------|------------|------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| SANITA' | 7 (10*) | 2873 | 11.7 | 7.4 |
| ALTRI COMPARTI | 10 | 1427 | 15.7 | 6.3 |

Alta è la percentuale di lavoratori che ritiene che tutt'ora non venga rispettato il divieto di fumo in tutta l'azienda. Il dato è risultato elevato anche nel comparto della sanità. Forte anche la segnalazione di perdurante esposizione al fumo passivo in azienda. Dato questo che invita a mantenere una forte attenzione nel far rispettare le norme e regolamenti.

Le Linee Guida Clinico-organizzative per la cessazione del fumo di tabacco della Regione Piemonte (2007) evidenziano come le strutture sanitarie possano giocare un ruolo importante in un programma complessivo di promozione della cessazione dall'abitudine al fumo. Ciò è possibile attraverso l'adozione di pratiche di 'counselling breve' da parte di tutti gli operatori sanitari.

In particolare i medici competenti potrebbero rilevarsi molto utili nella promozione di ambienti di lavoro senza fumo partecipando organicamente a programmi di prevenzione di sanità pubblica da realizzarsi nel corso dell'attività di sorveglianza sanitaria, in analogia a quanto i medici di famiglia già svolgono sul territorio. I medici competenti dovrebbero avere inoltre un ruolo attivo nel favorire la cessazione dell'abitudine al fumo degli operatori sanitari loro affidati per la sorveglianza sanitaria. E' necessario, a tal fine formare i medici competenti del SSR e sviluppare modelli di promozione della salute finalizzati a ridurre il consumo di sigarette tra i lavoratori della sanità, nonché per accrescere il rispetto della normativa antifumo. Tenendo conto che gli operatori sanitari possono costituire un importante esempio per l'assunzione di stili di vita salutari, è possibile immaginare una positiva ricaduta sulla salute della popolazione generale nel tempo.

Soluzioni proposte (fattibilità e sostenibilità):

Si ritiene utile proseguire il progetto, in continuità con quanto finora realizzato, proponendone l'estensione anche al 2013-4, da parte di almeno 6 SpreSAL

Il modello di no-smoking policy di riferimento è quello del *Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro "Verso una azienda senza fumo" (2007)* prodotto dal gruppo interregionale CCM "Area prevenzione del tabagismo nei luoghi di lavoro". Si propone la stampa di 12.000 manuali di auto-aiuto dell'ISS per i fumatori.

Beneficiari

Lavoratori, medici competenti, RSPP, RLS, datori di lavoro, dirigenti e preposti di aziende pubbliche e private presenti sul territorio di almeno 6 ASL della regione Lazio. Il progetto coinvolgerà un numero complessivo di almeno 1000 lavoratori.

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Riduzione del consumo di tabacco nei luoghi di lavoro attraverso l'adozione di adeguate no-smoking policy aziendali

Il progetto ha lo scopo di promuovere all'interno di aziende pubbliche e private interventi di informazione e assistenza volti ad incrementare la consapevolezza sui rischi, ridurre l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo attraverso l'adozione di adeguate no-smoking policy aziendali comprendenti misure di prevenzione, controllo e trattamento del tabagismo nei luoghi di lavoro.

Obiettivi specifici

- 1) Analisi del problema fumo attivo e passivo nei luoghi di lavoro
- 2) Adozione di no-smoking policy aziendale da parte di aziende pubbliche e private
- 3) Analisi dati degli interventi effettuati

Risultati attesi

- Conoscenza del problema fumo attivo e passivo nei luoghi di lavoro
- Incremento della consapevolezza e maggiore rispetto del divieto di fumo
- Adozione del modello di no-smoking policy aziendale da parte di aziende pubbliche e private
- Maggiore rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro
- Riduzione dei livelli di consumo di tabacco nei luoghi di lavoro
- Miglioramento della capacità dei Servizi di promuovere salute e assistenza alle imprese
- Favorire l'incontro di domanda e offerta territoriale per il trattamento dei tabagisti

Attività

- Attivare la collaborazione di imprese e lavoratori per promuovere nei luoghi di lavoro una maggiore consapevolezza sul problema del fumo nei luoghi di lavoro
- Valutare le policy aziendali sul fumo attraverso analisi della documentazione, sopralluoghi ed utilizzo di check-list
- Somministrare questionari ai lavoratori ed alle figure della prevenzione sulla percezione del problema fumo
- Assistere i medici competenti nella proposizione del counselling breve ai lavoratori fumatori
- Assistere le figure aziendali della prevenzione in tema di no smoking policy
- Realizzazione attività informativa e formativa sulla prevenzione cura e controllo del tabagismo rivolti a RSPP, MC, Tecnici e Preposti L. 3/2003
- Attivazione counselling e terapia per il tabagismo rivolti ai lavoratori
- Rilevazione delle modificazioni intervenute attraverso valutazioni ragionate del GdL, sopralluoghi, check-list, questionari, interviste

Strutture sanitarie e metodologie

I Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro hanno come compito istituzionale quello di promuovere la salute nei luoghi di lavoro mediante la vigilanza, l'assistenza, l'informazione e l'educazione alla salute. Uno dei compiti è quello di promuovere conoscenze, comportamenti ed atteggiamenti favorevoli alla salute, rivolti non solo ai rischi derivanti dalle lavorazioni in senso stretto, ma anche a quelli connessi alle abitudini personali che possono influire sulla sicurezza e salubrità del posto di lavoro.

I Servizi PreSAL, attraverso interventi di informazione della popolazione lavorativa e di assistenza alle aziende, ai medici competenti ed alle altre figure della prevenzione aziendale, possono svolgere un ruolo significativo nell'adozione di adeguate no-smoking policy determinando una riduzione del consumo di tabacco nei luoghi di lavoro e di conseguenza dell'esposizione al fumo e dei danni alla salute dei lavoratori.

Il modello di no-smoking policy di riferimento è quello del *Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro "Verso una azienda senza fumo" (2007)* prodotto dal gruppo interregionale CCM "Area prevenzione del tabagismo nei luoghi di lavoro"

Il progetto sarà sviluppato in modo coordinato da parte di almeno 6 Servizi PreSAL. I questionari necessari all'analisi del problema, rivolti a tutte le figure della prevenzione aziendale, sono già stati sviluppati dal gruppo regionale dei referenti della promozione della salute sul lavoro, ed utilizzati nel corso del PRP 2010-12. Allo stesso modo sono disponibili *check-list per la valutazione della no-smoking aziendale ed un opuscolo informativo* prodotto dal gruppo interregionale tabagismo area luoghi di lavoro.

Per quanto attiene agli interventi informativi/formativi sul counselling breve e la promozione della cessazione dell'abitudine al fumo si farà riferimento alle Linee Guida dell'OSSFAD - ISS.

Bibliografia essenziale

WHO. 2008-2013 *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. (2008).

Indagine DOXA-ISS, Il fumo in Italia. OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità (2009)

Marcolina D et al *Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro "Verso una azienda senza fumo"* (2007)

DGR Regione Lazio 813/2009

Valente P., F Forastiere, A Bacosi, G Cattani, S Di Carlo, M Ferri, I Figà Talamanca, A Marconi, L Paoletti, C Perucci and P Zuccaro. *Exposure to Fine and Ultrafine Particles from Secondhand Smoke in Public Places Before and After the Smoking Ban, Italy 2005*. *Tobacco Control*, Volume 16, 5:312-317. (2007).

Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Cessazione del fumo di tabacco. Commissione Regionale Anti-Tabacco (2007).

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga - ISS (OSSFAD). Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo.

<http://www.iss.it/binary/ofad/cont/lgd.1105961067.pdf> (2002).

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|--|--|---|-----------|
| | | Atteso | Osservato |
| N° no-smoking policy adeguate adottate / N° aziende coinvolte X 100 | Sistema informativo SPreSAL | 60% | |
| N° lavoratori e figure aziendali della prevenzione che hanno risposto / N° lavoratori e figure aziendali della prevenzione delle aziende coinvolte | Questionario somministrato alle figure aziendali della prevenzione delle aziende coinvolte | 60% | |
| N° lavoratori di aziende pubbliche e private informati | Sistema informativo SPreSAL | 1000 | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Prevenzione dell'iniziazione al consumo di tabacco e sostanze

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)

N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

2.9.5

Breve descrizione dell'intervento programmato

Riferimenti scientifici e buone pratiche:

- L'indagine HBSC Regione Lazio 2009-10 (2) e lo studio ESPAD 2011(3) dimostrano che nella Regione Lazio il tabacco continua ad essere una delle sostanze psicotrope più largamente diffuse: a 15 anni fuma circa 14% dei ragazzi per arrivare a consumi che raggiungono il 41% a 19 anni, posizionando la nostra Regione tra quelle dove si fuma più.
- Le linee guida dell'OMS, prevedono una serie di obiettivi di salute da raggiungere entro l'anno 2015, riguardanti la riduzione significativa degli effetti dannosi derivanti dal consumo di sostanze che causano dipendenza quali il tabacco, l'alcool e le droghe, in tutti gli Stati membri.
- La positiva esperienza ed i risultati raggiunti nei precedenti anni scolastici con il Programma Unplugged nelle classi seconde delle Scuole Secondarie di primo grado e per le classi prime delle scuole secondarie di secondo grado.

Diffusione del programma Unplugged finalizzato alla prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe nelle scuole superiori di primo grado del territorio della Regione Lazio

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Migliorare il benessere e la salute psico-sociale dei ragazzi attraverso il riconoscimento ed il potenziamento delle abilità personali e sociali necessarie per gestire l'emotività e le relazioni sociali, e per prevenire e/o ritardare l'uso di sostanze

Obiettivo generale

Promozione della salute e prevenzione delle dipendenze nella popolazione giovanile attraverso l'adozione nelle scuole secondarie di I grado della Regione Lazio del programma multicentrico europeo di provata efficacia denominato Unplugged.

Per l'attuazione di tale programma, le scuole rappresentano uno dei contesti più importanti in grado di contribuire in modo sostanziale al miglioramento dello stato di salute delle generazioni future. La scuola costituisce, infatti, il *setting* ideale per questo tipo di interventi.

Descrizione dell'intervento

L'intervento prevede:

E' stata realizzata nel biennio precedente una formazione iniziale da parte degli esperti del programma europeo a tutti i Referenti aziendali per la promozione della salute delle ASL del Lazio (nominati con lettera del Direttore Generale dell'ASL per svolgere l'attività di promotori della salute nel territorio di loro competenza territoriale) a cui fa seguito la formazione degli insegnanti.. Gli insegnanti formati realizzeranno l'intervento nelle classi utilizzando i materiali didattici proposti dal programma.

Le caratteristiche centrali del curriculum formativo sono le seguenti:

1. **adozione di un modello basato sull'influenza sociale globale**
2. **scomposizione in 12 unità modulari**
3. **conduzione da parte di un insegnante di qualsiasi materia della scuola dell'obbligo**

Beneficiari

Studenti del 2 anno delle scuole secondarie di I grado del Lazio

Tappe dell' intervento

1. Coinvolgimento attivo del Gruppo di coordinamento regionale per la promozione della salute nelle ASL e di un Gruppo di Lavoro Aziendale (GLA) in ogni ASL del Lazio per supportare il Referente Regionale
2. Diffusione del Programma Unplugged nelle scuole secondarie di I grado della Regione Lazio
3. Adozione nelle scuole secondarie di I grado del Lazio del programma Unplugged nelle scuole che aderiscono al programma.
4. Formazione degli insegnanti delle scuole aderenti al programma da parte degli operatori ASL formatori esperti
5. Attività di sensibilizzazione e supporto del corpo insegnante
6. Valutazione e monitoraggio del processo

Obiettivi di processo

1. Adozione dei manuali metodologici individuati dal programma "Unplugged"
2. Attuazione di corsi di formazione per insegnanti sull'utilizzo dei materiali
3. Applicazione dei manuali nelle scuole secondarie di I grado della Regione Lazio che aderiscono al programma.
4. Monitoraggio e valutazione dell'intervento con gli strumenti previsti nel protocollo del programma.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013 | |
|---|--|--|------------------|
| | | ATTESO | OSSERVATO |
| 1. scuole secondarie di I grado partecipanti al programma Unplugged | Relazione dei referenti regionali di progetto sulla base della documentazione aziendale | partecipazione >50% delle scuole che hanno inviato scheda di adesione | |
| 2. insegnanti formati | Relazione dei referenti regionali di progetto sulla base della documentazione aziendale | partecipazione al Corso insegnanti > 55%/ insegnanti iscritti | |
| 3. valutazione del programma | Schede di monitoraggio di processo schede di gradimento studenti schede di gradimento insegnanti | 70% di schede compilate dagli insegnanti/totale schede previste 60% di schede di gradimento studenti raccolte /totale studenti partecipanti 60% di schede di gradimento insegnanti raccolte/totale insegnanti partecipanti | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Consolidamento e qualificazione dei programmi di screening organizzati

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

3.1 Tumori e Screening

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

3.1.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Dopo un attento lavoro di valutazione su obiettivi raggiunti e criticità riscontrate nell'attuazione del PRP 2010-2012, la Regione Lazio e l'ASP, in accordo con le AASSLL, ha programmato una serie di interventi mirati al miglioramento e al consolidamento dei programmi di screening, in linea con le indicazioni Ministeriali. Le linee di intervento qui presentate sono orientate a favorire la partecipazione della popolazione target ai programmi di screening e al mantenimento degli standard di qualità dei percorsi attraverso i seguenti sottoprogetti:

- A. promozione del coinvolgimento dei soggetti fragili
- B. miglioramento dell'efficienza dei Numeri Verdi Aziendali e della comunicazione lungo tutto il percorso di screening.
- C. valutazione dei programmi e pianificazione di un programma di Site Visit secondo le indicazioni dell'ONS .

Obiettivo generale

Obiettivo generale per la proroga 2013 è il consolidamento dei risultati raggiunti dai programmi di screening, **in continuità e in coerenza con le linee di attività presentate nel piano 2010-2012**, mediante una serie di interventi tesi a migliorare la partecipazione e la qualità dei percorsi organizzati.

Intervento 3.1.1.A

Promozione del coinvolgimento dei soggetti fragili nei programmi di screening

Razionale: la partecipazione di alcune fasce di popolazione risulta inferiore a quella registrata nella popolazione target; occorre sperimentare modelli organizzativi alternativi rispetto alla lettera di invito che non è in grado di raggiungere i soggetti a forte disagio sociale. E' indispensabile creare una rete tra servizi, associazioni di volontariato e altri stakeholder, centri di aggregazione e i coordinamenti dei programmi di screening per favorire l'accessibilità agli screening.

Beneficiari: popolazioni a forte disagio sociale, in fascia target per i tre Programmi di Screening.

Azioni: attuare un censimento dei centri territoriali di afferenza per i soggetti immigrati o a disagio sociale (ambulatori STP/ENI, centri antiviolenza, Dipartimenti di Salute Mentale, centri di detenzione); organizzare sessioni informative presso i centri di aggregazione; organizzare corsi di formazione per operatori dei centri; predisposizione e divulgazione di materiale informativo sui programmi di screening in lingua

Obiettivi di salute

Aumentare la partecipazione ai programmi di screening organizzati della popolazione immigrata o a forte disagio, attraverso la definizione di percorsi di collegamento tra servizi e realizzando interventi di promozione degli screening oncologici.

Indicatori:

organizzazione di almeno 1 sessione informativa/anno per ASL;

stesura di un report per ASL con le modalità di coinvolgimento, incontri effettuati e

soggetti coinvolti

Intervento 3.1.1.B

Miglioramento dell'efficienza dei Numeri Verdi Aziendali e della comunicazione lungo tutto il percorso di screening

Razionale. La comunicazione nei programmi di screening è molto importante per ottenere da parte dell'utenza una adesione consapevole al test di screening, favorire la partecipazione dei soggetti invitati e migliorare la fidelizzazione dell'utenza ai programmi organizzati.

Beneficiari: uomini e donne in fascia target

Azioni: analisi dell'organizzazione dei numeri verdi aziendali; utilizzo del Manuale per gli operatori di numero verde (Manuale ASP); utilizzo della modulistica Regionale,

Obiettivi di salute:

Favorire la partecipazione allo screening attraverso una corretta comunicazione in tutte le fasi del percorso organizzato, dalla lettera di invito alla chiusura dell'iter di screening.

Indicatori:

Utilizzo del Manuale ASP presso i Numeri Verdi di Screening (10/12 ASL)

Utilizzo della modulistica regionale (10/12 ASL)

Intervento 3.1.1.C

Valutazione dei programmi di screening orientata al miglioramento della qualità dei percorsi offerti; pianificazione di un programma di site visit secondo le indicazioni dell' Osservatorio Nazionale Screening.

Razionale. La messa a punto di un Sistema Informativo Regionale per gli screening oncologici, utilizzato ad oggi da 10 ASL su 12, ha permesso di migliorare la completezza e la qualità dei dati riguardanti tutto il percorso di screening per rispondere in maniera puntuale al debito informativo nazionale, partecipare al progetto DWH nazionale e favorire il monitoraggio delle fasi attraverso il calcolo di indicatori precoci e di impatto che valutano l'appropriatezza dei percorsi.

Beneficiari: Professionisti coinvolti nei programmi di screening uomini e donne in fascia target

Azioni: a partire dai dati di screening per singola ASL, calcolare gli indicatori di performance sui percorsi organizzati (mammella, cervice uterina e colon retto), misurare gli scostamenti rispetto agli standard nazionali, organizzare incontri con i referenti e operatori aziendali per discutere dei risultati e delle proposte di intervento da adottare nei casi di scostamento dalla best practice.

Obiettivi di salute:

Migliorare l'efficacia dei programmi di screening della cervice uterina e della mammella e del colon retto

Indicatori:

preparazione di schede di valutazione per singola ASL

stesura di un protocollo per site visit presso le AASSLL secondo indicazioni dell'ONS

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|---|--|---|------------------|
| | | ATTESO | OSSERVATO |
| N sessioni informative effettuate per ASL sul coinvolgimento dei soggetti fragili | ASL NO SIPSOweb: scheda riepilogativa intervento; ASL SIPSOweb: dati SIPSO | Almeno 1 incontro per ASL | |
| Report ASL delle attività inerenti alla promozione del coinvolgimento degli utenti | ASL | 10/12 | |
| Utilizzo del Manuale ASP presso i Numeri Verdi di Screening | ASL | 10/12 | |
| Utilizzo della modulistica regionale | ASL | 10/12 | |
| Schede di valutazione per ASL, per singolo programma di screening secondo indicazioni ONS | ASP | 12/12 | |
| Stesura protocollo per Site Visit presso le ASL secondo indicazioni ONS e conduzione di una site visit per tipologia di programma di screening (mammo, cito e colon) | ASP/ASL | Stesura report; 1 site visit mammografico, 1 site visit citologico, 1 site visit colon retto | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Innovazione tecnologica PS su mammella, cervice uterina e colon-retto

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

3.1 Prevenzione della popolazione a rischio. Tumori e Screening

N° identificativo del progetto all'interno del Piano Operativo regionale

3.1.2

Breve descrizione del programma

I programmi di screening sono interventi di prevenzione basati sulle evidenze. L'innovazione tecnologica nel campo della diagnostica e della prevenzione primaria obbligano ad adeguare periodicamente i programmi di screening per mantenerne la massima efficacia.

L'introduzione delle nuove tecnologie, anche quando sostenute da prove di efficacia, deve essere accompagnata da una valutazione di impatto economico e organizzativo e da prove di fattibilità.

A seguito della valutazione dei risultati raggiunti nel precedente piano 2010-2012 e considerando le criticità riscontrate nel portare avanti alcune attività si ritiene opportuno modulare alcune linee di attività ed i rispettivi indicatori. Si riportano di seguito i seguenti sottoprogetti:

A . monitoraggio dell' introduzione nelle ASL dell'uso del test HPV DNA come test primario e integrazione con i programmi vaccinali anti-HPV .

B . monitoraggio dell'implementazione dell'uso dei mammografi digitali nei programmi di screening

Obiettivo generale:

Obiettivo generale per la proroga 2013 è il consolidamento dei risultati raggiunti dai programmi di screening, in continuità e in coerenza con le linee di attività presentate nell'ambito del PRP 2010-2012, mediante una serie di interventi tesi a migliorare la partecipazione e la qualità dei percorsi organizzati.

Intervento 3.1.2 .A

Monitoraggio dell'introduzione nelle ASL dell'uso del test HPV_DNA come test primario e integrazione con i programmi vaccinali anti HPV.

Razionale: L'identificazione del virus papilloma virus umano (HPV) come causa necessaria del cervico-carcinoma ha portato allo sviluppo di due nuovi presidi di prevenzione: il test HPV e il vaccino. Il vaccino copre i due tipi vaccinali responsabili di oltre il 70% dei cancri invasivi. La prevalenza e la storia naturale del cancro della cervice uterina cambierà nelle donne vaccinate, le modalità e l'algoritmo di screening, dovranno cambiare di conseguenza. Per poter, prima misurare l'impatto della vaccinazione sui programmi di screening, poi garantire una gestione differenziata delle donne vaccinate e non vaccinate, è necessario tracciare le vaccinazioni effettuate.

Evidenze da grandi trial randomizzati con lungo follow up hanno dimostrato che il test HPV offre una maggiore anticipazione diagnostica e una maggiore protezione per il cancro della cervice uterina, con poca o nessuna sovra-diagnosi, rispetto allo screening citologico per le donne con più di 30-35 anni. Le modalità per trasferire queste evidenze di efficacia in programmi di screening routinari devono ancora essere chiarite. Dunque programmi di screening con HPV come test primario devono essere implementati nell'ambito di progetti pilota monitorati e che possano produrre queste informazioni.

Beneficiari: donne in fascia target

Azioni: analisi di record linkage per aggiornamento delle informazioni SIPSOWeb con il database delle vaccinate; monitoraggio dei programmi che utilizzano HPV come test primario (RM G, Latina); calcolo degli indicatori di performance.

Obiettivi di salute

Migliorare l'anticipazione diagnostica e la protezione dal cervicocarcinoma attraverso la conferma dei risultati dei trial randomizzati in setting controllati quali i programmi di screening

Indicatori:

linkage tra archivio vaccinate e SIPSOWeb

relazione delle ASL che usano HPV come test primario

Intervento 3.1.2 .B

Monitoraggio dell'implementazione all'uso dei mammografi digitali nello screening organizzato

Razionale. la mammografia digitale ha dimostrato una performance non inferiore alla mammografia analogica ed una maggiore sensibilità in particolare nei seni densi . la digitalizzazione dei mammografi di screening ha molti vantaggi organizzativi (archivi elettronici, delocalizzazione delle letture, possibilità di consultare on line i precedenti mammogrammi) e in alcuni casi può portare ad una riduzione dei costi sul medio periodo, grazie alla riduzione delle spese per le lastre radiografiche, per i materiali di sviluppo e soprattutto per la riduzione dei tempi di lavoro necessari al caricamento e allo sviluppo delle lastre. Questi risparmi possono compensare il maggior costo delle apparecchiature. Molti dei vantaggi organizzativi della digitalizzazione si realizzano solo se il processo viene correttamente governato a livello aziendale, o meglio di macroarea, con un'efficiente archiviazione e messa in rete delle immagini, dei referti, delle anagrafiche e dei dati di screening.

Beneficiari: donne in fascia target

Azioni: monitoraggio del passaggio delle ASL alla tecnologia digitale; integrazione con i sistemi RIS e il SIPSO web.

Obiettivi di salute:

migliorare l'anticipazione diagnostica per il tumore alla mammella attraverso una strumentazione innovativa

indicatori:

report ASL sul passaggio alla tecnologia digitale

digitalizzazione dei programmi: N° ASL che passa all'uso dei mammografi digitali

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|--|--------------------------|---|------------------|
| | | <i>ATTESO</i> | <i>OSSERVATO</i> |
| Linkage archivi vaccinazione HPV e screening | ASL/ASP | 10/12 ASL | |
| Rapporto estensione dell'uso del test HPV nei programmi di screening | ASL/ASP | SI | |
| Piano di digitalizzazione nei Programmi di screening mammografici | ASL | 6/12 | |
| Integrazione RIS-SIPSO | ASP | 3 ASL | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto:

Promozione degli strumenti per la valutazione e riduzione del rischio cardiovascolare individuale

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i:

3.2 Malattie cardiovascolari

N° identificativo del progetto all'interno del Piano Operativo regionale:

3.2.1

1. Razionale / Background

La Regione Lazio, recependo gli indirizzi nazionali sull'uso degli strumenti per la rilevazione del rischio CV ha inserito nei precedenti piani di prevenzione interventi per la diffusione di tali strumenti nell'ambito della medicina generale.

In particolare, nel PRP 2010-2012 era stato costituito un gruppo di lavoro regionale che aveva elaborato un pacchetto formativo per MMG, Cardiologi ambulatoriali ed Infermieri ambulatoriali.

Erano state, pertanto, costituite 12 équipe formative aziendali, per la formazione a cascata degli operatori aziendali, previa formazione di gruppi di formatori, allo scopo di effettuare i corsi sul territorio ai MMG, Cardiologi ambulatoriali ed Infermieri ambulatoriali.

Tutte e 12 le ASL avevano partecipato al corso di formazione centrale, al termine del quale a ciascuna delle 12 équipe formative aziendali è stato consegnato un CD contenente i materiali didattici del corso di formazione centrale, da utilizzare per supportare i corsi di formazione aziendale per Medici di Medicina Generale, Cardiologi Ambulatoriali e Infermieri Ambulatoriali. Ben 11 delle 12 aziende ASL hanno predisposto il piano formativo aziendale, consentendo di raggiungere e superare l'obiettivo di 9 aziende previsto per la data del 31-12-2012.

Tuttavia, la realizzazione dei corsi nelle singole aziende non ha potuto avere luogo, non consentendo di raggiungere l'obiettivo del 30% di MMG, non già formati nell'ambito del precedente PRP, partecipanti ad una edizione del corso di formazione aziendale, per la mancanza di finanziamenti necessari a coprire le spese per l'equivalente del compenso da corrispondere ai sostituti del MMG nei giorni previsti per i corsi e alla retribuzione dei docenti.

A causa dell'incertezza sul reperimento dei fondi necessari al raggiungimento dell'obiettivo, il Tavolo Tecnico del Progetto ha ritenuto per il 2013 di proporre una **ridefinizione degli indicatori**, individuandone altri non vincolati alla disponibilità obbligatoria di tali fondi.

Nella proroga del PRP per l'anno 2013, la Regione Lazio intende portare avanti le attività di prevenzione, **in parziale continuità con quelle del Piano precedente**, incardinandole nella definizione di strategie terapeutiche e preventive dello scompenso cardiaco e della cardiopatia ischemica e orientarsi alla costruzione di reti multiprofessionali a livello locale, perseguendo l'obiettivo generale della garanzia della continuità assistenziale.

Per la realizzazione di tali attività la Regione intende continuare ad avvalersi del Gruppo di Lavoro Regionale, coordinato dal referente regionale del progetto e costituito almeno da un referente di progetto e un referente dell'Area formazione per ciascuna Azienda USL, da un rappresentante del Centro di Formazione Regionale per la Medicina Generale, dai rappresentanti delle associazioni di categoria e/o delle società scientifiche di maggior rilievo dei MMG, Cardiologi ambulatoriali, Infermieri, da un rappresentante della Confederazione delle Associazioni regionali di Distretto (CARD), da un rappresentante di almeno un'associazione di cittadini-utenti attiva nel settore sanitario.

Il Gruppo di Lavoro Regionale concorderà metodi ed obiettivi per l'elaborazione di protocolli terapeutici per il controllo farmacologico dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia ed efficienza, e la definizione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali su scompenso e cardiopatia ischemica.

2. Obiettivi e risultati attesi

2.1 Elaborazione e diffusione di protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio.

Stesura di documenti di indirizzo da parte del GdLR sulla base di evidenze disponibili in materia

2.2 Definizione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali su scompenso e cardiopatia ischemica

Stesura da parte del GdLR di un documento di indirizzo recante la definizione di un percorso assistenziale di riferimento per il paziente con scompenso e/o cardiopatia ischemica sulla base delle principali linee guida nazionali e internazionali, con particolare riguardo alla definizione di criteri di appropriatezza del ricorso ai vari servizi assistenziali (ricovero ospedaliero, trattamento ambulatoriale). Tale percorso dovrà successivamente essere declinato nei rispettivi contesti locali attraverso il lavoro interdisciplinare dei professionisti con particolare riguardo all'integrazione ospedale-territorio

3. Piano di valutazione

Per il 2013 il progetto prevede di definire protocolli terapeutici per il trattamento farmacologico delle principali condizioni di rischio (ipertensione e dislipidemie) e sulla definizione di percorsi assistenziali di riferimento per scompenso cardiaco e cardiopatia ischemica.

Beneficiari

1. Professionisti sanitari impegnati negli interventi di prevenzione e cura dei pazienti con malattie cardiovascolari: Cardiologi ambulatoriali, MMG ed Infermieri ambulatoriali
2. Popolazione portatrice di fattori di rischio CV correggibili farmacologicamente
3. Popolazione affetta scompenso cardiaco e cardiopatia ischemica

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

1. Contribuire alla riduzione del rischio CV migliorando l'aderenza alle terapie croniche di contrasto all'azione di alcuni dei principali fattori di rischio
2. Definizione di percorsi assistenziali di riferimento per lo scompenso e la cardiopatia ischemica e iniziale predisposizione di reti integrate a livello locale

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|---|--|---|------------------|
| | | <i>ATTESO</i> | <i>OSSERVATO</i> |
| <i>Elaborazione documento di indirizzo per il trattamento farmacologico di fattori di rischio cardiovascolare</i> | <i>Tavolo Tecnico</i> | <i>Presente</i> | |
| <i>Elaborazione linee di riferimento sul percorso assistenziale per scompenso e cardiopatia ischemica</i> | <i>Referenti regionali e aziendali di progetto</i> | <i>Presente</i> | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

3.3 Diabete

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale: **3.3.1**

Razionale

La prevalenza del diabete mellito (DM) continua a registrare un costante incremento, traducendosi nell'aumento progressivo, oltre che del numero di casi, anche dell'incidenza di complicanze a medio-lungo termine, alcune con esiti invalidanti permanenti.

Numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che il trattamento precoce, la cura delle forme iniziali delle alterazioni del metabolismo glicemico e la correzione dei fattori di rischio, in particolare sovrappeso e obesità, sono elementi cruciali nel condizionare la storia naturale della malattia. Tali evidenze, insieme alle numerose esperienze raccolte in ambito nazionale internazionale, hanno costituito la base scientifica per la predisposizione il primo Piano Nazionale Diabete; quest'ultimo, approvato in Conferenza Stato-Regioni alla fine del 2012, rappresenta il riferimento cardine per la messa a punto di interventi organizzativi volti al miglioramento dell'assistenza alle persone diabetiche nei differenti contesti regionali.

Nel PRP della Regione Lazio 2010-2012 è stato avviato all'interno delle ASL un percorso di formazione di équipes multidisciplinari aziendali secondo il programma del Progetto Igea dell'ISS, finalizzato a promuovere la costruzione delle reti assistenziali, propedeutiche all'attivazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), che il Piano Nazionale considera strumenti essenziali per il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione, diagnosi e cura del diabete.

Ancora, il Piano Nazionale enfatizza il ruolo centrale del paziente nel processo di cura. A tale proposito il sistema di sorveglianza PASSI regionale raccoglie dal 2011 informazioni riguardanti le modalità correnti di cura del diabete, con particolare riguardo alla cura dei fattori di rischio e all'adesione ai controlli ematochimici e strumentali necessari al

monitoraggio periodico della malattia e alla prevenzione delle principali complicanze d'organo.

Obiettivi

L'obiettivo generale del progetto rientra nell'avvio del processo di implementazione in ambito regionale degli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale Diabete.

Gli obiettivi specifici del progetto sono i seguenti:

- Identificazione da parte delle ASL dei presupposti organizzativi aziendali propedeutici alla costruzione di percorsi assistenziali, avendo come riferimento le indicazioni ministeriali del Piano Nazionale.
- Aumento delle conoscenze sulle cure offerte e sulla presa in carico delle persone con diabete.

Strumenti

Ai fini del raggiungimento degli obiettivi sopra indicati è necessario effettuare i seguenti passaggi.

- 1) Coinvolgimento delle équipes aziendali, già attive nel precedente Piano di prevenzione, in un lavoro di ricognizione delle azioni da porre in essere in ciascun contesto locale per l'avvio della costruzione dei percorsi assistenziali
- 2) Analisi dei dati specifici del sistema PASSI sulla cura del diabete nel Lazio.

Risultati attesi

Per il 2013 si prevede di raggiungere i seguenti obiettivi.

- Stesura, per ciascuna ASL, di un documento dal quale si evincano, sulla base di un'analisi del contesto locale, gli interventi propedeutici alla costruzione dei percorsi assistenziali
- Elaborazione di prodotti per la diffusione dei dati del PASSI sul diabete.

Il progetto è in parziale continuità con il precedente Piano di prevenzione, tuttavia include nuovi indicatori di valutazione.

Beneficiari

Professionisti coinvolti nella cura dei pazienti diabetici

Pazienti diabetici

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013 | |
|--|--------------------------------------|---|------------------|
| | | ATTESO | OSSERVATO |
| Numero di ASL che hanno predisposto un documento contenente l'analisi locale degli elementi necessari alla costruzione dei percorsi | Relazioni ASL | 6/12 | |
| Elaborazione di una scheda regionale PASSI sul diabete | Sistema di sorveglianza PASSI | Scheda regionale PASSI sul diabete | |

Titolo del Progetto o del programma:

Prevenzione della progressione dell'Artrite Reumatoide mediante diagnosi e terapia nelle fasi precoci di malattia

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

3.5 Malattie Osteoarticolari

n° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale:

3.5.1

Breve descrizione dell'intervento programmato.

L'Artrite Reumatoide (AR) è una malattia infiammatoria cronica autoimmune a carattere progressivo e invalidante gravata da severe conseguenze fisiche, emotive ed economiche la cui eziologia è tuttora ignota la cui prevalenza in Italia si attesta intorno allo 0,4%. L'AR comporta considerevoli costi diretti di trattamento ed imponenti costi indiretti (compresa la perdita di produttività). Uno studio del CeRGAS stima che i costi legati all'AR in Italia siano compresi fra 4.500 e 9.700 miliardi di lire all'anno. Un più recente studio (Censis ANMAR-SIR 2008) ha stimato un costo annuo per paziente di circa 11250 euro (costi diretti e indiretti).

STORIA NATURALE di MALATTIA La storia naturale della malattia si compie entro i primi 2 anni dall'esordio dei sintomi, con la comparsa di alterazioni strutturali irreversibili delle articolazioni coinvolteⁱⁱ. Il 10% dei pazienti smette di lavorare entro un anno dalla diagnosi mentre il 50% risulta inabile al lavoro entro 10 anni dall'insorgenza della malattia. Diagnosticare la malattia ed intraprendere un programma terapeutico adeguato in fase precoce consente di cambiare la storia naturale di malattia, di minimizzare la progressione del danno articolare e, in ultima analisi, di prevenire la disabilità dei pazienti. Sulla base di tali evidenze è stato introdotto il concetto di AR precoce (Early Rheumatoid Arthritis) definita come malattia diagnosticata entro 12 mesi dall'insorgenza dei primi sintomi. Le attuali linee guida della Lega Europea contro le Malattie Reumatiche (EULAR), riprese dalle varie società nazionali tra cui la Società Italiana di Reumatologia (SIR), raccomandano: 1) Inviare a specialista reumatologo ogni paziente con dolore e tumefazione di almeno 2 articolazioni ENTRO 6 settimane dall'inizio dei sintomi. 2) Sottoporre il paziente ad accertamenti clinici, laboratoristici e strumentali che, tenendo conto della diagnostica differenziale, consentano di porre diagnosi di AR precoce. 3) Iniziare subito trattamento con farmaci in grado di cambiare la storia naturale di malattia (DMARDs) ed eventualmente farmaci biologici per i quali sono state recentemente introdotte normative regionali atte a regolarne la prescrizione.

STATO ATTUALE dell'ASSISTENZA: Un Percorso a Ostacoli. In Italia la maggior parte dei pazienti arriva al Reumatologo solo dopo un lungo e articolato percorso costituito da MMG, Pronto Soccorso, specialisti Ortopedici e Fisiatri, liste d'attesa della durata di mesi. Di conseguenza, meno del 20% dei pazienti presenta una malattia con durata inferiore ai 2 anni. Il ritardo nella diagnosi è determinato da numerosi fattori: - SCARSA CONOSCENZA o SCARSA ATTENZIONE alla patologia da parte dei Medici di Medicina Generale e di Altri Specialisti. - DIFFICOLTA' LOGISTICHE per una rapida ed efficace presa in carico del paziente da parte di Centri Reumatologici (liste d'attesa, scarso personale, mezzi diagnostici insufficienti, ecc.).- DIFFERENZE NORMATIVE tra le Regioni. Ad oggi soltanto le Regioni Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Puglia, Toscana e Sardegna hanno dato rilevanza alle patologie reumatiche nei Piani Sanitari Regionali vigenti. In

particolare, nel corso del 2009, Puglia e Lombardia hanno attivato Percorsi Diagnostico-Terapeutici per l'Artrite Reumatoide. La Regione Toscana ha stabilito recentemente corsie preferenziali per visite specialistiche entro 30 giorni per pazienti con sospetta Artrite Reumatoide. Al momento nella Regione Lazio sono accreditati 23 centri per la prescrizione e la dispensazione di farmaci biologici (Centri ANTARES). Tuttavia tali centri non sono integrati in una rete assistenziale coordinata e non sono collegati né tra loro, né con i MMG, né con gli specialisti presenti sul territorio.

EFFICACIA DI UN NUOVO MODELLO ASSISTENZIALE Nel maggio 2008 il Parlamento Europeo ha sottoscritto una dichiarazione sulle malattie reumatiche, sottolineando esse rappresentano la principale causa di invalidità e pensionamento anticipato dei lavoratori il cui impatto economico è pari al 1-1.5% del PIL nei paesi sviluppati. Tale dichiarazione trasmessa ai Parlamenti dei Paesi dell'UE invita a: - incoraggiare gli stati membri a istituire e promuovere l'attuazione di piani nazionali per lottare contro le malattie reumatiche; - sviluppare una strategia comunitaria sulla diagnosi precoce e il trattamento di tali patologie; - sviluppare l'accesso alle informazioni e alle cure mediche. In letteratura sono riportate le esperienze nella diagnosi precoce di AR in numerosi Paesi Europei. E' auspicata l'istituzione di Early Arthritis Clinic: centri specializzati nella valutazione precoce e nella terapia di soggetti con sospetta artrite all'esordio.

PROGETTO 20 nel BIENNIO 2011-2012

Nel biennio 2011-2012, con l'obiettivo di ridurre il ritardo tra insorgenza dei sintomi e diagnosi, e iniziare precocemente la terapia con DMARDs, il presente progetto ha portato per la prima volta nella Regione Lazio all'introduzione di un modello assistenziale razionale per l'Artrite Reumatoide. Tale modello, aderendo alle indicazioni suggerite dal Parlamento Europeo, ha permesso di sensibilizzare i medici di Medicina Generale, minimizzare le liste di attesa delle strutture specialistiche reumatologiche per i pazienti con artrite di recente insorgenza, porre tempestivamente diagnosi di AR, ed infine prendere in carico pazienti con early AR inserendoli in protocolli terapeutici efficaci.

Il lavoro del Tavolo Tecnico in collaborazione con il Tavolo Tecnico Regionale ed i Coordinatori Aziendali ha portato al raggiungimento di questi importanti obiettivi (soddisfacendo le previsioni degli indicatori di processo) tramite le seguenti azioni:

- Azione 1: sono state avviati processi di formazione dei Medici di medicina Generale mediante il modello della formazione a cascata in collaborazione con il CEFORMEG
- Azione 2 e 3: sono state avviate iniziative di informazione della popolazione generale in collaborazione con le Associazione dei Pazienti
- Azione 4 e 5: la maggior parte delle ASL della Regione ha riorganizzato l'assistenza assegnando porzioni di attività esistente all'AR in fase precoce, fornendo recapiti per l'accesso privilegiato al servizio (contact center)
- Azione 6: è stata creata una cartella clinica informatizzata con possibilità di accesso remoto per tutti i centri reumatologici regionali partecipanti al progetto
- Azione 7 e 8: sono stati applicati i protocolli previsti dalle linee guida internazionali
- Azione 9: sono stati predisposti modelli di collaborazione interdisciplinare sul territorio.

Il progetto è in continuità con le attività del precedente Piano di prevenzione e presenta una parziale rimodulazione di alcuni indicatori

Beneficiari

- Soggetti, con età maggiore di 18 anni, con dolore e tumefazione articolare di almeno 2 articolazioni, di recente insorgenza (meno di 6 mesi), residenti nella Regione Lazio.
- Medici di Medicina Generale
- Popolazione Generale
- Specialisti Ortopedici e Fisiatri operanti nella Regione Lazio.

Obiettivi di Salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

OBIETTIVO GENERALE di SALUTE:

Prevenzione della progressione di malattia e della conseguente disabilità nei pazienti affetti da Artrite Reumatoide, sulla base dei modelli Europei di Early Arthritis Clinic

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Riconoscimento precoce di Artrite Reumatoide

Il raggiungimento di tale obiettivo è fondamentale per la prevenzione della progressione della malattia, come dimostrato dai dati di letteratura. Per perseguire l'obiettivo, il nostro Progetto prevede:
Azione 1: Prosecuzione Formazione dei Medici di Medicina generale (avviata nel biennio 2011-2012). La formazione dei MMG è stata realizzata mediante la collaborazione del CEFORMEG e nell'ambito di eventi organizzati autonomamente dai Centri Universitari e dai Poli Ospedalieri.

Nell'arco del 2013 proseguiranno le iniziative di formazione organizzate e finanziate autonomamente dai Centri Universitari e dai Poli Ospedalieri operanti nel territorio regionale.

Azione 2: Implementazione delle porzioni di attività degli ambulatori reumatologici esistenti dedicata alle artriti di recente insorgenza

Azione 3: implementazione dell'attività dei servizi informativi già istituiti negli ambulatori reumatologici esistenti e dedicati al progetto nel 2011-2012

Azione 4: Coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti (avviata nel biennio 2011-2012)

Azione 5: Prosecuzione delle Campagne di Informazione della popolazione generale (avviata nel biennio 2011-2012)

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Promozione di un approccio terapeutico in grado di cambiare la storia naturale di malattia che comprenda una valutazione integrata del paziente.

Come evidente dalla letteratura scientifica, inserire il paziente precocemente in un programma terapeutico è indispensabile per il raggiungimento dell'obiettivo generale. In particolare, in relazione a questo obiettivo specifico, prevediamo le seguenti misure:

Azione 6: condivisione sistematica della cartella clinica dedicata. Eventuale condivisione on-line della cartella clinica dedicata digitale, già elaborata nel 2012, tramite accesso remoto.

Azione 7: Implementazione dell'applicazione delle strategie condivise di terapia e follow-up elaborate dal Tavolo Tecnico nel 2011-2012.

Azione 8: Implementazione del numero di pazienti in follow-up negli ambulatori riorganizzati nell'ambito del progetto.

| INDICATORI | FONTE DI VERIFICA | VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013 | |
|---|---|---|------------------|
| | | ATTESO | OSSERVATO |
| Numero di eventi formativi realizzati | Relazione Referenti Regionali di Progetto | 8 | |
| Numero di ASL che hanno identificato attività ambulatoriale dedicata | Relazione Referenti Regionali di Progetto | 9 | |
| Partecipazione delle associazioni al tavolo tecnico del progetto | Relazione Referenti Regionali di Progetto | 5 | |
| Numero di eventi di informazione in collaborazione con le associazioni dei pazienti. | Relazione Referenti Regionali di Progetto | 3 | |
| Numero di ASL in cui sono state avviate iniziative di informazione per la popolazione residente | Relazione Referenti Regionali di Progetto | 3 | |
| Implementazione cartella clinica informatizzata | Relazione Referenti Regionali di Progetto | 3 Centri | |
| Numero di pazienti in follow-up | Relazione Referenti Regionali di Progetto | 250 | |

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

| |
|--|
| <p>Titolo del Progetto o del programma: Prevenzione della popolazione a rischio</p> |
| <p>Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i : 3.7 Disturbi psichiatrici</p> |
| <p>N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale 3.7.1</p> |
| <p>Breve descrizione dell'intervento programmato</p> <p><i>Il contesto di intervento</i></p> <p>Attualmente il suicidio è considerato un problema multifattoriale il cui impatto sociale e psicologico sulla famiglia e sulla comunità è enorme. In media un solo suicidio colpirà emotivamente e in maniera profonda almeno 6 altre persone. Lo stato dell'arte della ricerca indica che la prevenzione del suicidio è possibile ma comporta una serie di interventi: fra questi, un'appropriata diffusione delle informazioni ed una maggiore consapevolezza sono elementi essenziali per il successo dei programmi di prevenzione del suicidio. Il suicidio di per sé non è una malattia, né è necessariamente la manifestazione di una malattia, ma il disturbo mentale è il fattore più frequentemente associato al suicidio. Un'osservazione sistematica del suicidio e una prassi preventiva tra i pazienti dei servizi di salute mentale è un obiettivo riconosciuto dalle pianificazioni sanitarie nazionali e regionali.</p> <p>All'interno di questa prospettiva ed in linea con il PNP 2010, che indica tra le aree di intervento "La prevenzione della popolazione a rischio" e al punto 4.8 individua obiettivi di salute relativi ai "disturbi psichiatrici", il PRP 2010-2012 ha inteso introdurre modalità condivise di approccio, valutazione del rischio e referaggio dei Tentativi di Suicidio (TS) e dei gesti autolesivi in Pronto Soccorso (PS) che consentano nel tempo di rendere sistematica e accurata la raccolta e la registrazione di informazioni, anche al fine di individuare e favorire strategie di prevenzione. A livello nazionale, l'ISTAT a partire dall'agosto 2012 ha cessato di pubblicare le uniche statistiche disponibili relative ai tentativi di suicidio (fonte giudiziaria), ravvisando come queste fossero fortemente sottostimate. Si avverte sempre più la necessità di un dispositivo capace di rilevare i tentativi di suicidio nella sede dove con maggiori probabilità saranno identificati – il Pronto Soccorso. A seguito di un progetto di ricerca dedicato e del PRP 2010-2012, nella maggioranza (78%) dei Pronto Soccorso del Lazio sono state implementate e condivise le modifiche necessarie a livello organizzativo per una rilevazione sistematica dei gesti autolesivi e dei tentativi di suicidio, in linea con i documenti pubblicati dal WHO sull'errata codifica ICD-10 come "morti accidentali" o "evento da intento non determinato" (progetto SUPRE: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/), al fine di una più corretta stima del fenomeno. È stata avviata la sensibilizzazione e formazione del personale operante nei servizi per l'emergenza finalizzato alla valutazione e alla gestione della persona che ha compiuto atti autoconservativi. Una scheda di rilevamento specifica per casi di autolesionismo o tentato suicidio è stata allestita da Laziosanità ASP e integrata nel sistema informatizzato di rilevazione giornaliera dei dati relativi a pazienti che accedono nei servizi d'emergenza regionali (GIPSE on-line). Tale scheda va compilata dagli Psichiatri chiamati a valutare questi eventi in PS e può essere integrata nell'ambito della propria consulenza specialistica. Una serie di informazioni sono state rese disponibili per i portatori di interesse (operatori, Medici di Medicina Generale) tramite le pagine dedicate all'interno del sito web di Laziosanità ASP: http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/salute_mentale_new/progetti/ordinari/suicidio/s_m</p> |

[entale_progetti_suicidio_individuazione.php](http://www.asplazio.it/forum/sisp_forum/viewforum.php?f=75)

E' stata inoltre attivata una sezione dedicata di libero accesso a questo progetto nel Forum Salute Mentale di Laziosanità ASP http://www.asplazio.it/forum/sisp_forum/viewforum.php?f=75

Questo progetto si pone in linea con il PRP 2010-2012, e rispetto a questo gli indicatori sono stati parzialmente modificati.

Razionale

Obiettivo generale del progetto è quello di favorire un miglioramento continuo degli aspetti preventivi e di erogazione dei trattamenti rispetto ai gesti autolesivi e tentativi di suicidio, sia attraverso una implementazione e consolidamento delle modalità di riconoscimento, gestione e registrazione del caso di tentato suicidio (TS) al momento della valutazione in Pronto Soccorso, sia attraverso un maggior coinvolgimento degli attori (operatori sanitari e MMG).

Obiettivi specifici

Nell'ottica di una maggiore comprensione del fenomeno e, quindi, di realizzazione di attività di prevenzione è necessario:

1. consolidare il sistema di monitoraggio in PS dei tentativi di suicidio e atti autolesivi attraverso procedure organizzative volte a verificarne la corretta valutazione in Pronto Soccorso, ed eventuali interventi formativi rivolti al personale sanitario;
2. comunicare i risultati del monitoraggio agli operatori in esso coinvolti;
3. proseguire e intensificare un'opera di sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale volta alla prevenzione dei gesti autolesivi / tentativi di suicidio e degli atti suicidari.

Relativamente all'**Obiettivo specifico 1** saranno realizzate le seguenti attività:

1. analisi dei dati di monitoraggio
2. definizione di un set di indicatori per valutare il funzionamento del sistema
3. valutazione del sistema di monitoraggio (rilevazione, elaborazione, analisi, diffusione dei dati)
4. eventuale riformulazione e pianificazione degli eventi formativi, con particolare riguardo a quegli operatori coinvolti nel monitoraggio in PS che non ne hanno ancora fruito

L'analisi dei dati sarà effettuata dall'ASP con la partecipazione attiva del Tavolo Tecnico. Quest'ultimo sarà determinante anche per la definizione degli indicatori di funzionamento del sistema, che saranno orientati a dimensioni quali la validità, l'affidabilità, la completezza e la consistenza delle informazioni. I risultati della valutazione saranno usati per migliorare la qualità del monitoraggio nell'uso routinario.

In merito all'**Obiettivo specifico 2** saranno realizzate le seguenti attività:

1. definizione di un Piano di Comunicazione condiviso con gli operatori
2. allestimento e realizzazione di un report annuale sul monitoraggio nei PS
3. diffusione e condivisione dei risultati secondo quanto definito nel Piano di Comunicazione

Il Tavolo tecnico sarà coinvolto anche nell'individuazione delle modalità di diffusione e comunicazione dei risultati. A tal fine sarà redatto un Piano di Comunicazione, con l'obiettivo di delineare una strategia per facilitare la diffusione di informazioni circa il monitoraggio e per promuovere l'uso dei dati da parte dei decisori e di altri potenziali utilizzatori.

Riguardo l'**Obiettivo specifico 3** saranno realizzate le seguenti attività:

1. analisi dei bisogni informativi dei Medici di Medicina Generale, utilizzando i questionari a loro dedicati accessibili online nel sito web di Laziosanità ASP alla pagina

http://www.asplazio.it/asp_online/tut_soggetti_deb/salute_mentale_new/questionario/index.php

e quelli già raccolti nel 2012

2. elaborazione di una guida operativa rivolta ai Medici di Base sulla base delle indicazioni riportate sul documento “*Preventing Suicide. A Resource For Primary Health Care Workers*”, pubblicato dal WHO all’interno del progetto SUPRE (Suicide Prevention and Special Programmes)

Beneficiari

Principale beneficiario del progetto è la popolazione di riferimento afferente alle strutture di PS interessate dalla presente rilevazione (ca. 3.420.000 persone, pari al 60% della popolazione residente complessiva). Beneficiari secondari sono gli operatori sanitari coinvolti nelle attività d’informazione/formazione ed i Medici di Medicina Generale

Obiettivi di Salute e obiettivi di processo perseguiti

Il monitoraggio nella popolazione dei tentativi di suicidio e atti auto lesivi e l’incremento dell’attenzione al problema e delle conoscenze nei professionisti della sanità sarà perseguito attraverso:

- procedure organizzative volte a favorirne la sistematica e corretta valutazione in Pronto Soccorso, ed interventi formativi rivolti al personale sanitario;
- informazione sul monitoraggio rivolto agli operatori sanitari coinvolti
- sensibilizzazione ed interventi di informazione dei Medici di Medicina Generale, volta alla loro sensibilizzazione e a favorire o consolidare il collegamento tra questi ed i servizi specialistici

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|---|---|---|------------------|
| | | <i>Atteso</i> | <i>Osservato</i> |
| Numero di Pronto Soccorso che utilizzano il sistema di rilevamento TS definito, sul totale di Pronto Soccorso collegati a GIPSE On line | Sistema Informativo GIPSE online | 90% | |
| Report annuale sul monitoraggio effettuato nei PS e sugli interventi previsti nel piano di comunicazione diretto agli operatori e condivisa con il Tavolo Tecnico | Pagina web dedicata all'interno del sito web di Laziosanità ASP | Report annuale consultabile online | |

Copia

(La scheda non deve superare le 7 cartelle, compreso la tabella indicatori)

Titolo del Progetto o del programma:

MONITORAGGIO DELLA COPERTURA E DELLA QUALITÀ PERCEPITA DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI NELLA POPOLAZIONE DEGLI ANZIANI.

Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i :

4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

N° identificativo del progetto o del Programma all'interno del Piano Operativo regionale

4.2.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Background

Nel 2011, le persone con 65 anni e più costituivano il 19,8% della popolazione residente nel Lazio (il 20,3% in Italia). In futuro, si prevede un ulteriore incremento della quota di popolazione anziana. Questa evoluzione demografica pone questioni in merito alla sostenibilità dei servizi socio-sanitari che devono fronteggiare un aumento delle richieste di servizi e prestazioni di cura. In particolare, saranno sempre più richieste azioni coordinate di promozione della Salute e di prevenzione delle patologie croniche.

Il PNP 2010-2012 sottolinea tra le priorità l'importanza di dati epidemiologici di sorveglianza "oltre che della patologia, anche dei comportamenti, stili di vita, utilizzo delle misure di prevenzione". In linea con le indicazioni nazionali, la Regione Lazio ha inserito all'interno della Linea di intervento 4.2 "Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza" del PRP, il "Monitoraggio della copertura e della qualità percepita degli interventi socio-sanitari nella popolazione degli anziani". Per la realizzazione del progetto sono stati utilizzati gli strumenti e la metodologia messi a punto nell'ambito della Sorveglianza di popolazione "PASSI d'Argento" che prevede la realizzazione di indagini periodiche su campioni rappresentativi della popolazione anziana. Utilizzando il questionario messo a punto con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità, nel 2012 è stata realizzata l'indagine su un campione rappresentativo a livello regionale di circa 1200 persone con 65 anni e più. In aggiunta, nelle ASL Roma E, Roma H e Latina sono state raccolte informazioni su un campione rappresentativo a livello aziendale. Complessivamente sono state intervistate circa 2000 persone. L'indagine 2012, ha permesso di ottenere informazioni dettagliate, e confrontabili con quelle delle altre Regioni, su bisogni di salute della popolazione anziana e qualità degli interventi socio-sanitari del Lazio, e di 3 ASL collocate in territori diversi per densità di popolazione e assetti organizzativi dei servizi. Per favorire

un'efficace diffusione e utilizzazione delle informazioni di sorveglianza, è stato predisposto un Piano di Comunicazione regionale. Le informazioni raccolte nell'indagine 2012 integrano quelle dei sistemi informativi sanitari a copertura regionale attivi nella nostra Regione. La messa a regime del sistema, con la ripetizione delle indagini, permetterà di ottenere un quadro completo e dinamico sullo stato di salute e bisogni della popolazione anziana. Nonostante il buon esito della fase di raccolta dati, il tavolo tecnico regionale del progetto ha evidenziato alcune criticità relative al reperimento delle risorse umane da impegnare nelle attività di sorveglianza. Indicazioni analoghe sono giunte anche da altre Regioni e, per questo motivo, il coordinamento nazionale del progetto ha deciso di procedere a una revisione delle procedure e degli strumenti di indagine. L'obiettivo è quello di favorire la sostenibilità del sistema, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili e definendo procedure di indagine che tengano conto delle esigenze specifiche di Regioni ed ASL.

Obiettivi

Nel 2013, il consolidamento della sorveglianza PASSI d'Argento nel Lazio passa attraverso l'efficace comunicazione dei risultati 2012 di sorveglianza ai diversi target, e la promozione dell'uso dei dati di sorveglianza da parte dei decisori locali.

Strumenti e metodi

Nel 2013 si darà seguito alle attività previste nel Piano di Comunicazione regionale. Nel Piano si delinea la strategia per favorire la promozione della sorveglianza, per facilitare la diffusione di informazioni circa il suo svolgimento e per promuovere l'uso dei dati di sorveglianza da parte dei decisori e di altri potenziali utilizzatori. Si propone un approccio integrato sull'uso dei mezzi di comunicazione, scelti in modo mirato e finalizzato in base all'obiettivo, al target di comunicazione, alle disponibilità economiche delle ASL, alle risorse umane, ai tempi e al contesto. Sarà posta particolare attenzione alla comunicazione dei risultati ai decisori regionali dell'Assessorato ai servizi sociali in modo da favorire, per le prossime indagini, un sostegno da parte dei servizi socio-assistenziali, come previsto dal protocollo di sorveglianza.

La linea progettuale è in continuità con quella del PRP 2010-2012, pur prevedendo indicatori diversi specifici per le attività di comunicazione dei risultati.

Beneficiari

I principali beneficiari della sorveglianza sono le Regioni, i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, i MMG, gli anziani stessi e loro famiglie /caregiver informali, le reti del Terzo settore (associazioni di volontariato, cooperative sociali, etc) che si occupano di promozione e tutela della Salute e del benessere degli anziani.

Obiettivi di Salute e obiettivi di processo perseguiti

Consolidamento nel Lazio di un Sistema di Sorveglianza sulla popolazione anziana sostenibile da parte dei servizi socio-sanitari della Regione.

1. Mettere in atto la strategia comunicativa così come già definita nel Piano di Comunicazione 2012 in modo da promuovere l'uso dei dati di sorveglianza da parte dei decisori e di altri

potenziali utilizzatori.

2. Promuovere competenze e qualità professionale all'interno dei servizi attraverso il diretto coinvolgimento di questi servizi nelle attività di comunicazione.

| <i>INDICATORI</i> | <i>FONTE DI VERIFICA</i> | <i>VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2013</i> | |
|---|---|--|------------------|
| | | ATTESO | OSSERVATO |
| Redazione di un piano di comunicazione | Relazione annuale sulle attività svolte | Presente | |
| Realizzazione degli interventi di comunicazione | Relazione annuale sulle attività svolte | Almeno un intervento sulle persone con 65 anni e più e loro famiglie previsto nel piano di comunicazione | |
| Redazione di un rapporto di comunicazione | Relazione annuale sulle attività svolte | Presente | |