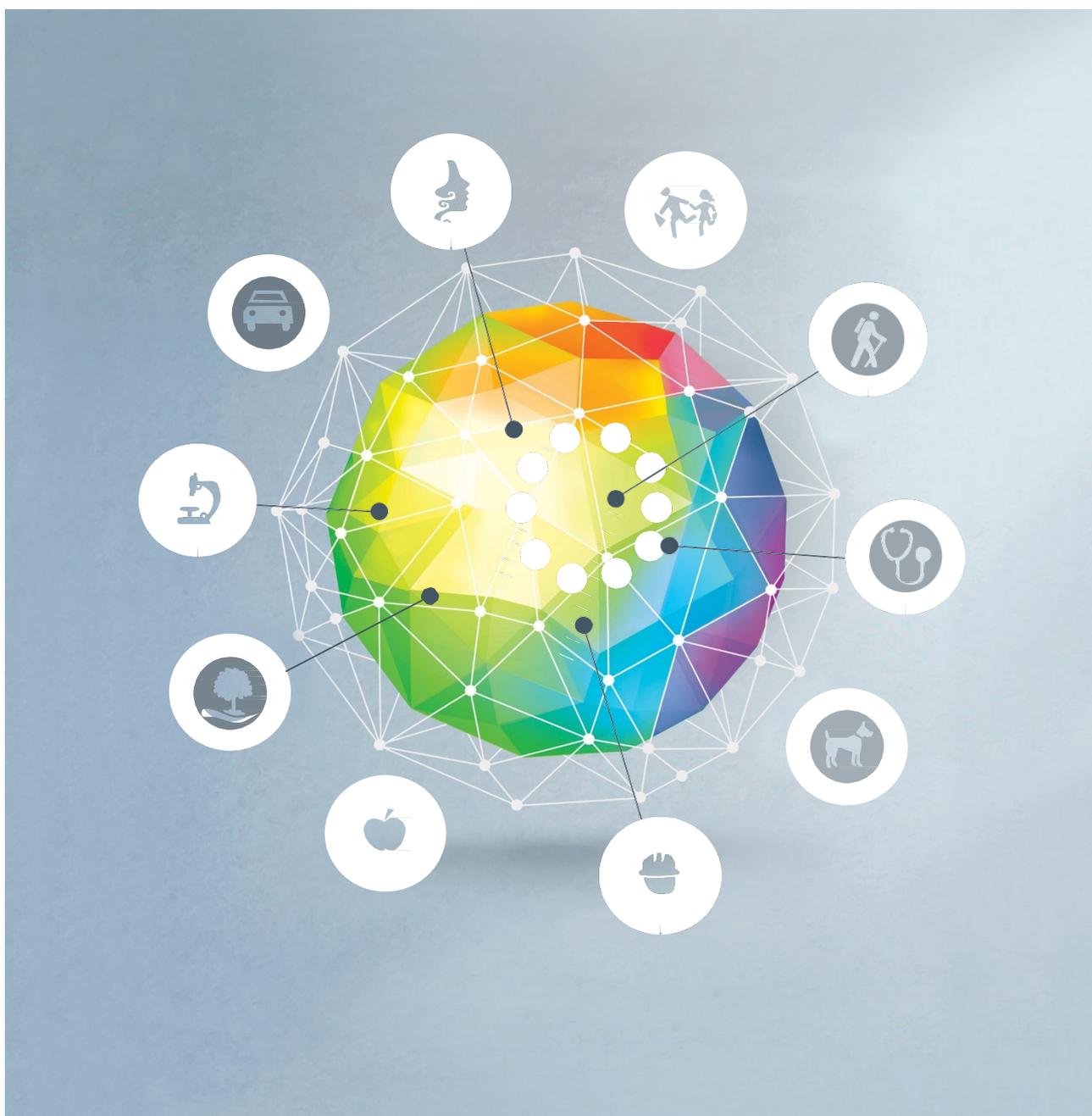
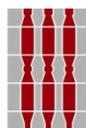


Regione Umbria

PIANO REGIONALE di PREVENZIONE 2014-2018 I PROGETTI





Regione Umbria

Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018

Parte 2 - I progetti

Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018

Parte 2 – I progetti

INDICE

L'introduzione	6
Il quadro d'insieme: dal PNP al PRP 2014-2018	9
I programmi	16
1. Vita da sani	17
• <i>Vision</i>	
• I progetti	
1.1 Miglioriamo lo stile di vita dei bambini umbri	18
1.2 Umbria cammina	22
1.3 Nonni attivi	25
1.4 Alcool e guida sicura	31
1.5 Un soccorso alla salute	38
1.6 Verso l'ospedale senza fumo	44
1.7 La sfida della promozione della salute nei lavoratori: i Medici Competenti impegnati contro l'abitudine al fumo	48
1.8 Muse per Esculapio. La cultura aiuta il ben-essere	52
* 3.4 <i>Salute Infanzia 2.0</i>	
* 6.8 <i>Monitoraggio dell'apporto di iodio nella dieta per prevenire i disordini da carenza</i>	
* 6.9 <i>La prevenzione degli incidenti domestici: sorveglianza e informazione</i>	
* 8.2 <i>Il mercato dell'ultimo minuto</i>	
* 8.4 <i>La mensa come strumento di educazione alimentare e contenimento degli sprechi</i>	
* 9.2 <i>I canili aperti per promuovere salute</i>	
2. Un invito da non rifiutare	58
• <i>Vision</i>	
• I progetti	
2.1 Lo screening per il rischio cardiovascolare: dallo studio di fattibilità alla sperimentazione	59
2.2 La presa in carico della persona positiva ai test di screening oncologici: protocolli diagnostici e percorsi	66
2.3 Migliorare l'offerta vaccinale garantendo standard di sicurezza e qualità	77
* 3.4 <i>Salute Infanzia 2.0</i>	
3. Impariamo a resistere	85
• <i>Vision</i>	
• I progetti	

3.1	Pensiamo positivo - Attivare potenzialità e percorsi positivi nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado	87
3.2	<i>Unplugged</i> Umbria	94
3.3	PIPPI - Programma di Intervento Per La Prevenzione dell'Istituzionalizzazione	101
3.4	Salute Infanzia 2.0	107
3.5	YAPS –Young And Peer School	112
3.6	PIUMA - Progetto Integrato Unità Multidisciplinare Abuso	119
3.7	La bellezza e i suoi desideri: mondo giovanile e nuovi linguaggi	126
3.8	L'importanza di chiamarsi genitori	130
3.9	Forte chi legge! Diversi modi di leggere per il benessere degli adolescenti	133
3.10	Non avere paura: un percorso psicologico per preparare i bambini alla RMN senza sedazione	140
	<i>* 7.6 Spazio ai giovani: tra reale e virtuale</i>	
4.	Programma Donna	144
	• <i>Vision</i>	
	• I progetti	
4.1	Ostetriche come counselor su stili di vita e infezioni sessualmente trasmesse	145
4.2	La gravidanza fisiologica: l'ostetrica per un domani migliore	148
4.3	Il latte della mamma è "gustoso"	155
4.4	Il percorso per la valutazione e la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella	159
4.5	L'importante è che tu possa partecipare	162
5.	Lavoro e salute	168
	• <i>Vision</i>	
	• Pianificazione dei progetti e degli interventi	
5.1	Sorveglianza sanitaria di qualità: sperimentazione di indicatori di effettività e di efficacia dell'attività del medico competente	169
5.2	Le malattie muscoloscheletriche e i tumori professionali: un progetto di sorveglianza e prevenzione	173
5.3	I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza: da anello debole del sistema aziendale della prevenzione a interlocutore competente del management e del sistema di controllo	179
5.4	Un "cantiere complesso" come modello di sicurezza, prevenzione e promozione della salute	183
5.5	Dagli interventi di vigilanza alle buone prassi consolidate per favorire il benessere organizzativo	191
5.6	Riorientare la vigilanza: dai piani di intervento nazionali alla efficacia degli interventi locali	198
5.7	Una APP per "amica"	208
6.	Conoscere per decidere	213
	• <i>Vision</i>	
	• I progetti	

6.1	Migliorare la sorveglianza delle malattie infettive per azioni di prevenzione e controllo più efficaci	215
6.2	Salute per tutti: dalla <i>one health</i> alla <i>global health</i>	221
6.3	Progetto “pilota” per la valutazione dell’appropriatezza prescrittiva degli antibiotici in chirurgia	224
6.4	Dal monitoraggio dei consumi all’appropriatezza prescrittiva degli antibiotici nei bambini e negli anziani	230
6.5	Antibiotico-resistenze: un’emergenza da monitorare	235
6.6	Un modello regionale per la sorveglianza delle infezioni correlate all’assistenza	240
6.7	Screening pediatrici: un’attività da monitorare	245
6.8	Monitoraggio dell’apporto di iodio con la dieta per prevenire i disordini da carenza	249
6.9	La prevenzione degli incidenti domestici: sorveglianza e informazione	255
6.10	Osservatorio epidemiologico regionale sulle dipendenze	260
6.11	Osservatorio Ambiente e Salute	266
6.12	Sistema informativo degli screening per la valutazione di qualità	270
6.13	SIVA: da strumento di gestione per i Servizi che si occupano di sicurezza alimentare e sanità animale ad interfaccia per il cittadino	274
6.14	Piano di monitoraggio integrato per la ricerca di contaminanti ambientali in alimenti di origine animale e vegetale prodotti nell’Area della Conca Ternana: una risposta a molte domande	285
6.15	Sulle tracce della prevenzione: la salute animale e dell’uomo a partire dagli animali selvatici	290
6.16	Controllare meno, controllare meglio	294
6.17	Assicurare un’appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici per garantire efficacia all’attività di controllo ufficiale	300

* 2.3 *Migliorare l’offerta vaccinale garantendo standard di sicurezza e qualità*

* 7.4 *Comunicare le cose che conosciamo: dai rapporti alle azioni*

7. ComuniCare **303**

- *Vision*
- I progetti

7.1	Le farmacie come vetrina della prevenzione	304
7.2	Lo sportello a 4 zampe: strumento unico di comunicazione per i diritti degli animali	308
7.3	Ambiente e Salute.0	311
7.4	Comunicare le cose che conosciamo: dai rapporti alle azioni	315
7.5	TBC: come affrontare un problema ancora diffuso	319
7.6	Spazio ai giovani: tra reale e virtuale	324

* 5.7 *Una APP per “amica”*

8. Cibo: cultura e salute **333**

- *Vision*
- I progetti

8.1	Migliorare l'efficacia dei controlli ufficiali eseguiti dalle Autorità Competenti nell’ambito del Piano Regionale Integrato	334
-----	---	-----

8.2	Il mercato dell'ultimo minuto	339
8.3	La formazione come strumento di miglioramento del controllo ufficiale	346
8.4	La mensa come strumento di educazione alimentare e contenimento degli sprechi	349
8.5	Miglioramento della qualità nutrizionale nelle residenze protette	354
9.	RandAgiamo	360
	• <i>Vision</i>	
	• I progetti	
9.1	Con un amico si sta meglio: gli animali da compagnia nelle strutture sanitarie	361
9.2	I canili aperti per promuovere salute	364
9.3	Chi trova un amico trova un tesoro: il possesso consapevole di un animale da compagnia	369
10.	Gestire le emergenze	373
	• <i>Vision</i>	
	• Il progetto	
10.1	Progettare le emergenze	374

** Sono indicati con “ * ” i progetti, sviluppati in altri programmi, che contribuiscono con alcune attività al raggiungimento di obiettivi propri del programma in cui sono riportati in forma asteriscata.*

L'introduzione

L'introduzione

Nella introduzione alla prima parte di questo PRP 2014-2018 consideravamo una vera e propria sfida il "tradurre un atto formale in una strategia di coinvolgimento della popolazione in tutte le fasce di età, qualunque sia l'etnia di appartenenza e il paese di origine, in azioni che hanno come fine ultimo quello di migliorare lo stato di salute e il benessere dei cittadini". Crediamo di aver affrontato questa sfida sin dalle fasi iniziali, avviando un esteso processo di progettazione partecipata che ha visto il coinvolgimento di più di 350 persone, delle quali solo poco più della metà erano operatori sanitari, nella individuazione di obiettivi e azioni. Molti sono stati gli spunti, le idee, i bisogni espressi e le attese riposte. Quasi tutto è stato colto, condiviso, sviluppato e ricostruito nei progetti che hanno dato concretezza ai 10 programmi, in modo solo apparentemente frammentario.

Dovrebbe essere chiaro fin dall'inizio, infatti, come si sia cercato di declinare alcune idee forti: il supporto alla genitorialità come strumento per promuovere il benessere dei bambini dai primi giorni di vita fino all'adolescenza, grazie all'intervento di professionisti quali i pediatri di famiglia, un tempo dedicati esclusivamente alla diagnosi e cura, ma anche di altre figure come le ostetriche, gli insegnanti delle scuole materne e di quelle primarie e poi via via fino a quelli delle scuole secondarie, in una rete di supporto che prevede l'intervento delle istituzioni accanto ad associazioni no profit come la UISP o ad altri enti come il CONI; l'attenzione a mantenere in buono stato di salute gli adulti fino alla terza età e oltre, con l'idea di integrare saperi e competenze tra generazioni; lo sforzo di costruire azioni spiccatamente intersettoriali, progettate per essere applicate su scala regionale, con la volontà di trasformare interventi locali dimostratisi efficaci in interventi sistemici; la messa in campo di un vero e proprio processo di miglioramento della qualità per molte attività di sanità pubblica, dalle vaccinazioni ai programmi di screening, passando per i corsi di accompagnamento alla nascita fino addirittura alla vigilanza negli ambienti di lavoro o rispetto alla sicurezza alimentare. Tutto ciò accettando l'idea di un rigore metodologico, applicato dalla fase di progettazione fino alla quella di valutazione, che raramente è stato utilizzato nella stesura di un documento programmatico regionale e in nome del quale molto è stato piegato.

Lo sviluppo di questo Piano richiederà un grosso sforzo ai professionisti coinvolti, non solo rispetto alle nuove competenze da acquisire attraverso un importante investimento formativo, ma soprattutto rispetto alla necessità, in alcuni casi veramente pressante, di modificare il modo di operare o di relazionarsi con il cittadino.

Infine un'ultima considerazione rispetto al tema della diseguaglianza. Il PNP 2014-2018 richiama con molta forza l'attenzione dei programmatori regionali su questo tema, invitando a prevedere progetti con l'obiettivo di superarle. Anche in questo campo ci è sembrato opportuno adottare una scelta originale: consapevoli che le diseguaglianze non si sviluppano soltanto nei confronti di popolazioni immigrate, ma che si annidano lì dove la popolazione è dotata di minore reddito e istruzione, abbiamo ritenuto più opportuno da un lato lavorare per migliorare gli interventi di sanità pubblica, come le già ricordate vaccinazioni o gli screening, e prestare più attenzione agli aspetti comunicativi, in modo da diventare "attraenti" anche nei confronti di fasce di popolazione meno sensibili, dall'altro "coprire" veramente l'intera regione con le azioni messe in campo. Solo in alcuni casi abbiamo previsto interventi ad hoc, come nel caso dell'invio a casa del test per lo screening cervicale alle donne che non hanno aderito agli ultimi tre round di screening o in quello della app per i lavoratori immigrati.

Sicuri di aver colto lo spirito insito nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e di raggiungere i risultati che ci siamo prefissati, auguro buon lavoro.

Il Direttore

Emilio Duca

GRUPPO DI DONNE CON CANE: un pomeriggio per il FOP 2014-2015



**IL QUADRO D'INSIEME:
dal PNP al PRP 2014-2018**

MACRO OBIETTIVI		OBIETTIVI CENTRALI		PROGRAMMI										
n.	Descrizione	n.	Descrizione	Vita da sani	Un invito da non rifiutare	Impariamo a resistere	Programma donna	Lavoro e salute	Conoscere per decidere	Comuni Care	Cibo: cultura e salute	Rand Agiamo	Gestire le emergenze	
1.	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.1	Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	X										
		1.2	Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)				X			X				
		1.3	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	X		X	X					X		
		1.4	Ridurre il numero dei fumatori	X	X		X				X			
		1.5	Estendere la tutela dal fumo passivo	X			X				X			
		1.6	Ridurre il consumo di alcol a rischio	X			X				X			
		1.7	Aumentare il consumo di frutta e verdura	X	X		X				X	X		
		1.8	Ridurre il consumo eccessivo di sale	X	X						X	X		
		1.9	Aumentare l'attività fisica delle persone	X							X			
		1.10	Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT			X				X	X			
		1.11	Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche			X						X		
		1.12	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)					X		X	X			
		1.13	Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico			X		X		X	X			
		1.14	Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA			X		X		X	X			
		1.15	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella						X		X	X		
2.	Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	2.1	Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita						X					
		2.2	Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita						X					

MACRO OBIETTIVI		OBIETTIVI CENTRALI		PROGRAMMI									
n.	Descrizione	n.	Descrizione	Vita da sani	Un invito da non rifiutare	Impariamo a resistere	Programma donna	Lavoro e salute	Conoscere per decidere	Comuni Care	Cibo: cultura e salute	Rand Agiamo	Gestire le emergenze
3.	Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	3.1	Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali			X	X					X	
		3.2	Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale			X	X						
4.	Prevenire le dipendenze (da sostanze, da comportamenti)	4.1	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui			X						X	
5.	Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	5.1	Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	X									
		5.2	Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	X									
		5.3	Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	X							X		
6.	Prevenire gli incidenti domestici	6.1	Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	X									
		6.2	Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	X							X		X
		6.3	Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver	X							X		
		6.4	Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	X						X			
		6.5	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico							X			
7.	Prevenire infortuni e malattie professionali	7.1	Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni						X				
		7.2	Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP					X					
		7.3	Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità					X					
		7.4	Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale					X					
		7.5	Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende					X					
		7.6	Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori					X					

MACRO OBIETTIVI		OBIETTIVI CENTRALI		PROGRAMMI											
n.	Descrizione	n.	Descrizione	Vita da sani	Un invito da non rifiutare	Impariamo a resistere	Programma donna	Lavoro e salute	Conoscere per decidere	Comuni Care	Gibo: cultura e salute	Rand Agiamo	Gestire le emergenze		
7.	Prevenire infortuni e malattie professionali	7.7	Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni					X							
		7.8	Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit					X							
8.	Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.1	Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"						X						
		8.2	Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione; il potenziamento della sorveglianza epidemiologica						X						
		8.3	Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali							X					
		8.4	Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti							X					
		8.5	Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio								X				
		8.6	Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico			X						X			
		8.7	Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi						X						
		8.8	Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche						X						
		8.9	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione							X		X			

MACRO OBIETTIVI		OBIETTIVI CENTRALI		PROGRAMMI										
n.	Descrizione	n.	Descrizione	Vita da sani	Un invito da non rifiutare	Impariamo a resistere	Programma donna	Lavoro e salute	Conoscere per decidere	Comuni Care	Gibo: cultura e salute	Rand Agiamo	Gestire le emergenze	
8.	Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.10	Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon						X	X				
		8.11	Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare							X				
		8.12	Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV								X			
9.	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.1	Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie						X					
		9.2	Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce						X				X	
		9.3	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile							X				
		9.4	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)							X				
		9.5	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)				X				X			
		9.6	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)							X				
		9.7	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)		X		X					X		
		9.8	Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione									X		
		9.9	Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)											X
		9.10	Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)								X			

MACRO OBIETTIVI		OBIETTIVI CENTRALI		PROGRAMMI										
n.	Descrizione	n.	Descrizione	Vita da sani	Un invito da non rifiutare	Impariamo a resistere	Programma donna	Lavoro e salute	Conoscere per decidere	Comuni Care	Cibo: cultura e salute	Rand Agiamo	Gestire le emergenze	
9.	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.11	Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale						X					
		9.12	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici							X				
		9.13	Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza						X					
10.	Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	10.1	Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali nell'ottica dell'immigrazione tra sanità pubblica ambiente e agricoltura								X			
		10.2	Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite corretta gestione del farmaco						X		X			
		10.3	Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario							X				
		10.4	Completamento dei sistemi anagrafici						X		X			
		10.5	Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari						X				X	
		10.6	Prevenire delle malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali							X				
		10.7	Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici									X		
		10.8	Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi								X		X	
		10.9	Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache									X		
		10.10	Ridurre i disordini da carenza iodica							X				
		10.11	Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale									X		
		10.12	Realizzazione degli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004									X		

Il “quadro d’insieme” non è del tutto sovrapponibile a quello presente nella parte 1, approvato il 29.12.2014, perché nel corso della stesura di tutti i progetti che compongono questo Piano Regionale della Prevenzione è stata modificata la composizione dei singoli programmi nel tentativo di renderli più organici e coerenti con la *vision*.

I PROGRAMMI

Programma 1. Vita da sani

Vision

La sfida di questo Piano Regionale della Prevenzione si gioca per gran parte nella lotta alle diseguaglianze e nella capacità di mettere a sistema azioni intersettoriali. Questo programma rappresenta una sfida nella sfida.

Sappiamo bene, infatti, come i principali determinanti di salute siano istruzione, reddito e disponibilità di un lavoro e come la letteratura dimostri che sono proprio i più svantaggiati quelli che più difficilmente riusciamo a raggiungere con gli interventi di promozione della salute.

Per questo abbiamo pensato ad un programma che sostenga progetti trasversali che da un lato siano in grado di raggiungere il target previsto in modo universale, e dall'altro si concentrino proprio in quelle aree dove il disagio è più evidente.

Rispondono alla prima categoria la riedizione del progetto Salute Infanzia, che vede il coinvolgimento di tutti i bambini tra 0 e 10 anni e i loro genitori e il progetto di promozione dell'attività fisica negli alunni della prima e della seconda elementare di tutte le scuole dell'Umbria.

Per il secondo gruppo sarà invece necessario sostenere e rendere più stabili le reti delle alleanze a partire da quelle con UISP e con CONI, in modo da individuare le aree e le comunità più fragili.

Il programma pertanto è volto a perseguire i seguenti obiettivi generali:

- Migliorare gli stili di vita della popolazione che vive in Umbria attraverso azioni integrate, intersettoriali e sostenibili, che coinvolgano tutti i portatori di interesse della comunità fin dalla fase della progettazione, senza differenze di età, genere, etnia, appartenenza religiosa.
- Ridurre gli incidenti stradali e domestici attraverso azioni volte a migliorare la consapevolezza del rischio, e a favorire l'adozione di comportamenti idonei a contrastarlo.

Il programma intende contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi centrali nazionali: 1.1; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8; 1.9; 5.1; 5.2; 5.3; 6.1; 6.2; 6.3; 6.4; 8.6 (riportati per esteso nel quadro logico regionale) attraverso i progetti sotto elencati:

- 1.1 Miglioriamo lo stile di vita dei bambini umbri
- 1.2 Umbria cammina
- 1.3 Nonni attivi
- 1.4 Alcool e guida sicura
- 1.5 Un soccorso alla salute
- 1.6 Verso l'ospedale senza fumo
- 1.7 La sfida della promozione della salute nei lavoratori: i Medici Competenti impegnati contro l'abitudine al fumo
- 1.8 Muse per Esculapio. La cultura aiuta il ben-essere

** 3.4 Salute Infanzia 2.0*

** 6.8 Monitoraggio dell'apporto di iodio nella dieta per prevenire i disordini da carenza*

** 6.9 La prevenzione degli incidenti domestici: sorveglianza e informazione*

** 8.2 Il mercato dell'ultimo minuto*

** 8.4 La mensa come strumento di educazione alimentare e contenimento degli sprechi*

** 9.2 I canili aperti per promuovere salute*

Sono indicati con “*” i progetti, sviluppati in altri programmi, che contribuiscono con alcune attività al raggiungimento di obiettivi propri del programma 1.

I PROGETTI

Progetto 1.1 Miglioriamo lo stile di vita dei bambini umbri	
Descrizione	<p>I dati più recenti di OKkio alla Salute evidenziano come, per quanto riguarda sovrappeso ed obesità dei bambini di 8-9 anni della scuola primaria, la regione Umbria si colloca “pericolosamente” vicina alle regioni nelle quali la prevalenza di questi determinanti negativi per la salute è più alta. Circa il 23% (22,8) dei bambini umbri risulta sovrappeso, l’8% è francamente obeso mentre il 2% è addirittura affetto da obesità severa. Per questa ragione, fin dallo scorso inverno l’Assessorato allo Sport con l’Assessorato al Welfare della nostra regione hanno lavorato insieme alla Direzione Salute e Coesione Sociale, per costruire un protocollo di intesa con il CONI, con l’obiettivo di promuovere attività fisica regolare nelle scuole primarie di primo grado fin dalla prima classe. Il CONI infatti su scala nazionale ha già un progetto, dal titolo “SPORT DI CLASSE”, promosso in collaborazione con il MIUR, che coinvolge la III, IV e V classe della scuola primaria di primo grado, con due ore di attività fisica realizzate dalle insegnanti di ciascuna classe, coadiuvate da un “tutor”. Nel corso dei mesi il protocollo di cui sopra è stato affinato, prevedendo il coinvolgimento dell’Università, attraverso il Centro C.U.R.I.A.Mo dell’Università degli Studi di Perugia e delle Aziende Sanitarie, con le reti per la promozione della salute, che lavoreranno per accompagnare l’attività fisica con interventi volti a diffondere l’educazione alimentare e la sana alimentazione dei bambini e delle loro famiglie. Il protocollo peraltro prevede anche il coinvolgimento dell’Assessorato all’Agricoltura per la promozione dei prodotti locali a filiera corta, come previsto nel PSR (Piano di sviluppo rurale) 2014-2020, quali strumenti essenziali di una sana alimentazione e il coordinamento della distribuzione di frutta a scuola nell’ambito del progetto nazionale “frutta nelle scuole”. Il protocollo è stato siglato a Perugia il 20 aprile 2015 tra la Presidente della Regione Catuscia Marini e il Presidente Nazionale del CONI, Giovanni Malagò, ma anche dal Magnifico Rettore dell’Università di Perugia e naturalmente dal Direttore dell’Ufficio Scolastico Regionale e dal presidente regionale del Comitato Paralimpico. Per garantire concretezza alla sigla del suddetto accordo si è ritenuto opportuno trasformarlo in uno specifico progetto di questo Piano Regionale della Prevenzione. Con il presente progetto si intende quindi:</p> <p>1.1.1. Promuovere l’attività fisica dei bambini che frequentano la prima e seconda classe di tutte le scuole primarie dell’Umbria aventi una palestra (circa 90) attraverso l’introduzione nel normale orario curricolare scolastico di due ore di attività fisica alla settimana, svolte con la collaborazione di professionisti laureati in scienze motorie, selezionati dal CONI sulla base di un bando attivato in collaborazione con l’Ufficio Scolastico Regionale.</p> <p>Le due ore non potranno ovviamente essere sufficienti a garantire un miglioramento dello stile di vita dei bambini, ma, dato che si accompagnano ad altre iniziative sul territorio regionale, tra cui quelle sviluppate nell’ambito del progetto europeo denominato EUROBIS, hanno nell’intenzione del legislatore l’obiettivo di promuovere al massimo l’adozione da parte delle famiglie di uno stile di vita salubre.</p> <p>1.1.2. Migliorare/sostenere corrette abitudini alimentari da parte dei bambini e delle loro famiglie attraverso una serie di incontri informativo/educativo, distribuiti nell’arco dell’anno e realizzato dagli esperti del Centro C.U.R.I.A.Mo dell’Università degli Studi di Perugia e da quelli delle Aziende sanitarie, che contribuiscono alle reti per la promozione della salute, attive in entrambe le aziende sanitarie dell’Umbria ovviamente in stretta collaborazione con gli insegnanti.</p> <p>Bisogna a questo punto ricordare che in alcuni territori, come per esempio nella provincia di Terni grazie a protocolli d’intesa tra le scuole e le aziende sanitarie, in attuazione al programma nazionale “Guadagnare Salute” sottoscritti già da almeno 4-5 anni, molti POF prevedono progetti riguardanti la sana alimentazione realizzati dagli stessi insegnanti e sostenuti solo metodologicamente dagli operatori sanitari.</p>

	Il progetto è stato già presentato ai Dirigenti Scolastici di tutte le scuole primarie dell'Umbria in due specifici incontri tenutisi a Perugia e a Terni e hanno incontrato il gradimento delle scuole presenti. L'adesione al progetto delle scuole verrà raccolta comunque a giugno da parte dell'Ufficio Scolastico Regionale.
Gruppo prioritario	I bambini che frequentano la prima e la seconda classe delle scuole primarie di primo grado dell'Umbria
Setting	Le scuole primarie di primo grado dell'Umbria
Gruppi di interesse	Bambini che frequentano la prima e la seconda classe delle scuole primarie di primo grado e le loro famiglie; gli insegnanti e i dirigenti scolastici; il Servizio Prevenzione della Direzione Salute e Coesione Sociale che ha il coordinamento dell'operatività del progetto, l'Assessorato allo Sport e l'Assessorato all'Agricoltura; l'Ufficio Scolastico Regionale e l'Università di Perugia
Misure per le disuguaglianze	Il progetto rivolgendosi potenzialmente a tutte le scuole primarie della regione dotate di palestra ed <u>essendo del tutto gratuito</u> di per sé dovrebbe costituire garanzia della lotta alle disuguaglianze. Va infatti ricordato che proprio la crisi economica ha drasticamente compromesso la possibilità delle famiglie di garantire tale attività privatamente, in quanto spesso abbastanza onerosa, soprattutto nelle famiglie numerose. Debbono però essere tenute presenti almeno altre due criticità: la prima è legata alla presenza in moltissime scuole di bambini con varie forme di handicap fisico o psichico, l'altra dal fatto che un piccolissimo numero di scuole (circa 15 su 90) non sono dotate di palestre. Nel primo caso la presenza contestuale del Comitato Paraolimpico e dell'Ufficio Scolastico regionale nel tavolo che attuerà il coordinamento delle attività ci consentirà di adottare specifiche soluzioni per i singoli casi. Infine per quanto riguarda le poche scuole non dotate di palestra si sta pensando di attivare un progetto ad hoc, di accompagnamento, in base al quale tali scuole potrebbero usufruire di spazi all'aperto, utilizzabili e sfruttabili previo accordo con il Comune, nei quali far giocare e muovere i bambini a cura di alcune Associazioni o dello stesso CONI.
Trasversalità	Dalla descrizione sopra effettuata si comprende come il progetto sia intersettoriale fin dalla sua progettazione
Attività principali	Le principali fasi del progetto sono: <ul style="list-style-type: none"> • emissione del bando per la acquisizione dei laureati in scienze motorie (circa una quarantina); • intervento di formazione dei laureati in scienze motorie selezionati dal CONI e dall'Ufficio Scolastico regionale, rispetto alle finalità del progetto, al ruolo di "testimonial di stile di vita sano", che il professionista laureato in scienze motorie ha nei confronti del bambino; • condivisione del contenuto e della metodologia tra esperti del C.U.R.I.A.Mo e della AZ.USL; • avvio dell'attività motoria nelle prime classi della scuola primaria di primo grado per 2 ore alla settimana; • attività di sensibilizzazione ed educazione delle famiglie alla sana alimentazione e ai relativi aspetti psicologici.
Rischi e management	I rischi sono sostanzialmente connessi con la difficoltà di raggiungere tutte le classi prime contemporaneamente sul territorio regionale. In altre parole derivano dall'apparenza discrasia tra i bisogni e le risorse in campo. Tuttavia per ovviare a questo rischio, che potrebbe inficiare il progetto fin dalla fase iniziale, creando discordanza rispetto all'atteso, si ritiene opportuno iniziare nel prossimo anno scolastico solo con le prime classi, per estenderlo alle seconde nel successivo anno, in attesa che si concretizzi l'ipotesi di inserire a regime l'attività fisica nelle scuole primarie di primo grado, come previsto dalla riforma attualmente in discussione alle Camere "Buona Scuola"
Sostenibilità	I costi vivi derivano dall'acquisizione di 40 professionisti laureati in scienze motorie, che verranno finanziati dall'Assessorato Regionale dello Sport.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
1.1.1 Promuovere l'attività fisica nei bambini che frequentano la I e la II classe di tutte le scuole primarie	1.1.1/1 Scuole aderenti	N. scuole aderenti /scuole dotate di palestra	/	30%	40%	50%	50%
1.1.2 Migliorare e sostenere corrette abitudini alimentari dei bambini e delle loro famiglie	1.1.2/1 Incontri realizzati	Incontri realizzati/incontri programmati nel corso dell'anno*100	/	/	70%	70%	70%

Cronogramma 1.1 - Miglioriamo lo stile di vita dei bambini umbri

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1.1.1 Promuovere l'attività fisica dei bambini che frequentano la prima e seconda classe di tutte le scuole primarie dell'Umbria aventi una palestra (circa 90) attraverso l'introduzione nel normale orario curricolare scolastico di due ore di attività fisica alla settimana, svolte con la collaborazione di professionisti laureati in scienze motorie, selezionati dal CONI sulla base di un bando attivato in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale																	
1.1.1.1	Emettere bando per l'arruolamento dei laureati in scienze motorie	USR e CONI															
1.1.1.2	Arruolare laureati in scienze motorie	CONI															
1.1.1.3	Verificare le risorse disponibili sia umane che strumentali (bilance etc.)	Direzione Salute e coesione sociale															
1.1.1.4	Mettere a disposizione le suddette risorse degli operatori che svolgono l'intervento	USR Direzione Salute e coesione sociale															
1.1.1.5	Individuare le scuole aderenti	USR															
1.1.1.6	Avviare l'intervento																
1.1.2 Migliorare/sostenere corrette abitudini alimentari da parte dei bambini e delle loro famiglie attraverso una serie di incontri informativo/educativo, distribuiti nell'arco dell'anno e realizzato dagli esperti del Centro C.U.R.I.A.Mo dell'Università degli Studi di Perugia e da quelli delle Aziende sanitarie, che contribuiscono alle reti per la promozione della salute																	
1.1.2.1	Formare i laureati in scienze motorie arruolati dal CONI	Direzione Salute e coesione sociale ASL e CURIAMO															
1.1.2.2	Formazione degli operatori Azienda USL appartenenti alle reti della promozione della salute (dietiste, medici e psicologi)	CURIAMO															
1.1.2.3	Realizzare Incontri prevalentemente pomeridiani o serali con i genitori e i docenti.	CURIAMO ASL															
1.1.2.4	Valutazione dei risultati dell'intervento	Direzione Salute e CURIAMO															

Progetto 1.2 Umbria cammina	
Descrizione	<p>Il progetto si pone l'obiettivo generale di promuovere uno stile di vita attivo nella popolazione umbra tramite la diffusione dei gruppi di cammino serali in tutti i Distretti sanitari con l'interessamento di almeno un comune per ogni ambito territoriale.</p> <p>La promozione dell'attività fisica è una delle iniziative chiave per la prevenzione delle patologie croniche. Molti sono i modelli e le iniziative che vengono proposti sia a livello nazionale che internazionale per favorire il cammino ed in generale l'attività fisica ad ogni età, ma molti di questi si rivolgono a piccoli gruppi e sono difficili da sostenere nel tempo (costi elevati, difficoltà logistiche e di orario, ecc.). A Foligno e Trevi nel 2014, a Spoleto nel 2015, si è attivata un'iniziativa di camminate per la salute serali, ore 20,30, mutuata dal modello creato a Cesena (Cesena cammina), che sta avendo un grande successo, coinvolgendo centinaia di persone di ogni età e di ogni classe sociale (in alcune serate hanno partecipato oltre 500 persone) e che dura nel tempo (a Foligno si sono realizzate oltre 80 camminate in un anno). Si tratta di camminate allenanti che si svolgono due giorni la settimana per un totale di circa 150 minuti settimanali, all'interno della città o nelle immediate vicinanze guidate da conduttori appositamente formati.</p> <p>Anche nella città di Perugia vi sono iniziative simili, denominate Piedibus del Ben Essere, anche qui con un buon successo e con caratteristiche che si possono integrare in un progetto regionale.</p> <p>"Camminate per la salute", "Scopri la città", "Camminare insieme fa bene e diverte": questi sono gli slogan che accompagnano l'iniziativa e che ne mettono in evidenza altri aspetti importanti, quali la socializzazione, lo stare insieme, il riappropriarsi del territorio in ore serali e il valorizzarne le risorse (artistiche, architettoniche e paesaggistiche).</p> <p>Tale iniziativa di promozione della salute è basata sul modello PRECED-PROCEED di Green e Kreuters (parte da una diagnosi epidemiologica, tiene conto dei fattori abilitanti, predisponenti e rinforzanti e prevede una fase successiva di valutazione) ed è quindi stata avviata tramite il metodo della progettazione partecipata (comitato organizzatore composto da ente locale, AUSL, associazioni sportive UISP, associazioni di pazienti diabetici e cardiopatici, altre associazioni di volontariato), utilizzando un modello di attività, già sperimentato nella ASL di Cesena, che va calato ed adattato ad ogni comunità.</p> <p>In una visione della promozione della salute come processo, le camminate serali per la salute, dato il loro successo e la loro risonanza nelle comunità, sono delle formidabili occasioni da cogliere per potenziare il capitale sociale e per innescare altre trasformazioni favorevoli. Con questo progetto si intende attivare le camminate serali con le caratteristiche già sperimentate a Foligno contestualmente in più realtà umbre. Ciò presuppone ovviamente uno sforzo sia in termini di condivisione della metodologia che sotto il profilo della tenuta del sistema.</p> <p>L'obiettivo generale è aumentare la quota di popolazione adulta attiva fornendo occasioni ludiche di incontro e di svolgimento di attività fisica. L'obiettivo specifico del progetto sarà quindi:</p> <p>1.2.1 Attivare gruppi di cammino serali in tutti i Distretti sanitari con l'interessamento di almeno un comune per ogni ambito territoriale.</p>
Gruppo prioritario	Adulti ed anziani di una comunità
Setting	Comunità di una città o di un quartiere
Gruppi di interesse	Destinatari: la popolazione in generale; sostenitori: gli enti locali, le associazioni di promozione sportiva, le società sportive dilettantistiche, i centri sociali, le associazioni di malati, associazioni escursionistiche, altre associazioni culturali; operatori: referenti del progetto nei distretti, appartenenti alla rete interna di promozione della salute (che innescano e mantengono il processo), conduttori dei gruppi di cammino quali moltiplicatori di azione preventiva (appartenenti anche alle associazioni di volontariato)

Prove di efficacia	Global recommendations on physical activity for health, World Health Organization 2010; Global Advocacy Council for Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health. The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call to Action. May 20 2010. www.globalpa.org.uk.
Misure per le disuguaglianze	La completa gratuità della proposta, l'orario che non interferisce con l'attività lavorativa, il decentramento dei luoghi di svolgimento.
Trasversalità	La costituzione del comitato organizzatore con soggetti diversi (ente locale, USL, associazioni, ecc.) e l'interessamento all'interno della USL di settori trasversali (Dipartimento di Prevenzione e Distretti che innescano e sostengono, MMG, vari medici specialisti, in generale operatori sanitari che promuovono la partecipazione anche di loro assistiti, ecc.)
Attività principali	1) Giornata di formazione necessaria per illustrare le caratteristiche di dettaglio del modello UmbriaCammina; iniziativa da svolgersi a livello regionale rivolta agli operatori che in ogni USL e distretto proporranno l'iniziativa; 2) analisi dei portatori di interesse e loro coinvolgimento nella proposta; 3) costituzione dei comitati organizzatori; 4) corso di formazione per i conduttori dei gruppi di cammino serali sul modello proposto e sulla scelta dei percorsi; 5) avvio dell'iniziativa a livello locale e contemporanea promozione della stessa con interessamento dei mezzi di informazione e degli operatori sanitari che possono svolgere attività di counseling breve; 6) incontri di verifica periodici del comitato organizzatore per la valutazione in itinere e lo sviluppo di attività collaterali
Rischi e management	Per l'attivazione del modello occorre individuare, nelle singole comunità, partner motivati e capaci di sostenere il peso organizzativo dell'iniziativa, indispensabile è poi l'apporto convinto delle amministrazioni comunali. La partenza dei gruppi di cammino non potrà essere quindi contemporanea ed uniforme su tutto il territorio regionale (in alcune comunità si dovrà attendere l'individuazione dei partner idonei o alcune circostanze favorevoli), ma si può prevedere il raggiungimento del 50% dell'obiettivo già alla fine del 2016.
Sostenibilità	L'iniziativa si contraddistingue per l'elevata sostenibilità avendo costi limitatissimi all'inesco e proseguendo senza consumo di altre risorse dirette.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
1.2.1 Attivare gruppi di cammino serali in tutti i Distretti sanitari con l'interessamento di almeno un comune per ogni ambito territoriale	1.2.1/1 Gruppi di cammino attivati	/	/	/	Almeno 6	Almeno 10	Almeno 12

Cronogramma progetto 1.2 – Umbria cammina

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1.2.1 Attivare gruppi di cammino serali in tutti i Distretti sanitari con l'interessamento di almeno un comune per ogni ambito territoriale.																	
1.2.1.1	Individuare i referenti per ogni distretto interessato con compiti di interfaccia tra Comuni e portatori di interesse	Distretti e Rete per la promozione della salute															
1.2.1.2	Formare i referenti individuati	Direzione Salute e Coesione sociale															
1.2.1.3	Costituire per ogni località aderente il comitato organizzatore	Distretti															
1.2.1.4	Standardizzare gli strumenti di coinvolgimento della comunità e di registrazione delle attività svolte	Direzione Salute e Coesione sociale															
1.2.1.5	Organizzare in ogni distretto e per ogni località aderente di un corso di formazione per i conduttori sul modello proposto e sulla scelta dei percorsi	Comitato organizzatore															
1.2.1.6	Attivare i gruppi di cammino	Comitato organizzatore															

Progetto 1.3**Nonni Attivi****Descrizione**

Lo svolgimento di una regolare attività motoria, di moderata intensità, controllata e continuativa nel tempo, incide in modo significativo sulla qualità della vita migliorando lo stato di salute e riducendo il rischio di mortalità generale.

Sono numerosi i benefici derivanti da una adeguata attività fisica, fino alla riduzione del rischio di insorgenza di patologie importanti, quali le malattie cardiovascolari, il diabete, l'obesità, alcuni tipi di tumore e le malattie osteo-articolari.

L'importanza di incentivare la pratica di attività motoria in tutte le fasce della popolazione è peraltro ampiamente documentata e sostenuta dal mondo scientifico. Una vasta gamma di evidenze scientifiche indicano infatti che l'esercizio fisico moderato e regolare rappresenta uno strumento sia di prevenzione delle malattie cronico – degenerative, in cui il processo disabilitante è aggravato dall'effetto additivo della sedentarietà che è causa di nuove menomazioni, limitazioni funzionali e ulteriori disabilità, sia di promozione della salute per ogni individuo. In letteratura troviamo una ampia quantità di dati che dimostrano come questo circolo vizioso possa essere corretto attraverso l'utilizzo di adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo. Forti evidenze scientifiche dimostrano che, nella popolazione anziana, la pratica regolare di attività che promuovano la forza muscolare, l'equilibrio e la coordinazione dei movimenti assume un particolare valore in quanto riduce anche significativamente il rischio di cadute, ma l'attività fisica, insieme a una corretta alimentazione, è una delle armi più importanti per prevenire e combattere l'osteoporosi. L'attività fisica controllata e continuativa, incrementa l'aspettativa di vita previene ulteriori complicazioni, favorisce la stabilizzazione di condizioni di disabilità acquisita.

La regolare attività fisica comporta inoltre miglioramenti significativi del benessere psicologico complessivo che si accompagnano a un minor rischio di depressione clinica e/o ansia e di declino cognitivo e demenza. Il sistema di sorveglianza Passi d'argento nel report relativo all'ultima rilevazione del 2012-2013, considera convenzionalmente *fisicamente attivi* gli anziani over64 che hanno un punteggio PASE uguale o superiore al valore 78, corrispondente al 40° percentile della distribuzione di frequenza dei punteggi PASE nel pool nazionale negli ultra64enni intervistati. Il questionario PASE è uno strumento validato a livello internazionale ed è adeguato a misurare il livello di attività fisica tra gli ultra 64enni. Il PASE è semplice e considera le attività comunemente svolte da persone anziane. In Umbria la quota di popolazione con valori superiori o uguali al 40° percentile nel pool (PASE > o uguale a 78) e quindi definita fisicamente attiva corrisponde a circa il 60%, anche se bisogna considerare differenze generate dall'avanzare dell'età oltre che dal grado di istruzione e dal reddito. Nel territorio umbro peraltro, pur in assenza di indicazioni regionali di riferimento, da alcuni anni sono state sperimentate e portate avanti alcune esperienze di A.F.A. (attività fisica adattata), rivolte però prevalentemente alla prevenzione secondaria di specifici problemi come nel caso della AFA per il mal di schiena o per altre patologie cronico-degenerative come sclerosi multipla o ictus. E' quindi obiettivo del presente progetto favorire, su scala regionale, l'organizzazione di un sistema in grado di promuovere per le persone over 64enni, con sindromi da ipomobilità, la fruizione strutturata di pratica motoria rimuovendo gli ostacoli psicologici e le eventuali menomazione (es. dolore lombare), attraverso un'offerta integrata di attività fisica adattata e ginnastica, con l'obiettivo di portare un numero sempre maggiore di over 65 a partecipare ai gruppi di cammino che, a regime, dovranno essere organizzati in ciascun distretto. Nella realizzazione del progetto ci si avvarrà del personale della Unione Italiana Sport per tutti (UISP), con la quale questa Regione ha stipulato un protocollo d'intesa nel maggio dello scorso anno (DGR n 623 del 28 05 2014), condividendone valori e fini. Il progetto avrà la supervisione dei dirigenti medici del Dipartimento di Riabilitazione in ciascuna delle due Aziende sanitarie, che dovranno garantire sia la formazione degli operatori della UISP, sia la individuazione dei criteri di inclusione ed esclusione dei soggetti rispetto ai diversi livelli di attività, con messa a punto dei test di ingresso alle diverse attività e quelli di monitoraggio. A regime il percorso dovrebbe essere il seguente:

	<ul style="list-style-type: none"> - lo specialista consiglia attività fisica adattata, come strumento di promozione della pratica motoria; - la persona concorda con l'operatore del centro di coordinamento data, ora e sede del primo incontro con il personale UISP per una valutazione; - la persona viene valutata, con un protocollo standardizzato, dall'operatore UISP che la indirizza all'AFA o alla ginnastica dolce o direttamente ai gruppi cammino a seconda delle possibilità dell'utente. <p>Ognuno di questi interventi va quindi visto come strategia per la promozione della salute e non come cura della malattia. Poiché si tratta di attività non comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale, che rientrano in un insieme di iniziative a sostegno della promozione di corretti stili di vita, affiancando i percorsi di salute già esistenti sul territorio il soggetto interessato contribuisce ai costi del programma di prevenzione con un piccolo contributo, quasi simbolico, in grado di essere affrontato anche dalle persone con minori disponibilità economiche.</p> <p>La ASL, per quanto di competenza, fungerà da garante dell'aderenza agli standard di qualità per quanto attiene alla attività svolta e alla sicurezza dei percorsi sottoponendo le procedure a verifiche periodiche, formando i provider, valutando l'efficacia dei programmi e il grado di soddisfazione degli utenti.</p> <p>L'obiettivo generale del presente progetto è quindi quello di aumentare la quota di anziani fisicamente attivi, promuovendo l'accesso ad attività motorie adeguate.</p> <p>Diventano invece obiettivi specifici:</p> <p>1.3.1 definire e concordare con i MMG le modalità/criteri di arruolamento attivo degli assistiti over 64enni con sindromi da ipomobilità o sedentari in quanto sarà compito dei MMG "prescrivere" l'esercizio fisico;</p> <p>1.3.2 definire le aree territoriali in cui attivare la AFA per la salute individuando luoghi e strumenti necessari, nonché i relativi centri di coordinamento UISP;</p> <p>1.3.3 formare gli istruttori AFA rispetto a finalità del progetto, criteri di inclusione/esclusione degli anziani, strumenti per la valutazione delle persone e per la registrazione dei progressi ottenuti, modalità di erogazione dell'attività;</p> <p>1.3.4 attivare programmi di AFA per la salute volti ad offrire ad over 64enni con sindromi da ipomobilità programmi di esercizi non sanitari svolti in gruppo sotto la guida di personale competente/qualificato, nelle strutture della comunità con vocazione ludico-sportiva.</p> <p>1.3.5 definire in un documento di indirizzo regionale criteri per la attivazione e il mantenimento di AFA per la salute concordati con i MMG e gli specialisti dei Dipartimenti di Riabilitazione delle due aziende sanitarie.</p>
Gruppo prioritario	Gli anziani over 65 che risiedono nella regione.
Setting	Realtà regionale umbra.
Gruppi di interesse	La popolazione over 65, associazioni no profit, distretti e direzione salute e coesione sociale
Prove di efficacia	<p>1) Emily B. Kahn, PhD, MPH, Leigh T. Ramsey, PhD, Ross C. Brownson, PhD, Gregory W. Heath, DHSc, MPH, Elizabeth H. Howze, ScD, Kenneth E. Powell, MD, MPH, Elaine J. Stone, PhD, MPH, Mummy W. Rajab, MS, Phaedra Corso, PhD, and the Task Force on Community Preventive Services. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity A Systematic Review. Am J Prev Med 2002;22(4S).</p> <p>2) MMWR report. Increasing Physical Activity. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Task Force on Community Preventive Services. October 1, 2001 (http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5018a1.htm)</p> <p>3) Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, Lee IM, Jung DL, Kampert JB. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. N Engl J Med 1993;328:538-45.</p>

	<p>4) Lee IM, Hsieh CC, Paffenbarger RS Jr. Exercise intensity and longevity in men. The Harvard Alumni Health Study. JAMA 1995; 273: 1179–84.</p> <p>5) Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, Fleischman DA, Leurgans S, Bennett DA. Association between late-life social activity and motor decline in older adults. Arch Intern Med. 2009 Jun 22; 169 (12): 1139-46.</p> <p>6) Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PM, Schachter CL Exercise for treating fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17; (4): CD003786.Update of: Cochrane Database Syst Rev. 2002;(3):CD003786.</p> <p>7) Organizzazione Mondiale della Sanità, 1996, Le Linee guida di Heidelberg per la promozione dell'attività fisica per le persone anziane. Edizione italiana a cura di F. Schena e F.Menna, Med Sport, 52(4), 324-328, 1999</p> <p>8) Physical Activity Guidelines for Americans 20089) Exercise and Physical Activity for Older Adults – 2009 by the American College of Sports Medicine (ACSM) - Medicine & Science in Sports & Exercise</p> <p>9) Exercise and Physical Activity for Older Adults – 2009 by the American College of Sports Medicine (ACSM) - Medicine & Science in Sports & Exercise</p> <p>10) PNLG13 Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani LINEA GUIDA Data di pubblicazione: maggio 2007 Data di aggiornamento: maggio 2009</p> <p>11) Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzewaltowski DA. Physical activity promotion through primary care, JAMA 2003; 289:2913-6.</p> <p>12) Elley CR, Kerse N, Arroll B et al. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. BMJ 2003; 326: 793</p>
Trasversalità	Il progetto prevede l'intervento di specialisti del servizio sanitario in collaborazione con soggetti esterni appartenenti ad associazioni no profit
Attività principali	Accanto alla condivisione dei criteri di inclusione/esclusione e al protocollo standardizzato per la valutazione delle persone da inviare ad AFA per la salute e per la registrazione dei miglioramenti ottenuti sia sul fronte psichico che su quello fisico , il progetto prevede la progressiva individuazione delle sedi dove realizzare tale attività, degli operatori che dovranno essere adeguatamente formati sugli strumenti da utilizzare come attività preliminare all'implementazione progressiva dell'AFA della salute
Rischi e management	Anche se già esistono nel territorio umbro esperienze di AFA svolta solo con l'obiettivo di promuovere l'attività fisica nelle persone over64enni per la prima volta si cerca di trasformare tale attività in una attività sistemica. Il rischio principale è legato quindi alla capacità da parte di UISP di individuare sedi adeguate ad essere raggiunte facilmente dal target, ma anche a quella di inserire nel progetto professionisti adeguati in numero sufficiente.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
1.3.1 Definire e concordare con i MMG le modalità/criteri di arruolamento attivo degli assistiti over 64enni con sindromi da ipomobilità o sedentari in quanto sarà compito dei MMG "prescrivere" l'esercizio fisico	1.3.1/1 Criteri di inclusione ed esclusione definiti e condivisi	/	/	Criteri di inclusione ed esclusione definiti e condivisi	/	/	/
	1.3.1/2 Protocollo standardizzato per la valutazione	/	/	Protocollo standardizzato per la valutazione	/	/	/
1.3.4 Attivare programmi di AFA per la salute	1.3.4/1 N. dei distretti in cui è attivata "AFA per la salute"	N. dei distretti in cui è attivata "AFA per la salute"	/	/	3	7	10

Cronogramma 1.3 - Nonni Attivi

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1.3.1 Definire e concordare con i MMG le modalità/criteri di arruolamento attivo degli assistiti over 64enni con sindromi da ipomobilità o sedentari in quanto sarà compito dei MMG “prescrivere” l’esercizio fisico																	
1.3.1.1	Attivare gruppo multidisciplinare che preveda la partecipazione di rappresentanti dei MMG, dei Direttori di distretto, della UISP e dei Dipartimenti di Riabilitazione delle due aziende USL	Direzione Salute e Coesione Sociale															
1.3.1.2	Definire in modo condiviso criteri di inclusione ed esclusione degli ultra64enni per l’invio ad AFA per la salute	Direzione Salute e Coesione Sociale + rappresentanti MMG+ Rappresentanti Dip Riabilitazione															
1.3.1.3	Definire il protocollo standardizzato per la “valutazione” delle persone da inviare ad AFA per la salute da parte del laureato in scienze motorie	Direzione Salute e Coesione Sociale + Rappresentanti Dip Riabilitazione															
1.3.1.4	Definire le modalità di valutazione delle caratteristiche fisiche/psichiche delle persone in AFA pre-post intervento	Direzione Salute e Coesione Sociale + Rappresentanti Dip Riabilitazione															
1.3.1.5	Messa a punto di un sistema di registrazione delle valutazioni previste ai punti 1.3.1.3 e 1.3.1.4	Direzione Salute e Coesione Sociale + UISP															
1.3.2 Definire le aree territoriali in cui attivare la AFA per la salute individuando luoghi e strumenti necessari, nonché i relativi centri di coordinamento UISP																	
1.3.2.1	Individuare le aree territoriali in cui attivare le AFA per la salute attraverso specifici sopralluoghi nonché incontri con le istituzioni locali	UISP + Distretti															
1.3.2.2	Produrre l’elenco dei centri da attivare con la definizione delle risorse necessarie	UISP															

1.3.3 Formare gli istruttori AFA rispetto a finalità del progetto, criteri di inclusione/esclusione degli anziani, modalità di erogazione dell'attività																		
1.3.3.1	Individuare gli operatori da formare																	
1.3.3.2	Costruire e condividere il percorso formativo finalizzato alla condivisione di tutti gli strumenti di valutazione delle persone che accedono ad AFA per la salute	Direzione Salute e Coesione Sociale + Rappresentanti Dip Riabilitazione + UISP																
1.3.3.3	Realizzare il percorso formativo	UISP																
1.3.4 Attivare programmi di AFA per la salute volti ad offrire ad over 64enni con sindromi da ipomobilità programmi di esercizi non sanitari svolti in gruppo sotto la guida di personale competente/qualificato, nelle strutture della comunità con vocazione ludico-sportiva.																		
1.3.4.1	Avviare l'AFA per la salute in via sperimentale in almeno 4 distretti	UISP+ Distretti																
1.3.4.2	Costruire e condividere strumenti per la raccolta di informazioni relativamente alla capacità di attirare la popolazione over65 e mantenerla in attività	Direzione Salute e Coesione Sociale + Rappresentanti Dip Riabilitazione + Distretti+UISP																
1.3.4.3	Valutare i risultati della sperimentazione																	
1.3.4.4	Estendere l'intervento ad almeno altri 3 Distretti	UISP																
1.3.5 Definire in un documento di indirizzo regionale criteri per la attivazione e il mantenimento di AFA per la salute concordati con i MMG e gli specialisti dei Dipartimenti di Riabilitazione delle due aziende sanitarie																		
1.3.5.1	Produrre documento di indirizzo regionale sui criteri per la attivazione e il mantenimento di AFA per la salute.	Direzione Salute e Coesione Sociale + Rappresentanti MMG Rappresentanti Dip Riabilitazione + Distretti+UISP																

Progetto 1.4 Alcool e guida sicura

Descrizione

E' accertato che il consumo di alcol costituisce un importante fattore di rischio associato agli incidenti: sin dagli anni '60, le evidenze dimostrano che i soggetti che guidano in stato di ebbrezza hanno un rischio maggiore di restare coinvolti in un incidente stradale rispetto ai soggetti sobri.

I dati PASSI relativi al quadriennio 2010-2013 ci dicono che il 4% dei giovani tra 18 e 21 anni, dichiara di aver guidato dopo aver bevuto rischiando di incorrere in una sanzione certa, indipendentemente dal livello di alcolemia effettivamente accertata, considerato che in questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita è pari a zero.

Peraltro risulta che siano ancora poco diffusi i controlli sistematici con etilotest: il 41% di coloro che hanno dichiarato di aver guidato un'auto o una moto negli ultimi 12 mesi ha riferito di aver subito un controllo da parte delle forze dell'ordine, ma solo il 13% tra questi riferisce di essere stato sottoposto a etilotest.

Per quello che riguarda l'uso dei dispositivi di sicurezza, dai dati dei bilanci di salute effettuati dai pediatri di base relativi al periodo 2012-2013 emerge una maggiore consapevolezza dell'utilità e del corretto utilizzo di tali dispositivi (circa l'80% dei genitori fornisce la risposta corretta), anche se tale informazione viene raccolta soltanto quando il bambino è sotto l'anno di età.

Le conoscenze circa le cause degli incidenti stradali, hanno portato ad identificare nel sistema "uomo-ambiente-veicolo", le seguenti criticità: alcuni comportamenti personali collegati ad una scarsa percezione del rischio sommati alla inesperienza alla guida dei neopatentati ed alle modalità di assunzione di alcolici, nonché le condizioni delle strade e degli autoveicoli sono decisivi nel determinare la gravità degli incidenti stradali.

Due fattori, l'inesperienza alla guida e lo sbalzo, ancor più se associati, costituiscono una miscela pericolosissima che talvolta può essere ulteriormente aggravata dalla pressione del gruppo dei pari. È nota, peraltro, la "vulnerabilità" del neopatentato nei primi mesi dopo aver conseguito la patente alla guida, infatti alcune condizioni (il traffico, il fondo stradale, l'ora del giorno ed il giorno della settimana, la luce, il tempo meteorologico, la guida di un mezzo che ancora non si padroneggia, ecc.) possono rappresentare insidie pericolose per chi non è ancora un guidatore esperto.

Altri fattori quali il miglioramento delle condizioni della viabilità, dello stato del manto stradale, la limitazione degli orari per l'acquisto di alcolici, le norme, recentemente rese più rigorose in materia di sicurezza stradale associate ad un maggiore controllo da parte delle forze dell'ordine, potrebbero contribuire ad evitare gli incidenti stradali.

Per far fronte ad un problema così complesso è necessario che il servizio sanitario svolga un ruolo di *stewardship*, coinvolgendo i "Moltiplicatori dell'azione preventiva", cioè tutti coloro che, pur non avendo una competenza sociale o sanitaria specifica, hanno, per ragioni professionali, l'opportunità di affrontare le tematiche "Stili di vita salutari" e, quindi, anche "guida sicura, senza alcol e sostanze" con la popolazione in generale, e, in particolare, con i giovani, nei contesti educativi/formativi (autoscuole, scuole).

Il presente progetto, attraverso azioni volte a favorire la guida sicura tra i patentandi, prevede, come primo intervento, una implementazione dei corsi degli insegnanti e degli istruttori delle Autoscuole.

Il percorso formativo dedicato ad insegnanti ed istruttori delle autoscuole il D.M. n.17 del 26/01/2011 e la relativa Deliberazione attuativa della Giunta regionale dell'Umbria - n. 8939 del 26/07/2011, prevedono un modulo teorico (di 10 ore per insegnanti e di 5 ore per istruttori) su "Stato psicofisico dei conducenti, tempo di reazione, alcool, ecc." con la docenza di un medico.

In quanto "moltiplicatori dell'azione preventiva" gli insegnanti e gli istruttori dovrebbero essere quindi in grado di affrontare il tema del rischio alla guida, nel corso della loro attività professionale.

Già in passato le Aziende USL, attraverso la "rete" aziendale per la promozione della salute delle USL dell'Umbria hanno realizzato "unità didattiche brevi" in tema di guida sicura comprese le problematiche alcol correlate, che sono state realizzate con la partecipazione di circa il 70% delle Autoscuole coinvolte nel territorio di 3 Aziende USL su 4.

Pertanto, utilizzando le competenze presenti nelle Az. USL, sarà concordata con la competente Direzione regionale Programmazione, innovazione e competitività dell'Umbria – Servizio Politiche attive e del lavoro, l'implementazione dei moduli formativi specifici nei corsi per insegnanti/istruttori delle scuole guida che vengono autorizzati dalla Regione Umbria.

I moduli formativi previsti nei corsi per questi ultimi dovrebbero avere pertanto le seguenti finalità:

- sensibilizzare/informare sui principali fattori di rischio per MCNT e traumi;
- sensibilizzare sulla problematica incidenti stradali e sul rapporto mobilità/salute.
- sensibilizzare, informare e responsabilizzare istruttori e insegnanti, quali “moltiplicatori dell'azione preventiva”, sull'importanza di affrontare con i giovani i rischi connessi alla guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive e valorizzare le loro risorse e competenze specifiche e renderli consapevoli dell'importanza del loro ruolo di educatori su questo tema;
- diffondere la cultura della guida responsabile, attraverso la riduzione di comportamenti a rischio (uso di alcol e sostanze psicoattive, mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza, etc.);
- favorire l'individuazione di strategie comunicative e modalità didattiche adeguate ad affrontare i temi dell'alcol e della droga con i giovani e con altre popolazioni target (ad esempio adulti che devono recuperare i punti e stranieri);
- individuare strategie comunicative adeguate al fine di aumentare la percezione del rischio e la consapevolezza nel target finale (giovani 14-29 anni).

Al termine del corso i partecipanti, ovvero insegnanti e istruttori delle autoscuole, conseguite le competenze relative alla promozione dei comportamenti di guida sicuri e responsabili sia in termini di contenuti - effetti delle sostanze psicoattive sui comportamenti alla guida - che di modalità relazionali più adatte allo svolgimento dei contenuti, potranno realizzare, anche col supporto degli operatori che a livello di Az. USL si occupano della promozione della salute, unità didattiche brevi da riproporre nei corsi delle Autoscuole per i patentandi o per coloro che devono recuperare i punti persi. Poiché inoltre, soprattutto per bevitori occasionali e a basso rischio è importante cogliere tutte le occasioni utili per far riflettere sui comportamenti a rischio e sulle conseguenze che ne possono derivare per la propria salute e per quella delle altre persone, anche il riesame da parte delle Commissioni Mediche Locali, in caso provvedimento di sospensione della patente, può costituire un luogo privilegiato per attivare un counseling motivazionale breve.

La Giunta regionale dell'Umbria, con delibera n. 1423 del 2007 ha già approvato un protocollo relativo alle procedure sanitarie collegate alla sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica, al fine di omogeneizzare i percorsi nella regione e assicurare una attività di sensibilizzazione rivolta ai bevitori occasionali sugli effetti dell'alcol e anche, in generale, sull'adozione di stili di vita sani.

Considerato peraltro che le azioni collegate ad interventi su conducenti incorsi nella violazione dell'art. 186 del Codice della Strada devono intendersi quali attività dedicate e a forte carattere preventivo, è stato stabilito che si debba far riferimento a competenze e professionalità accuratamente individuate e formate, presenti nei servizi alcolici, in grado di garantire un approccio adeguato dal punto di vista metodologico, anche in base ai diversi “stili “ di consumo, oltre che corrette informazioni .

Il percorso previsto dalla citata DGR è stato sicuramente lungimirante, tuttavia dopo diversi anni dalla approvazione, si ritiene opportuno definire strumenti di rilevazione e monitoraggio delle attività svolte a supporto delle CML nei confronti dei soggetti incorsi nella violazione dell'art. 186 del Codice della Strada: lo scopo di tale monitoraggio è da un lato quello di rivalutare l'omogeneità dei percorsi nei diversi territori dell'Umbria e di far emergere eventuali criticità da superare, dall'altro la possibilità di evidenziare anche le situazioni di contemporaneo consumo di sostanze illegali (art.187 CdS), per indirizzare meglio gli interventi di counseling.

Pertanto **obiettivo del presente progetto**, anche in base alle precedenti esperienze, è quello di **promuovere la consapevolezza dei rischi legati ai comportamenti scorretti alla guida derivanti dall'uso delle bevande alcoliche contribuendo a ridurre la prevalenza dei consumatori a rischio.**

Gli obiettivi specifici del presente progetto sono:

	<p>1.4.1 Implementare le informazioni sui rischi causati dalla guida in stato di ebbrezza nelle persone che frequentano i corsi per il conseguimento della patente o per il recupero dei punti persi ed offrire il counseling a coloro che sono stati oggetto di un provvedimento di sospensione della patente per contribuire a ridurre la prevalenza dei consumatori a rischio.</p> <p>1.4.2 Valutare l'applicazione del "Protocollo per procedure sanitarie a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebrezza" approvata con DGR 1423/2007 e valutare l'opportunità di adeguamento/implementazione delle stesse.</p>
Gruppo prioritario	<p>Persone (prevalentemente giovani) che frequentano i corsi per il conseguimento della patente di guida o per il recupero dei punti persi</p> <p>Persone che sono state oggetto di un provvedimento di sospensione della patente</p>
Setting	Autoscuole /Servizi alcologia – Reti promozione salute / CML
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Insegnanti e Istruttori di Scuola Guida - Persone (prevalentemente giovani) che frequentano i corsi per il conseguimento della patente di guida o per il recupero dei punti persi - Persone che sono state oggetto di un provvedimento di sospensione della patente - Regione Umbria: Direzione Salute e coesione sociale /Direzione Programmazione, innovazione e competitività dell'Umbria - Aziende USL: "Reti" per la promozione della salute, Commissioni Mediche Locali - Operatori Aziende USL - Insegnanti ed Istruttori delle Autoscuole
Prove di efficacia	<p>La letteratura fa rilevare che un progetto di modifica dello stile di vita ha molte più probabilità di riuscire e di permanere nel tempo quanto più la proposta è complessiva.</p> <p>Sono fortemente raccomandati gli approcci di tipo integrato e ripetuti nel tempo, infatti le strategie ritenute efficaci prevedono infatti azioni multilivello che costruiscano alleanze, collaborazioni e reti, tra tutti gli enti/attori attivi sul territorio; sono inoltre fondamentali azioni intersettoriali che promuovano l'interazione e l'integrazione tra settori differenti della comunità locale: trasporti, urbanistica, ente locale, scuola, famiglia, sanità, privati (ad es. autoscuole), volontariato.</p> <p>È dimostrata l'efficacia del counseling motivazionale breve che può essere offerto dagli operatori del Servizio sanitario ai giovani: <i>NICE. Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. NICE public health guidance 24. 2010</i></p> <p>In particolare, si evidenzia anche l'efficacia della formazione degli insegnanti e istruttori di autoscuola nella riduzione degli incidenti stradali grazie all'incremento delle conoscenze e delle abilità alla guida (<i>Mayhew et al., 1998</i>). Risulta fondamentale che l'abilitazione degli insegnanti e degli istruttori di autoscuola preveda una formazione specifica sui fattori di rischio associati alla guida e che gli stessi vengano costantemente aggiornati e formati su tali argomenti e sui metodi didattici per il loro insegnamento.</p> <p>Revisioni sistematiche confermano l'evidenza che l'educazione alla sicurezza stradale promossa nelle scuole e nelle autoscuole rappresenta una componente importante nella prevenzione e nella riduzione degli incidenti stradali (<i>Vernich et al., 1999</i>) verosimilmente in relazione all'evoluzione della didattica grazie all'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche e multimediali. Le ultime revisioni sistematiche hanno dimostrato, sin dall'inizio degli anni '90, che le attività tradizionali, in cui chi partecipa ha una funzione esclusivamente passiva, non sono efficaci nel modificare i comportamenti. Mentre, le iniziative che coinvolgono attivamente i partecipanti e forniscono loro strumenti pratici sono in grado di modificare gli atteggiamenti e i comportamenti. La gerarchia delle prove di efficacia degli interventi educazionali mette al primo posto i metodi e le tecniche dell'apprendimento attivo che si basano sulla metodologia dell'apprendimento per problemi, sulle simulazioni, sui roleplaying, sugli studi di caso, ecc..</p> <p>PNLG: La prevenzione primaria dei traumi da traffico trova nella promozione della guida in condizioni psicofisiche idonee punti importanti di riferimento. Task Force on Community Services CDC, da revisioni sistematiche Cochrane, dal Piano Nazionale per le Linee Guida – PNLG, dalle ricerche scientifiche dell'European Transport Safety Council.</p>

Trasversalità	<p>Il progetto prevede uno stretto coordinamento e azioni concertate, a livello regionale, interno al Servizio Sanitario (Reti per la promozione della Salute e CML delle Az. USL) e con soggetti esterni al servizio sanitario</p> <p>Aziende USL</p> <p>Scuole Guida, Associazioni di categoria UNASCA e CONFEDER.T.T.A.I.,</p> <p>Medici delle Commissioni Mediche Locali e Operatori dei servizi Alcolologia</p> <p>Insegnanti ed Istruttori delle Autoscuole</p>
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> • Concordare con il Servizio Politiche Attive e del Lavoro della Direzione regionale programmazione, innovazione e competitività dell'Umbria, l'implementazione, nei programmi dei corsi per insegnanti ed istruttori delle Autoscuole, dello specifico modulo formativo <i>su comportamenti a rischio, uso di sostanze, guida sicura e responsabile</i> • Predisporre congiuntamente un atto regionale di indirizzo • Concordare con le Autoscuole e le Associazioni delle stesse l'inserimento di uno specifico modulo formativo breve sui comportamenti a rischio nei corsi per il rilascio e il rinnovo della patente • Verificare che le Autoscuole abbiano inserito e mantengano, nel tempo, gli specifici i moduli formativi • Predisporre una scheda di rilevazione delle attività delle Commissioni Mediche Locali e dei Servizi di Alcolologia relativa alle violazioni dell'art 186 del CDS e, in prospettiva, anche all'art. 187 • Attivare il monitoraggio delle attività. • Valutare l'opportunità di implementazione della DGR1423/2007
Rischi e management	<p>Il rischio principale è la mancata adesione delle Autoscuole però il progetto è già stato realizzato in alcuni territori della Regione con buoni risultati, pertanto si conta di poterlo estendere a tutta l'Umbria e di consolidarlo affinché diventi una corrente prassi formativa.</p>

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
1.4.1 Implementare le informazioni sui rischi causati dalla guida in stato di ebbrezza nelle persone che frequentano i corsi per il conseguimento della patente o per il recupero dei punti persi ed offrire il counseling a coloro che sono stati oggetto di un provvedimento di sospensione della patente per contribuire a ridurre la prevalenza dei consumatori a rischio	1.4.1/1 Specifico modulo formativo inserito nei programmi dei corsi per insegnanti ed istruttori delle Autoscuole	/	/	/	DGR di indirizzo	/	/
	1.4.1/2 Proporzione di Autoscuole che hanno inserito e mantenuto un modulo formativo sulla sicurezza alla guida nei corsi per il conseguimento della patente o per il recupero dei punti persi	N. Autoscuole con programma adeguato /n. Autoscuole coinvolte	/	/	/	60% in tutta la Regione	80% in tutta la Regione
1.4.2 Valutare l'applicazione del "Protocollo per procedure sanitarie a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebrezza " approvato con DGR 1423/2007 e valutare l'opportunità di adeguamento/implementazione dello stesso	1.4.2/1 Monitoraggio sull'applicazione della DGR 1423/2007 realizzato	/	/	/	/	Report prodotto	/

Cronogramma 1.4 – Alcool e guida sicura

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1.4.1 Implementare le informazioni sui rischi causati dalla guida in stato di ebbrezza nelle persone che frequentano i corsi per il conseguimento della patente o per il recupero dei punti persi ed offrire il counseling a coloro che sono stati oggetto di un provvedimento di sospensione della patente contribuendo a ridurre la prevalenza dei consumatori a rischio.																
1.4.1.1	Concordare con il Servizio Politiche Attive e del Lavoro della Direzione regionale programmazione, innovazione e competitività dell'Umbria, l'implementazione, nei programmi dei corsi per insegnanti ed istruttori delle Autoscuole, dello specifico modulo formativo <i>su comportamenti a rischio, uso di sostanze, guida sicura e responsabile</i>	Regione:-Direzione Salute e coesione sociale -Direzione Programmazione, innovazione e competitività dell'Umbria														
1.4.1.2	Predisporre congiuntamente un Atto regionale di indirizzo	Regione:-Direzione Salute e coesione sociale -Direzione Programmazione, innovazione e competitività dell'Umbria														
1.4.1.3	Concordare con le Autoscuole e le Associazioni delle stesse l'inserimento di uno specifico modulo formativo breve sui comportamenti a rischio nei corsi per il rilascio e il rinnovo della patente di guida	Coordinatori della rete della promozione della salute USL con le Autoscuole e le loro Associazioni														
1.4.1.4	Verificare che le Autoscuole abbiano inserito e mantengano, nel tempo, gli specifici i moduli formativi	Coordinatori della rete della promozione della salute USL con le Autoscuole e le loro Associazioni														
1.4.2 Valutare l'applicazione del "Protocollo per procedure sanitarie a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza" approvato con DGR 1423/2007 e valutare l'opportunità di adeguamento/implementazione dello stesso																

1.4.2.1	Predisporre una scheda di rilevazione delle attività delle attività delle Commissioni Mediche Locali e dei Servizi di Alcolologia relativa alle violazioni dell'art 186 del CDS e, in prospettiva, anche all'art. 187.	Direzione Salute e coesione sociale Rappresentanti Servizi alcolologia e CML																
1.4.2.2	Attivare il monitoraggio	Servizi alcolologia e CML																
1.4.2.3	Valutare l'adeguatezza delle indicazioni regionali emanate nel 2007 e l'opportunità di implementazione della DGR1423/2007	Direzione Salute e coesione sociale Rappresentanti Servizi alcolologia e CML																

Progetto 1.5 Un soccorso alla salute

Descrizione

Negli ultimi anni si sono ampiamente diffuse forme molteplici di consumo di sostanze psicoattive, legali ed illegali, anche sottoforma di policonsumo, che non comportano uno stato di dipendenza vera e propria. Sono trasversali alle diverse fasce d'età e condizioni socioeconomiche e sono in genere compatibili con stili di vita socialmente ben integrati.

Si tratta di fenomeni che sfuggono, per molti motivi, all'intercettazione dei servizi per le dipendenze, anche quando si associano all'emergere di problemi correlati. La letteratura scientifica e molteplici esperienze in campo nazionale ed internazionale consigliano di attivare occasioni di intercettazione e contatto precoce in contesti anche sanitari, non specificamente dedicati.

Il progetto costituisce un primo tentativo di introdurre un'attività sistematica di questo tipo nei servizi di Pronto Soccorso, condotta con modalità adeguate alle caratteristiche specifiche del contesto individuato ed è indirizzato, in questa prima fase che assume la valenza di una sperimentazione, alla fascia d'età giovanile, rinviando l'ampliamento dei destinatari a fasi successive.

La sperimentazione è condotta nei Pronto Soccorso dei Presidi ospedalieri afferenti alle Aziende USL Umbria 1 e 2, e sulla base delle valutazioni che ne deriveranno sarà programmata, in una fase successiva, l'estensione dell'intervento nei Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni.

L'ipotesi progettuale è fondata sull'esperienza sviluppata nel territorio della ex ASL n. 2, dove, su iniziativa del Servizio di alcologia - Centro antifumo, sono stati formati in tappe successive circa 200 operatori sociosanitari, afferenti a servizi di diversa tipologia, all'utilizzo delle tecniche del colloquio motivazionale e dell'intervento breve rivolti ai fumatori e ai consumatori a rischio di alcolici.

Si basa inoltre su esperienze sviluppate a livello internazionale e sottoposte a valutazione, che hanno utilizzato il contesto dei Servizi di Emergenza proprio per intercettare gli adolescenti a rischio.

Alcuni dati

Il quadro epidemiologico relativo ai giovani umbri incoraggia ad incrementare le azioni preventive dirette in maniera specifica a questa fascia di età.

I dati relativi al consumo di alcolici nella popolazione studentesca umbra di 15-19 anni (indagine ESPAD, 2013), pur in un quadro sostanzialmente analogo a quello rilevato in ambito nazionale, evidenziano un trend di aumento significativo della frequenza del consumo nelle femmine ed una frequenza di episodi di binge drinking in entrambi i sessi degna di attenzione (superiore alla media nazionale per le femmine in tutte le classi d'età). I dati disponibili sulla popolazione studentesca da 11 a 15 anni (indagine HBSC, 2010) riportano episodi ripetuti di ubriachezza in percentuali rilevanti (> 12%).

Secondo i dati PASSI 2010-13 per il Pool di ASL dell'Umbria, tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto o la moto negli ultimi 12 mesi, il 9% di intervistati dichiara di aver guidato sotto effetto dell'alcol, comportamento riferito più spesso dagli uomini (10%) che dalle donne (2%).

Per quanto riguarda il versante della risposta sanitaria, un primo dato riguarda l'atteggiamento dei sanitari: solo una piccola parte degli intervistati dell'indagine PASSI in Umbria (11,9%) riferisce che un medico si è informato sul loro consumo di alcol; la percentuale di bevitori a rischio che ha ricevuto il consiglio di bere di meno da parte di un operatore sanitario è del 2%: tra i fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol rappresenta quello di cui si ha meno consapevolezza. Più elevata risulta l'attenzione rivolta al fumo di tabacco: il 40,6% degli intervistati riferisce che un medico gli ha chiesto se fuma, e il 51,7% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere.

Un'osservazione comune e costante che deriva anche dall'analisi dell'utenza che affrisce ai servizi per le dipendenze è relativa alla difficoltà di contatto con le situazioni di consumo a rischio (di alcol e sostanze psicoattive), molto più frequenti e precedenti la comparsa della condizione di dipendenza e alla difficoltà di confrontarsi con le condizioni di bassa motivazione al cambiamento,

confrontate con l'elevato rischio di problemi di salute che conseguono a questi comportamenti, anche per le età più giovani: l'età di primo trattamento nei servizi per le dipendenze risulta superiore di più di 4 anni rispetto a quella del primo uso.

Gli utenti dei Servizi di Alcolologia nella nostra regione presentano un'età media inferiore a quella nazionale sia per i nuovi utenti che per quelli già in carico, ma la percentuale di nuovi utenti di età inferiore ai 21 anni risulta assai limitata. Per quanto riguarda i programmi di trattamento per il fumo di tabacco, la percentuale di soggetti di età inferiore ai 21 anni che chiede l'intervento dei Centri Antifumo risulta irrilevante.

Le possibilità di intercettare le situazioni di consumo di alcol ad alto rischio, anche nelle condizioni di emergenza (vedi trattamenti in Pronto soccorso per intossicazioni alcoliche), resta molto limitata.

Le esperienze precedenti

Dal 2007 ad oggi il Servizio di Alcolologia - Centro antifumo della Azienda Usl Umbria 1 (area territoriale ex-ASL n. 2) ha condotto un'attività di coinvolgimento di personale sanitario in percorsi di formazione congiunta e in modalità operative collaborative (MMG, Medici competenti; Medici dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza Luoghi di lavoro; Tecnici della prevenzione; Ostetriche; Pediatri; Pneumologi, Cardiologi; Farmacisti; Infermieri e personale dei Servizi per la cessazione), nell'ambito di una progettualità del CCM del Ministero della Salute.

Il colloquio motivazionale e l'intervento breve

Sul piano metodologico, le tecniche utilizzate nell'intervento proposto dal progetto fanno riferimento all'approccio motivazionale, un modello di counseling sviluppato originariamente per aumentare la motivazione al cambiamento rispetto alla dipendenza da sostanze, centrato sulla persona, che mira in maniera specifica a sostenere ed accompagnare nelle varie fasi il processo di cambiamento.

Nel contesto del Pronto soccorso si utilizza una particolare modalità di colloquio motivazionale, definita come "intervento breve". A questo proposito, è necessario precisare che sono state elaborate diverse tipologie di intervento breve rivolte al consumo di alcol a rischio: nel presente progetto la definizione di 'intervento breve' si riferisce alla tipologia dell'intervento breve occasionale o 'opportunistico', specificamente progettato per individui che non stanno cercando aiuto per problemi alcol correlati e che vengono identificati da uno screening occasionale nelle strutture sanitarie di base. Queste persone spesso hanno problemi alcol-correlati meno gravi e sono poco motivate a cambiare le loro abitudini.

Elementi caratteristici dell'intervento sono costituiti dall'aver come obiettivo la riduzione del consumo piuttosto che l'astinenza; essere rivolti a bevitori non dipendenti; essere effettuati non necessariamente da personale medico.

E' utile distinguere il livello di attività realizzato: si tratta di interventi molto brevi, o 'interventi minimi' (minimal advice), che consistono in poco più che semplici ma strutturati consigli al bevitore impiegando pochi minuti (al massimo cinque) e che possono essere definiti 'consigli in forma breve'.

L'intervento breve nella sua forma di "minimal advice" (chiedere se fuma –consigliare di smettere) costituisce una concreta possibilità di intervento anche per il fumo di tabacco.

Per entrambi gli interventi la possibilità dimostrata di raggiungere l'obiettivo finale (ridurre il consumo di alcol - smettere di fumare) in un certo senso sottostima l'efficacia complessiva dell'intervento, dal momento che, anche quando il bevitore (o il fumatore) non riduce il livello di consumo, può iniziare un processo di cambiamento che, più tardi, lo porterà all'azione: in altre parole, inizia un movimento nel ciclo del cambiamento.

Perché le metodologie descritte abbiano efficacia, occorre che siano applicate diffusamente dal personale sanitario; occorre quindi individuare, in particolare per gli operatori di Pronto soccorso, che hanno minore familiarità con questo tipo di approccio, modalità efficaci di coinvolgimento e motivazione.

Alla luce delle esperienze condotte in ambito nazionale ed internazionale (v. *Linee guida cliniche*

	<p>per l'identificazione e l'intervento breve. A cura di: Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. e Gruppo di lavoro IPIB, Roma 2010), le strategie più efficaci sono costituite dalla proposta di formazione e dall'offerta di materiale informativo di supporto (fondato strettamente sull'esperienza pratica), associate ad un riferimento certo e stabile, verso il quale indirizzare gli utenti che necessitino di livelli ulteriori di accoglienza e che allo stesso tempo assicurati, al bisogno, funzioni di supporto per gli stessi operatori.</p> <p>Il presente progetto intende quindi aumentare le opportunità facilitanti scelte di salute rispetto a fumo, alcol e assunzione di sostanze psicoattive illegali attivando processi di cambiamento di abitudini attraverso interventi di counseling motivazionale condotti da operatori sanitari a giovani di età compresa fra 18 e 24 anni, potenziali consumatori a rischio di sostanze psicoattive legali ed illegali, giunti al Pronto Soccorso per qualsiasi motivazione; questa modalità verrà sperimentata in due presidi ospedalieri del territorio regionale per valutarne la fattibilità ai fini della eventuale estensione.</p> <p>Obiettivi specifici</p> <p>1.5.1 Coinvolgere in maniera diffusa, gli operatori sanitari dei servizi di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri delle Aziende USL.</p> <p>1.5.2 Formare gli operatori dei Servizi per le Dipendenze sulle tecniche dell'intervento breve, affinché acquisiscano il ruolo di formatori locali, e sul colloquio motivazionale.</p> <p>1.5.3 Formare gli operatori del Pronto Soccorso alle tecniche del colloquio motivazionale e dell'intervento breve, affinché possano sviluppare competenze professionali per l'approccio ai giovani con comportamenti a rischio che accedono ai loro servizi.</p> <p>1.5.4 Attivare presso i servizi di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri delle Aziende USL interventi di prevenzione selettiva rivolti ai giovani di 18-24 anni potenziali consumatori a rischio di sostanze psicoattive legali ed illegali.</p>
<p>Gruppo prioritario</p>	<p>➤ Giovani di età 18-24 anni, che accedono al Pronto Soccorso e sono potenziali consumatori a rischio di sostanze psicoattive, individuati attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. criterio dell'elemento situazionale: <ol style="list-style-type: none"> a. episodio di binge drinking b. abitudine al fumo consolidata e/o abitudine a THC c. utilizzo di sostanze stupefacenti d. episodi di bullismo, vandalismo, piccola criminalità 2. criterio dell'elemento anamnestico: <ol style="list-style-type: none"> a. episodi precedenti di accesso in Pronto Soccorso <p>➤ Genitori dei minorenni che accedono al Pronto soccorso e rientrano nelle tipologie sopra indicate</p>
<p>Setting</p>	<p>Servizi di Pronto Soccorso della rete regionale (in questa prima fase sperimentale, con esclusione delle Aziende Ospedaliere)</p>
<p>Gruppi di interesse</p>	<p>Operatori sanitari dei Servizi di Pronto Soccorso dei Presidi ospedalieri delle Aziende USL Familiari dei giovani che accedono al P.S. Regione – Direzioni ASL – Dirigenti dei Presidi ospedalieri e dei Servizi di Emergenza-Urgenza Servizi per le dipendenze – Rete dei Servizi per la Promozione della salute</p>
<p>Prove di efficacia</p>	<p>C'è una vasta evidenza dell'efficacia dell'identificazione precoce e dell'intervento breve applicati a coloro che fanno un consumo dannoso e pericoloso di alcol, sostenuta da un gran numero di revisioni sistematiche ed esperienze operate da una varietà di strutture sanitarie in diversi paesi.</p> <p>Si citano in particolare le seguenti pubblicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anderson, P., Gual, A, Colom, J. <i>Alcohol and Primary Health Care: Clinical guidelines on identification and brief interventions. Department of Health of the Government of Catalonia. Adattamento alla versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche</i>

	<p><i>per l'identificazione e l'intervento breve. A cura di: Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. e Gruppo di lavoro IPIB, Roma 2010.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Sintesi delle revisioni Cochrane sulla efficacia degli interventi di cessazione e prevenzione del fumo di tabacco. Cochrane Drugs and Alcohol Group-ISS, 2011.</i> <p>Esistono poche prove dell'efficacia degli interventi brevi in strutture ospedaliere generali; dati più significativi si registrano invece nei reparti di Traumatologia e di Pronto Soccorso.</p> <p>Si riportano nuovamente alcuni riferimenti bibliografici specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Monti P.M., Barnett N.P., O'Leary T.A., Colby S.M. Motivational enhancement for alcohol-involved adolescents. In: Monti P.M., Colby S.M., O'Leary T.A.: Adolescents, alcohol and substance abuse: reaching teens through Brief Interventions. Guilford Ed. 145-182, 2001.</i> - <i>Crawford, M.J., Patton, R., Touquet, R. et al. Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial. Lancet, 364: 1334-1339, 2004.</i> - <i>Tevyaw, T.O. & Monti, P.M. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and valuations. Addiction, 99 (Suppl. 2) : 63-75, 2004</i> <p>Il livello di efficacia degli interventi brevi, espresso in termini di Number Needed to Treat, ovvero il numero di soggetti che devono ricevere un intervento breve per ottenere il risultato atteso, è di circa 8 per i consumatori a rischio di alcolici e 20 per i fumatori.</p> <p>Diverse rassegne sistematiche sull'efficacia del colloquio motivazionale per una serie di dipendenze hanno mostrato l'efficacia del colloquio motivazionale; una metanalisi di 72 studi clinici che utilizzano il colloquio motivazionale ha rilevato una significativa efficacia dell'intervento; nella maggior parte degli studi il cambiamento del comportamento conseguente al colloquio motivazionale è mantenuto nel tempo fino all'anno di follow-up.</p> <p><i>(vedi: Moyer A, Finney J, Swearingen C: Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. Addiction, 97: 279-292, 2002).</i></p>
Trasversalità	<p>Il progetto utilizza gli operatori sanitari del Pronto Soccorso in attività di prevenzione e di counselling che, di norma, sono effettuate in modo non strutturato e sistematico.</p>
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> - Progettare e realizzare un corso di formazione sulla metodologia dell'intervento breve, rivolto ad un gruppo selezionato di operatori dei servizi per le dipendenze, che dovranno acquisire la funzione di 'formatori locali' - Progettare e realizzare a livello locale per almeno due presidi ospedalieri della rete dell'emergenza urgenza un corso di formazione effettuato dagli operatori di cui al punto precedente sull'intervento breve rivolti agli operatori sanitari dei Pronto soccorso dei Presidi ospedalieri delle ASL - Predisporre a livello regionale, di materiale informativo uniforme, di supporto agli interventi attivati nei Pronto soccorso - Predisporre ed attivare idonei strumenti di monitoraggio degli interventi - Attivare presso i Pronto soccorso dei Presidi Ospedalieri selezionati interventi brevi individuali associati alla diffusione di materiale informativo, secondo la metodologia individuata dal progetto.
Rischi e management	<p>Il rischio principale riguarda l'eventualità di uno scarso coinvolgimento degli operatori sanitari del Pronto soccorso nel progetto.</p> <p>A livello generale, tra le ragioni più spesso riportate per spiegare il limitato coinvolgimento in questa tipologia di interventi dei sanitari, in particolare medici, vi è la mancanza di tempo, la preparazione inadeguata, il timore di inimicarsi i pazienti, la sensazione di un'incompatibilità tra l'intervento breve e l'assistenza sanitaria primaria, nonché la convinzione che gli individui già alcolodipendenti non risponderanno agli interventi.</p>

	<p>Una rassegna sistematica degli interventi volti a coinvolgere gli operatori dell'assistenza sanitaria di base nel trattamento dei problemi alcol-correlati ha rilevato che la formazione e la fornitura di supporto informativo ed operativo hanno aumentato il coinvolgimento dei medici nell'attuazione dell'identificazione e degli interventi brevi di circa il 13-15% rispetto al trattamento tradizionale. Il coinvolgimento dei Servizi per le Dipendenze nell'attività di formazione degli operatori di Pronto Soccorso e la loro disponibilità ad assumere un ruolo di riferimento nella realizzazione del progetto, nonché specificamente nell'accoglienza di secondo livello, va visto anche in questa prospettiva di sinergia.</p> <p>E' necessario prevedere la disponibilità da parte dei Servizi per le dipendenze a svolgere le attività di accoglienza di secondo livello in sedi adeguate al target del progetto, distinte dalle normali sedi di accesso per il trattamento delle tossicodipendenze.</p>
Sostenibilità	<p>Si è scelto di individuare il target dell'intervento nei giovani con comportamenti a rischio di età 18-24 anni, oltre che per le considerazioni esposte nei precedenti paragrafi (difficoltà di coinvolgimento nei programmi di prevenzione, difficoltà di contatto con i servizi territoriali per le dipendenze nelle situazioni ad alto rischio, rilevanza del problema del consumo di sostanze psicoattive) anche in considerazione del criterio di sostenibilità, come risultante dal confronto e dalla condivisione con il personale operante nei servizi di Pronto Soccorso coinvolti nella ricerca-azione del progetto CCM 2012-2014 " Un approccio integrato per la riduzione delle disuguaglianze all'accesso ai servizi di promozione della salute: interventi strategici per la gestione del rischio con utenti di interesse psichiatrico e giovani problematici".</p> <p>Non sono noti effetti negativi, come ad esempio disagio o insoddisfazione tra i pazienti, correlati all'identificazione e agli interventi brevi: sembra anzi vero il contrario, nel senso che parlare dell'alcol con gli operatori del servizio sanitario di base sia cosa generalmente gradita ai pazienti. Quanto espresso per il consumo di alcol può essere esteso al fumo di sigaretta, che costituisce la prima causa di mortalità e di morbilità nel nostro paese, in considerazione dell'elevata prevalenza di tale comportamento e della dimostrata efficacia dell'intervento breve.</p> <p>Per quanto attiene al colloquio motivazionale presso i servizi di secondo livello (servizi per le dipendenze o equipe multiservizi): si intende generalmente un colloquio individuale, ma a discrezione del servizio, anche sulla base di criteri di sostenibilità, può essere attuato con analoga efficacia un intervento informativo-educativo in gruppo.</p>

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
1.5.1 Avviare interventi di counseling motivazionale condotti da operatori sanitari a giovani di età compresa fra 18 e 24 anni, potenziali consumatori a rischio di sostanze psicoattive legali ed illegali, giunti al Pronto Soccorso per qualsiasi motivazione	1.5.1/1 Corso di formazione per gli operatori del pronto soccorso realizzato	/	/	/	Corso di formazione e realizzato	/	/
	1.5.1/2 Report dei risultati	/	/	/	/	/	Report dei risultati prodotto

Cronogramma progetto 1.5 – Un soccorso alla salute

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1.5.1 Avviare interventi di counseling motivazionale condotti da operatori sanitari a giovani di età compresa fra 18 e 24 anni, potenziali consumatori a rischio di sostanze psicoattive legali ed illegali, giunti al Pronto Soccorso per qualsiasi motivazione																
1.5.1.1	Progettare e realizzare un corso di formazione sulla metodologia dell'intervento breve, rivolto ad un gruppo selezionato di operatori dei servizi per le dipendenze, che dovranno acquisire la funzione di 'formatori locali'	Direzione Salute e Coesione sociale														
1.5.1.2	Presentare il progetto alla Direzione aziendale e ai Dirigenti dei Presidi ospedalieri delle ASL	Direzione Salute e Coesione sociale														
1.5.1.3	Progettare e realizzare a livello locale per almeno due presidi ospedalieri della rete dell'emergenza-urgenza un corso di formazione di cui al punto precedente	Aziende Sanitarie														
1.5.1.4	Predisporre a livello regionale materiale informativo uniforme, di supporto agli interventi attivati nei Pronto soccorso	Direzione Salute e Coesione sociale														
1.5.1.5	Sperimentare presso i Pronto soccorso di 2 Presidi Ospedalieri delle Aziende USL interventi brevi individuali associati alla diffusione di materiale informativo.	Aziende Sanitarie														
1.5.1.6	Valutare risultati e criticità in modo condiviso con strumenti ad hoc	Direzione Salute e Coesione sociale														
1.5.1.7	Eventuale diffusione ad almeno altri 2 Presidi Ospedalieri delle Aziende USL	Aziende Sanitarie														

Progetto 1.6 Verso l'ospedale senza fumo

Descrizione

L'OMS già a partire dalla Carta di Ottawa del 1986 ha individuato le strutture sanitarie e ospedaliere come ambienti in cui è possibile promuovere la salute intesa come "processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla".

Partendo da questo principio l'OMS ha promosso il movimento degli Ospedali per la promozione della salute (HPH), con l'intento di introdurre nell'area dell'assistenza ospedaliera i principi e i metodi della promozione della salute; tra le varie attività di promozione della salute definite nel programma degli HPH, la prevenzione del tabagismo e la lotta contro il consumo di tabacco rappresentano due obiettivi prioritari delle politiche sanitarie, verso i quali devono tendere gli ospedali e le strutture sanitarie.

La Legge 3 del 2003 ha sancito il divieto di fumo nei locali della pubblica amministrazione e dei gestori di servizi pubblici: gli ospedali e le aziende sanitarie sono quindi luoghi in cui si applica il divieto in tutti gli ambiti di pertinenza. In realtà la letteratura scientifica ha dimostrato che più di un terzo dei pazienti fumatori ha problemi a rispettare il divieto e fuma nonostante l'ospedale sia stato dichiarato "libero dal fumo" e che i fumatori dopo l'applicazione del divieto tendono a fumare al di fuori della struttura, in particolare in prossimità degli ingressi (Boomer, 2002, Nagle, 1996).

L'applicazione della normativa unita all'aumentata sensibilità rispetto alla problematica del fumo nel luogo di lavoro hanno determinato la sempre più frequente adozione da parte delle aziende, sia pubbliche che private, di una politica aziendale contro il fumo. Nel caso delle aziende sanitarie tali politiche determinano indubbi benefici: per i lavoratori, in quanto è dimostrato che nelle aziende che adottano tali politiche si ha una minor prevalenza di fumatori tra il personale, periodi di astensione dal fumo più lunghi, ridotto grado di dipendenza da nicotina e maggiori probabilità di successo nei tentativi di cessazione dei dipendenti fumatori, la riduzione dell'esposizione a fumo attivo e passivo dei dipendenti e un miglioramento dello stato di salute; per l'azienda, per il minore assenteismo per malattia, la maggiore produttività e lo sviluppo da parte dell'utente di un'immagine positiva dell'azienda che può avere una valenza nella scelta del luogo dove farsi curare; per l'utente, quindi il paziente, ma anche il cittadino che frequenta l'ambito sanitario, salvaguardando il suo diritto di non essere esposto a fumo passivo, favorendo e promuovendo le sue scelte salutari come la cessazione dell'abitudine al fumo, facendolo sentire in un ambiente che si prende cura della persona nella sua totalità. Al contrario l'atteggiamento tollerante verso l'uso del tabacco da parte dell'azienda sanitaria e del suo personale può perpetuare l'accettazione del fumo e minimizzare la percezione dei cittadini della pericolosità ad esso correlata.

Il presente progetto intende avviare anche in questa regione l'esperienza dell'ospedale senza fumo, sperimentandolo in due aziende sanitarie e successivamente estendendolo alle altre due. Le aziende sanitarie coinvolte dovranno innanzitutto definire in un atto aziendale la propria "**policy**" **riguardo al fumo di tabacco**; in essa dovrà essere dichiarata formalmente e pubblicamente la linea di condotta e le azioni che si intendono tenere all'interno delle proprie strutture. La politica aziendale contro il fumo dovrà comprendere i principi fondanti (definizione dei diritti dei non fumatori e degli obblighi dei fumatori, precisazione del valore universale delle regole definite all'interno dell'azienda etc.) e la definizione delle modalità di applicazione del divieto di fumo (luoghi dove è vietato e di quelli dove è permesso fumare, personale accertatore, modalità di applicazione delle sanzioni, indicatori per il monitoraggio dell'efficacia della politica antifumo etc.); la policy dovrà però anche programmare azioni volte a informare e sensibilizzare i dipendenti, a sostenere il ruolo di azienda sanitaria promotrice di salute facendone modello di riferimento per i cittadini e utenti riguardo la problematica del tabagismo, a definire le modalità di sostegno ai fumatori che desiderano smettere di fumare. Pertanto l'applicazione delle restrizioni e delle sanzioni dovrà avvenire con gradualità e necessiterà di un tempo sufficientemente lungo (almeno 10-12 mesi) affinché il percorso venga maturato e condiviso il più possibile da tutti, fumatori compresi insistendo sul ruolo educativo delle strutture sanitarie nei confronti della popolazione. E' inoltre di fondamentale importanza il monitoraggio dell'applicazione del divieto di fumo in Azienda

	<p>rilevando alcuni indicatori come la presenza nei locali dell’Azienda dei cartelli regolamentari, di persone che fumano, di posacenere, di mozziconi di sigaretta e di odore di fumo e il monitoraggio dell’attività del personale accertatore.</p> <p>Il presente progetto si prefigge quindi di:</p> <p>Obiettivo 1.6.1 Sviluppare all’interno delle aziende sanitarie una cultura della lotta al tabagismo fondata sulla consapevolezza dei lavoratori di essere testimoni di comportamenti salubri.</p>
Gruppo prioritario	Lavoratori fumatori e non fumatori. Pazienti e cittadini.
Setting	Luoghi di lavoro
Gruppi di interesse	Medici competenti, datori di lavoro, sindacati, lavoratori.
Prove di efficacia	Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti sanitari.
Trasversalità	Il progetto oltre a garantire il rispetto della normativa nei luoghi di lavoro intercetta anche l’obiettivo del PNP di ridurre l’esposizione a fumo passivo nel luogo di lavoro.
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> – Definire una politica aziendale contro il fumo di tabacco; – sensibilizzare e informare i dipendenti e utenti/cittadini rispetto ai rischi per la salute determinati dal fumo attivo e passivo, ai diritti e alle responsabilità rispetto al ruolo degli operatori sanitari come esempio positivo per la comunità; – favorire il rispetto del divieto di fumo all’interno delle strutture sanitarie eliminando l’esposizione dei lavoratori e dei pazienti/cittadini al fumo passivo.
Rischi e management	La resistenza degli operatori sanitari e delle Direzioni Aziendali al cambiamento rappresentano un grosso ostacolo alla realizzazione del progetto che potrebbe essere risolto trasformando questo progetto, a notevole valenza strategica, in obiettivo per i Direttori Generali.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
1.6.1 Sviluppare all’interno delle aziende sanitarie una cultura della lotta al tabagismo fondata sulla consapevolezza dei lavoratori di essere testimoni di comportamenti salubri.	1.6.1/1 Policy aziendale approvata	/	/	/	/	Policy approvata attraverso atto aziendale	/
	1.6.1/2 Campagna di comunicazione costruita e attuata	/	/	/	/	Campagna di comunicazione costruita e messa in atto	Campagna di comunicazione messa in atto

Cronogramma progetto 1.6 – Verso l'ospedale senza fumo

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1.6.1 Sviluppare all'interno delle aziende sanitarie una cultura della lotta al tabagismo fondata sulla consapevolezza dei lavoratori di essere testimoni di comportamenti salubri.																	
1.6.1.1	Presentare il progetto alle Direzioni aziendali	Regione															
1.6.1.2	Formalizzare la costituzione del gruppo di coordinamento aziendale (Direzione medica, medico competente, RSPP DIP, rappresentante promozione della salute, rappresentante centro antifumo, rappresentanti distretto, rappresentanze sindacali) e di un coordinatore del gruppo	Direttore Generale															
1.6.1.3	Definire la policy aziendale attraverso: <ul style="list-style-type: none"> – consultazione e partecipazione degli stakeholders – redazione della policy e della tempistica per l'attuazione – diffusione della policy 	Direttore Generale/ Gruppo di coordinamento aziendale															
1.6.1.4	Predisporre una campagna informativa di rinforzo in collaborazione con il livello regionale <i>Individuare e coinvolgere i beneficiari e i portatori di interesse per la definizione del piano di comunicazione</i> <i>Realizzare i materiali identificativi e informativi della campagna (cartellonistica, depliant, informazioni sul sito web)</i> <i>Distribuire i materiali informativi e curarne l'aggiornamento</i>	Direttore Generale/ Gruppo di coordinamento aziendale /Regione															
1.6.1.5	Formare il medico competente aziendale al minimal advice	Regione/Università															
1.6.1.6	Formare l'accertatore aziendale al minimal advice	Regione/Università															
1.6.1.7	Predisporre un questionario per l'abitudine al fumo fra gli operatori sanitari	Gruppo di coordinamento															
1.6.1.8	Somministrare il questionario agli operatori sanitari	Medico competente															
1.6.1.9	Elaborare i risultati del questionario	Medico competente															
1.6.1.10	Attuare la valutazione di tutti i fumatori nel corso della sorveglianza sanitaria (test di Fargerstrom + test di marino e eventuale monitoraggio del CO nell'aria espirata)	Medico competente															

1.6.1.11	Elaborare i risultati del questionario e della sorveglianza sanitaria e presentarli in un evento pubblico	Medico competente/Direttore Generale																		
1.6.1.12	Individuare e formare il personale accertatore	Direttore Generale																		
1.6.1.13	Predisporre gli strumenti per realizzare il controllo	Gruppo di coordinamento aziendale																		
1.6.1.14	Monitorare il rispetto del divieto	Accertatori/Direttore Generale																		

Progetto 1.7 La sfida della promozione della salute nei lavoratori: i Medici Competenti impegnati contro l'abitudine al fumo	
Descrizione	<p>L'ambiente di lavoro rappresenta un contesto di grande interesse per la promozione della salute; è infatti il luogo in cui le persone passano la maggior parte del proprio tempo, dove è possibile raggiungere la fascia di popolazione adulta, difficilmente raggiungibile in altri contesti comunitari e è anche un ambito in cui si stabiliscono dinamiche relazionali che possono influenzare stili di vita e comportamenti. La promozione della salute è richiamata nella specifica normativa sulla sicurezza del lavoro, il D.Lgs. 81/08, sia all'art. 10, in cui è esplicitato che "le ASL svolgono attività di promozione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" che all'art. 25 in cui illustrando compiti e responsabilità del medico competente, si include la collaborazione "alla attuazione e alla valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute secondo i principi della responsabilità sociale". Sebbene non si raggiungano i migliori livelli di evidenza, a causa della scarsità di studi controllati e della disomogeneità degli interventi sottoposti a valutazione, nel corso degli ultimi anni si sono accumulate numerose prove interessanti e concordanti a sostegno dell'efficacia di programmi strutturati di promozione della salute negli ambienti di lavoro nel ridurre la diffusione dei fattori di rischio generali per la salute tra i lavoratori; la difficoltà ad applicare tali modelli alla realtà del tessuto produttivo umbro, fatto di piccole e piccolissime imprese, sta nel fatto che essi sono stati sperimentati in aziende di grandi dimensioni, per la maggior parte in contesti, come quello statunitense, molto diversi da quello italiano.</p> <p>D'altra parte sono sempre più numerose le evidenze di efficacia della metodologia del counselling breve per la disassuefazione dal fumo offerto dai professionisti sanitari ai soggetti fumatori con la tecnica del "minimal advice". Questo tipo di intervento è realizzabile da qualsiasi operatore sanitario e nella pratica quotidiana si è dimostrato "evidence based" nella disassuefazione dal fumo di tabacco. Il "minimal advice" si basa sulla "regola delle 5 A", ASK (chiedere se la persona fuma), ADVISE (raccomandare di smettere), ASSES (identificare i fumatori motivati), ASSIST (aiutare a smettere), ARRANGE (pianificare il follow-up), dove il minimal advice comprende le prime 2 A (ASK ed ADVISE). A stimolare il cambiamento nel fumatore è, tra l'altro, l'interesse e l'attenzione che gli viene rivolta da un medico considerato dal fumatore una figura autorevole.</p> <p>La scelta fatta dalla Regione con questo progetto è quella di coinvolgere tutti medici competenti del territorio regionale affinché promuovano la disassuefazione dal fumo dei lavoratori visitati nel corso della sorveglianza sanitaria periodica attraverso l'effettuazione del "minimal advice"; questo per riuscire ad interessare una ampia fetta della popolazione lavorativa con un intervento efficace, realizzabile e sostenibile. I medici competenti del territorio dovranno quindi essere formati rispetto alla metodologia del counselling breve, attraverso un corso di formazione-addestramento (con crediti ECM) realizzato con il supporto dell'Università degli Studi di Perugia- Medicina del Lavoro in cui è attivo da più di 15 anni in Centro per la disassuefazione dal fumo. Ciascun medico competente dovrà quindi effettuare il counselling breve con i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso delle visite periodiche e dovrà registrare alcune semplici informazioni nella cartella sanitaria e di rischio. Il progetto prevede anche la costruzione o la rivisitazione di materiale informativo sia rispetto ai rapporti fra fumo e salute che alle possibilità di disassuefazione offerte sul territorio regionale (Centri Antifumo, Corsi di gruppo per smettere di fumare etc.).</p> <p>La valutazione dell'adesione a questa iniziativa verrà monitorata dai Servizi PSAL attraverso una verifica su un campione di cartelle sanitarie e di rischio.</p> <p>Il presente progetto intende quindi:</p> <p><i>Obiettivo 1.2.1</i> Realizzare il counselling breve antifumo ai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente.</p>
Gruppo prioritario	Lavoratori fumatori.
Setting	Luoghi di lavoro

Gruppi di interesse	Servizi PSAL, Università, Scuola Umbra di amministrazione Pubblica, Medici competenti, datori di lavoro, sindacati, lavoratori.
Prove di efficacia	Il “minimal advise” ha un livello di evidenza 1 (supportato da revisioni sistematiche di studi controllati randomizzati) e una forza della raccomandazione A (molto forte). Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. ISS - Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo.2008
Trasversalità	Il progetto raggiunge uno degli obiettivi del macro-obiettivo 1 del PNP (ridurre il numero di fumatori) utilizzando un setting non convenzionale quale il luogo di lavoro e interessando professionisti sanitari esterni al SSN.
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> – Fornire ai medici competenti conoscenze e strumenti rispetto alla promozione della disassuefazione dal fumo; – realizzare il counselling breve antifumo ai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria; – valutare l’adesione al progetto dei medici competenti.
Rischi e management	Medici competenti disponibili a partecipare al corso perché con crediti ECM, ma non operativi in concreto nell’effettuare il counselling ai lavoratori.
Sostenibilità	La sostenibilità nel tempo dipende dalla disponibilità dei medici competenti ad effettuare l’attività di promozione della salute, una attività che è peraltro prevista dal D.lvo 81/08.

Tabella degli indicatori

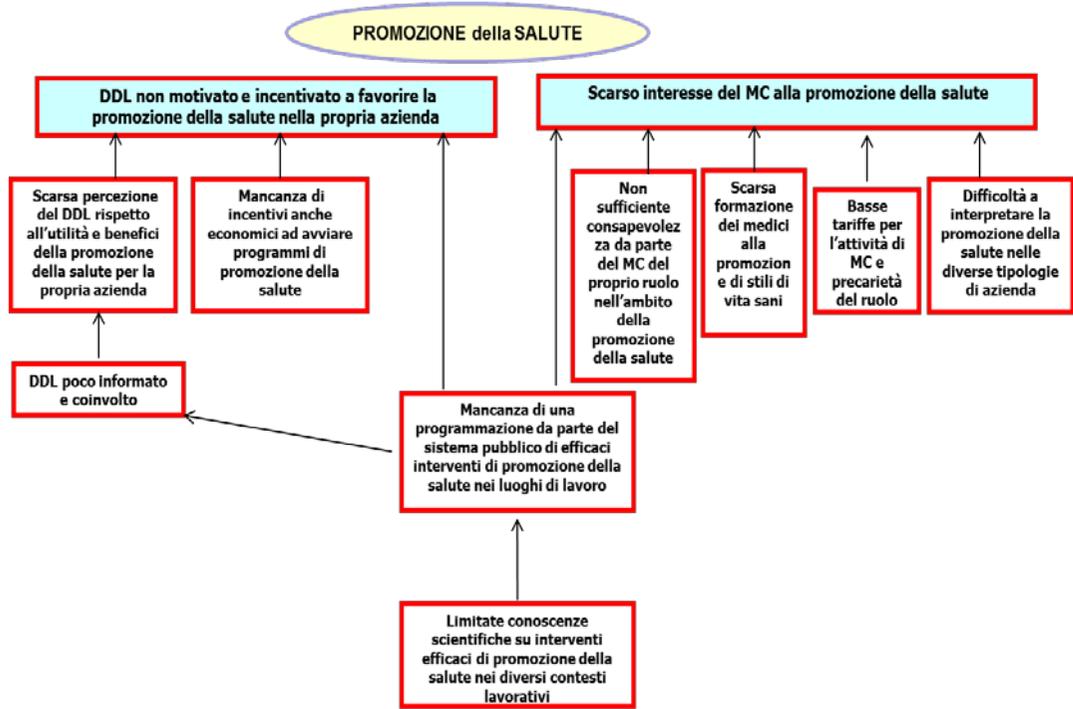
Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
1.7.1 Realizzare il counselling breve antifumo ai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente	1.7.1/1 Scheda per il counselling al lavoratore definita	/	/	Scheda prodotta	/	/	/
	1.7.1/2 % dei medici competenti invitati che hanno partecipato al corso	N° medici competenti che hanno partecipato al corso/N° medici competenti invitati X100	/	/	80%	/	/
	1.7.1/3 % di schede compilate nel campione di cartelle sanitarie	N° schede compilate/N° lavoratori fumatori X 100	/	/	/	50%	50%

Cronogramma 1.7 - La sfida della promozione della salute nei lavoratori: i Medici Competenti impegnati contro l'abitudine al fumo

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1.7.1 Realizzare il counselling breve antifumo ai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente																	
1.7.1.1	Presentare il progetto ai medici competenti	Regione/Università- Istituto di Medicina del Lavoro/SPSAL															
1.7.1.2	Definire i metodi e costruire la scheda per il counselling al lavoratore	Regione/ Università- Istituto di Medicina del Lavoro/SPSAL/Associazioni dei medici competenti															
1.7.1.3	Costruire il materiale informativo (o rivisitare l'esistente)																
1.7.1.4	Formare i medici competenti rispetto al counselling breve – <i>Definire i bisogni formativi</i> – <i>Definire obiettivi e contenuti del corso</i> – <i>Realizzare il corso</i>	Regione/Università- Istituto di Medicina del Lavoro/SPSAL/Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica															
1.7.1.5	Realizzare il counselling breve antifumo ai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria	Medici competenti															
1.7.1.6	Valutazione dell'adesione al progetto attraverso la verifica, in un campione di cartelle sanitarie, della compilazione della scheda di counselling antifumo	Regione/ Università- Istituto di Medicina del Lavoro/SPSAL/Associazioni dei medici competenti															
1.7.1.7	Valutazione dell'efficacia del counselling antifumo	Regione/ Università- Istituto di Medicina del Lavoro/SPSAL/Associazioni dei medici competenti															

Figura 1 Albero dei problemi

Sorveglianza sanitaria troppo orientata ai rischi tradizionali, poco intersettoriale, a volte scarsamente efficace e non affronta il tema della promozione della salute



Progetto 1.8 Muse per Esculapio. La cultura aiuta il ben-essere

Descrizione

Il progetto si basa su due approcci integrati che hanno come comune denominatore l'uso dei luoghi della cultura (musei e biblioteche) come strumenti per la promozione della salute e lo sviluppo del ben-essere.

A) Il primo approccio parte dall'**Health Literacy**, un concetto relativamente nuovo nella promozione della salute, che in italiano trova il suo corrispettivo nei termini "**competenze per la salute**" o "**alfabetizzazione alla salute**". La HL è essenziale, in quanto si propone di fornire a tutte le persone gli strumenti utili per comprendere come mantenersi in salute e per tradurre in azioni le informazioni.

L' *Health Literacy* implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, di capacità individuali e di fiducia in se stessi tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali.

Pertanto, promuovere azioni positive per l'alfabetizzazione alla salute non significa solo mettere in grado di leggere opuscoli e prendere appuntamenti, ma migliorare la capacità degli individui di accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace.

(WHO, Health Promotion Glossary, 1999)

"Le recenti iniziative del Parlamento Europeo intendono promuovere l'importanza dell'alfabetizzazione sanitaria tra i cittadini di tutti gli Stati Membri (si veda ad esempio il progetto '*Health Literacy and Health Education fostering participation and improving women's and men's health*' finanziato dalla Commissione Europea). L'alfabetizzazione e l'educazione sanitaria consentono a pazienti e cittadini di partecipare attivamente alle decisioni in materia di assistenza alla salute e di comunicare direttamente con gli operatori del settore, nell'intento di superare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari causate da determinanti sociali."

(Tratto da *Un partenariato europeo per l'alfabetizzazione sanitaria*, Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Volume 26 - Numero 7-8 Luglio-Agosto 2013)

B) Il secondo approccio ha come assunto il fatto che la frequentazione di luoghi della cultura, gli stimoli che arrivano anche in età avanzata dall'approccio con le arti e le attività culturali in genere, contribuiscono - secondo un gran numero di studi - al mantenimento psicofisico dell'individuo, alla socialità e quindi alla percezione positiva dello stato di salute e di benessere.

I temi legati al rapporto privilegiato tra partecipazione culturale e stato di salute ha visto una notevole crescita di interesse solo negli ultimi anni, dopo la pubblicazione di alcuni studi epidemiologici che hanno dimostrato in maniera inequivocabile come la fruizione intelligente del tempo libero si associ a un prolungamento dell'aspettativa di vita e a una riduzione di alcune patologie degenerative, come la malattia di Alzheimer o il cancro. (tratto da *Cultura e salute* Grossi, Enzo, Ravagnan, Annamaria, Eds.)

Gli studi sulla popolazione effettuati da scienziati di tutto il mondo hanno dimostrato che il consumo culturale incide sull'aspettativa di vita di ciascuno e che coloro che fruiscono raramente di eventi culturali presentano un rischio di mortalità maggiore. Inoltre, soprattutto nelle persone anziane, a fronte di un'intensa fruizione culturale, il tasso di ospedalizzazione e di medicalizzazione diminuisce. "Le leisure activities", ha affermato Lars Olov Bygren del Karolinska Institute di Stoccolma, "contribuiscono addirittura a prevenire o posticipare patologie gravi quali il cancro e la malattia di Huntington". Altri studi hanno dimostrato poi che impegnarsi in attività culturali influisce direttamente sul nostro grado di soddisfazione complessiva, diminuisce l'ansia e riduce i rischi di depressione. In altre parole, la cultura è un vero toccasana che nutre la mente rallentando l'invecchiamento.

La progettazione partecipata che si è svolta in Umbria nei mesi di marzo e di aprile 2015 ha quindi evidenziato come, al fine di migliorare l'alfabetizzazione della popolazione sulla salute e il benessere nei vari target di età, sia importante il perseguimento dei seguenti **obiettivi specifici**:

1) Divulgare e accedere alla documentazione sullo stato di salute e benessere della popolazione, sui principali determinanti, sugli stili di vita salutari, e su tutto ciò che permette ai cittadini di essere

	<p>maggiormente consapevoli rispetto ai temi della salute, in contesti non sanitari;</p> <p>2) organizzare incontri con esperti di settore con la cittadinanza in luoghi pubblici e facilmente accessibili;</p> <p>3) organizzare attività culturali che incentivino la creatività e la partecipazione attiva degli over 65;</p> <p>4) sviluppare competenze per l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, soprattutto a partire dagli over 65.</p> <p>L'ultimo punto si iscrive, inoltre, tra i temi cruciali dell'Agenda digitale, in particolar modo per quanto attiene al superamento del <i>digital divide</i> cioè il divario esistente tra chi ha accesso effettivo alle tecnologie dell'informazione - in particolare internet - e chi ne è escluso. Oltre a indicare il divario nell'accesso reale alle tecnologie, la definizione include anche disparità nell'acquisizione di risorse o capacità necessarie a partecipare alla società. La letteratura internazionale sottolinea con forza quanto, in una comunità sempre più complessa, dove esistono abbondanti informazioni in campo sanitario, tali da consentire alle persone di promuovere la propria salute e quella degli altri, vi siano in realtà pochi punti, qualificati e gratuiti, di accesso alle informazioni e che la comprensione delle stesse risulta spesso difficile, incompleta e reinterpretata secondo convinzioni radicate e secondo i diversi gradi di cultura.</p> <p>Infatti, le disuguaglianze legate all'istruzione portano a capacità diverse di comprensione dei messaggi legati alla salute e una cattiva interpretazione degli stessi non solo aumenta l'iniquinà sociale, ma contribuisce a propagare informazioni pseudo-scientifiche.</p> <p>Inoltre molte attività di comunicazione anche mirate devono poi trovare, da un lato canali efficaci per essere veicolate, dall'altro individui in grado di trovare e accedere gratuitamente alle risorse digitali. In Umbria esiste una rete di biblioteche che già collaborano con il settore sanitario attraverso due progetti, "Nati per leggere" e "In Vitro", con l'obiettivo condiviso di promuovere la salute e il benessere nei giovani attraverso la lettura "ad alta voce" in famiglia ai bambini in età prescolare e il miglioramento delle competenze di lettura fino ai 14 anni.</p> <p>I luoghi della cultura, e in particolar modo le biblioteche pubbliche, "primo punto di accesso locale all'informazione" (Manifesto Unesco sulle Biblioteche pubbliche) e luogo di alfabetizzazione informatica e di sviluppo di competenze digitali legate alla lettura, possono giocare un ruolo importante nella promozione della salute nella comunità, sia in termini di "prima divulgazione informativa sanitaria e di accesso digitale alle conoscenze" che di "luogo di incontro tra gli addetti ai lavori e i cittadini che necessitano di corrette informazioni".</p> <p>Ai musei locali, invece, può essere demandata un'azione specifica di coinvolgimento per la fascia over 65 di popolazione, non solo in termini di facilitazioni di accesso (non sempre utili ad incentivarne la frequentazione), ma piuttosto di individuazione di attività idonee a favorire la partecipazione attiva. Sempre più spesso, infatti, è richiesto che la divulgazione museale si connoti anche come un'offerta di corsi dove sperimentarsi, di incontri nei quali il visitatore è al centro dell'attenzione e non è solo "pubblico" passivo. Le esperienze, anche in Umbria, di musei che diventano laboratori stimolanti la creatività portano a dire che l'approccio non è solo idoneo alla fascia dei bambini ma può essere appositamente declinato per ogni esigenza volta a incrementare l'invecchiamento attivo.</p>
Gruppo prioritario	<p>Personale bibliotecario/operatori culturali dei Comuni; Personale sanitario delle aziende sanitarie; Personale operante nel Ce.R.S.A.L. (Centro di ricerca e formazione per la salute unica e l'alimentazione)</p>
Setting	<p>Biblioteche comunali/Musei locali; CeRSAL</p>
Gruppi di interesse	<p>Destinatari La popolazione adulta; gli over 65</p> <p>Sostenitori Comuni, Distretti sanitari</p> <p>Operatori Bibliotecari, Operatori culturali, Medici del SSN, Operatori sanitari, U.O. Promozione della salute,</p>

Prove di efficacia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kreps GL. The pervasive role of information in health and health care: implications for health communication policy. In: Anderson J, ed. Communication yearbook 11. Newbury Park, CA: Sage, 1988:238–76. 2. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. Health Promot Int. 2000 Dec 1; 15(4):S277–83. 3. Chang BL, Bakken S, Brown SS, Houston TK, Kreps GL, Kukafka R, Safran C, and Stavri PZ. Bridging the digital divide: reaching vulnerable populations. J Am Med Inform Assoc. 2004 Nov–Dec; 11(6):S448–57. [PMC free article] [PubMed] 4. Kreps GL. Enhancing access to relevant health information. In: Carveth R, Kretchmer SB, Schuler D, eds. Proceedings of Shaping the Network Society: Patterns for Participation, Action and Change; 16–19 May 2002. Seattle, WA: CPSR, 2002:149–52. 5. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, and Kindig DA. eds. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academies Press, 2004. 6. National Library of Medicine. Current bibliographies in medicine: health literacy. [Web Document]. Bethesda, MD: National Library of Medicine, 2000. [accessed 10 Feb 2005]. <http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/hliteracy.html>. 7. Fineberg HV. Foreword. In: Nielsen-Bohlman L, ed. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academies Press, 2004:xi–xii. 8. Kindig DA. Preface. In: Nielsen-Bohlman L, ed. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academies Press, 2004:xiii–xiv. 9. Cegala DJ. Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. Patient Educ Couns. 2003 May; 50(1):S91–4. [PubMed] 10. Jones JA, Kreps GL, and Phillips GM. Communicating with your doctor: getting the most out of health care. Cresskill, NJ: Hampton Press, 1995. 11. Morse A. Language access: helping non-English speakers navigate health and human services. Denver, CO: National Conference of State Legislatures' Children's Policy Initiative, 2003. 12. Parker RM, Davis TC, and Williams MV. Patients with limited health literacy. In: Bateman WB, Kramer EJ, eds. Patient and family education in managed care and beyond: seizing the teachable moment. New York, NY: Springer, 1999:63–71.
Misure per le disuguaglianze	La biblioteca pubblica e il museo locale sono servizi forniti sulla base dell'uguaglianza di accesso per tutti, senza distinzione di età, razza, sesso, religione, nazionalità, lingua o condizione sociale.
Trasversalità	Il progetto è intersettoriale in quanto si sviluppa in ambito sanitario, culturale e sociale.
Attività principali	Vedi cronogramma
Rischi e management	<p>Lo scopo del progetto è quello di fare in modo che, anche in Umbria, i luoghi della cultura diventino moltiplicatori di salute in grado di creare benessere e luoghi di incontro e di scambio di conoscenze tra i cittadini e gli operatori socio-sanitari esperti del settore.</p> <p>Naturalmente esistono delle criticità che dovrebbero essere rimosse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pur esistendo una diffusione abbastanza capillare delle biblioteche e dei musei nei Comuni umbri, spesso non sono presenti sufficienti operatori per tenerli aperti tutti i giorni e soprattutto in orari facilmente fruibili; • Per permettere l'accesso ai cittadini alle risorse informative in tema di prevenzione sanitaria e di benessere, occorre personale formato in materia e metterlo in grado di accedere alle principali risorse documentarie, anche attraverso l'implementazione di strumenti informatici e digitali; • In molti casi, anche le criticità sopra esposte potrebbero essere superate da un'efficace adozione di strategie di rete e di messa a sistema di iniziative comuni, basate sulla presenza di operatori appositamente formati che possono ruotare nelle diverse sedi; • Potrebbe verificarsi una non completa partecipazione delle aziende sanitarie; • Potrebbero verificarsi delle difficoltà di coordinamento tra le strutture coinvolte.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
1.8.1 Divulgare ed accedere alla documentazione sullo stato di salute e benessere della popolazione, sui principali determinanti, sugli stili di vita salutari, e su tutto ciò che permette ai cittadini di essere maggiormente consapevoli rispetto ai temi della salute	1.8.1/1 Formazione dei bibliotecari effettuata	/	/	/	Corso realizzato	Corso realizzato	Corso realizzato
	1.8.1/2 Rete delle biblioteche che promuovono salute formalizzata con DGR	/	/	/	DGR adottata	/	/

Cronogramma progetto 1.8 – Muse per Esculapio. La cultura aiuta il ben-essere

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1.8.1 Divulgare ed accedere alla documentazione sullo stato di salute e benessere della popolazione, sui principali determinanti, sugli stili di vita salutari, e su tutto ciò che permette ai cittadini di essere maggiormente consapevoli rispetto ai temi della salute																	
1.8.1.1	Incontrare i bibliotecari e i promotori della salute per la condivisione del progetto	Regione Umbria- Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare e Servizio Musei e Soprintendenza beni librari in collaborazione con CeRSAL Orvieto															
1.8.1.2	Formare i bibliotecari sulla principale documentazione di fonte pubblica inerente i temi della salute e del benessere (es. azioni di prevenzione, fattori di rischio, rapporti stato di salute, siti divulgativi istituzionali ecc..)	Regione Umbria - Servizio Musei e Soprintendenza beni librari															
1.8.1.3	Creare rete biblioteche che promuovono salute	Regione Umbria - Servizio Musei e Soprintendenza beni librari															
1.8.1.4	Organizzare iniziative di promozione del nuovo servizio di informazione	Regione Umbria - Servizio Musei e Soprintendenza beni librari in collaborazione con i Bibliotecari															
1.8.1.5	Realizzare materiale informativo	Regione Umbria - Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare Servizio Musei e Soprintendenza beni librari															
1.8.2 Incontrare gli esperti di settore con la cittadinanza in luoghi pubblici e facilmente accessibili																	
1.8.2.1	Realizzare incontri preliminari con i Bibliotecari e gli operatori culturali per la scelta dei temi e l'individuazione delle proposte	Regione Umbria Servizio Musei e Soprintendenza beni librari e Servizio Prevenzione															
1.8.2.2	Calendarizzare gli incontri	Operatori culturali															
1.8.2.3	Organizzare gli incontri presso i musei	Bibliotecari															
1.8.2.4	Organizzare gli incontri presso le biblioteche	Regione Umbria- Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare Servizio Musei e Soprintendenza beni librari															
1.8.2.5	Realizzare il materiale informativo	Regione Umbria- Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare Servizio Musei e Soprintendenza beni librari															

1.8.3 Organizzare attività culturali che incentivino la creatività e la partecipazione attiva degli over 65																			
1.8.3.1	Incontrare gli operatori culturali per la condivisione del progetto	Regione Umbria- Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare Servizio Musei e Soprintendenza beni librari																	
1.8.3.2	Individuare i temi e formulazione proposte																		
1.8.3.3	Calendarizzare attività																		
1.8.3.4	Organizzare attività	Operatori culturali																	
1.8.3.5	Realizzare il materiale informativo	Regione Umbria- Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare Servizio Musei e Soprintendenza beni librari																	
1.8.4 Sviluppare le competenze per l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, soprattutto a partire dagli over 65.																			
1.8.4.1	Incontrare i bibliotecari e gli operatori culturali per la condivisione degli obiettivi del progetto e la definizione di una strategia operativa comune	Regione Umbria- Servizio Musei e Soprintendenza beni librari in collaborazione con Agenda digitale umbra																	
1.8.4.2	Formare i bibliotecari e operatori culturali alla conoscenza e utilizzo di tecnologie utili ai fini della realizzazione delle attività previste dall'obiettivo specifico																		
1.8.4.3	Calendarizzare attività																		
1.8.4.4	Organizzare iniziative di promozione del servizio	Bibliotecari e operatori culturali																	
1.8.4.5	Organizzare attività specifiche per gli over 65																		
1.8.4.6	Realizzare materiale informativo	Regione Umbria- Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare Servizio Musei e Soprintendenza beni librari in collaborazione con Agenda digitale umbra in collaborazione con Agenda digitale umbra																	

Programma 2. Un invito da non rifiutare

Vision

La scelta di concentrare in un unico programma tutti i progetti volti a migliorare gli interventi di sanità pubblica, per i quali già occupiamo una posizione di tutto rilievo nel panorama italiano nasce dalla consapevolezza che è comunque necessario migliorare la qualità di questi interventi, se si vuole coniugare appropriatezza e risparmio. Per questo nel caso degli screening sia quelli oncologici che quelli neonatali si dovrà lavorare a migliorare il percorso diagnostico del II e III livello, mentre nel caso delle vaccinazioni, sia per l'infanzia che per l'adulto, si dovrà operare per contrastare la tendenza che va diffondendosi di considerare questa pratica di sanità pubblica un intervento inefficace e pericoloso, aumentando le competenze degli operatori sanitari che la attuano.

Il programma pertanto è volto a perseguire i seguenti obiettivi generali:

- Promuovere azioni volte a incrementare l'adesione a tutti e tre i programmi di screening oncologici con particolare attenzione alle fasce disagiate della popolazione.
- Migliorare l'appropriatezza del secondo livello dei programmi di screening oncologico
- Migliorare l'offerta della pratica vaccinale in tutto il territorio regionale, garantendo standard adeguati di sicurezza e qualità, al fine di favorire l'adesione alle vaccinazioni per mantenere elevati livelli di immunizzazione e implementare le coperture vaccinali non ancora ottimali.
- Mettere a punto una proposta di attivazione dello screening per la prevenzione del rischio cardiovascolare, da sperimentare entro l'arco del triennio in almeno due distretti

Il programma intende contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi centrali nazionali: 1.4; 1.7; 1.8; 1.10; 1.11; 1.13; 1.14; 9.7 (riportati per esteso nel quadro logico regionale) attraverso i progetti sotto elencati:

- 2.1 Lo screening per il rischio cardiovascolare: dallo studio di fattibilità alla sperimentazione
- 2.2 La presa in carico della persona positiva ai test di screening oncologici: protocolli diagnostici e percorsi
- 2.3 Migliorare l'offerta vaccinale garantendo standard di sicurezza e qualità

* 3.4 Salute Infanzia 2.0

E' indicato con " * " il progetto "Salute Infanzia 2.0", facente parte del programma 3 "Impariamo a resistere", in quanto contribuisce con alcune attività al raggiungimento di obiettivi propri del programma 2.

Progetto 2.1	Lo screening per il rischio cardiovascolare: dallo studio di fattibilità alla sperimentazione
Descrizione	<p>Le malattie cardiovascolari (MCV) costituiscono uno dei problemi di salute pubblica più importanti, in quanto sono a tutt'oggi la principale causa di mortalità in Europa, con oltre 4.3 milioni di morti nel 2005. Oltre il 40% di queste sono premature in quanto si verificano prima dei 75 anni di età (1.8 milioni) ed il 54% colpisce soggetti di genere femminile. Le forme più comuni di MCV sono la cardiopatia ischemica (CI) e l'ictus, a cui sono attribuibili rispettivamente il 22% (1.9 milioni) ed il 14% (1.2 milioni) del totale dei decessi. La CI è responsabile del 20% di tutte le morti al di sotto dei 75 anni. Nel 2008, in Italia le MCV hanno causato 224.482 morti (di cui il 43,6% uomini), pari al 38,8% del totale dei decessi. L'incidenza di eventi coronarici negli uomini è pari al 6,1 per 1.000 per anno, con la letalità a 28 giorni del 28%, mentre nelle donne è pari all'1,6 per 1.000 per anno con letalità del 25%. L'incidenza di eventi cerebrovascolari negli uomini è pari al 2,7 per 1.000 per anno, mentre nelle donne è pari all'1,2 per 1.000 per anno. Fin dagli anni '60 sono stati identificati i principali fattori di rischio modificabili per le MCV – l'abitudine al fumo, l'elevata pressione arteriosa, l'elevata colesterolemia, l'abuso di alcool, il ridotto introito di frutta e verdura, la sedentarietà ed l'obesità – che sono responsabili da soli di oltre il 60% della totalità di DALY in Europa. Studi epidemiologici hanno però dimostrato la reversibilità di questi rischi e che attraverso la modificazione dei livelli dei fattori di rischio nei singoli individui si ottiene la riduzione degli eventi cardiovascolari nella popolazione.</p> <p>L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha quindi da tempo sottolineato l'importanza della sorveglianza dei fattori di rischio correlati alle principali malattie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, ictus, diabete, tumori e malattie respiratorie) che, soprattutto nei paesi sviluppati però, hanno visto in questi ultimi decenni un forte incremento. In Italia a partire dal 2007 con il Piano Nazionale Guadagnare Salute, il governo italiano ha stabilito la necessità di attivare azioni intersettoriali, a livello nazionale e regionale, con l'obiettivo di intervenire contemporaneamente sui quattro principali fattori di rischio (fumo, alcol, sedentarietà e obesità) e di rendere facile per il cittadino l'adozione di scelte salutari. Qualche anno dopo, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2013, tutte le Regioni italiane hanno programmato azioni e interventi, che in molti casi rispondevano alla logica della "salute in tutte le politiche". Con l'ultimo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, accanto alla promozione della salute, si individua come strategia da perseguire l'identificazione precoce e la valutazione integrata dei soggetti in condizioni di aumentato rischio per MCNT, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico, in grado di potenziare le risorse personali, al fine dell'adozione consapevole di uno stile di vita corretto, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari. In Italia la regione Veneto, ha sperimentato in una azienda sanitaria del suo territorio (la 17 Este), negli anni 2009-2012, la chiamata attiva della popolazione asintomatica, compresa nella fascia di età tra i 45 e i 59 anni, con l'obiettivo principale di valutarne gli stili di vita ed eventualmente indirizzarla verso programmi di promozione della salute, ma anche di individuare soggetti ipertesi e/o iperglicemici da inviare eventualmente al proprio medico di medicina generale. Nello studio del Veneto la popolazione aderente allo screening è stata suddivisa di fatto in tre classi, in base allo stile di vita adottato e alle conseguenze di questo sullo stato di salute. I primi risultati pubblicati nel numero di gennaio-febbraio 2014 di <i>Epidemiologia & Prevenzione</i> hanno evidenziato come abbia aderito circa il 55% della popolazione e tra questi solo il 16,7% dei rispondenti risulta classificabile in classe A (privo di fattori di rischio), mentre la classe C, fondamentale caratterizzata dal nuovo riscontro di ipertensione arteriosa e/o iperglicemia, risulta pari al 25,2% della popolazione rispondente, che viene inviato al MMG. Punti di forza dell'intervento risultano essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il coinvolgimento dei medici di medicina generale sia nella "ripulitura" degli elenchi della popolazione eligibile, da coloro che rispondevano ai criteri di esclusione, sia ovviamente per il rinforzo nei confronti del paziente invitato ad avere uno stile di vita più sano che per la presa

in carico di quelli risultati ipertesi e/o diabetici;

- l'utilizzo della figura dell'assistente sanitaria sia per raccogliere informazioni sullo stile di vita che per il counselling motivazionale;
- la messa a punto di un protocollo semplice.

In Umbria esistono alcune condizioni che renderebbero possibile la attivazione del cosiddetto "IV screening":

- una macchina organizzativa già rodada nella gestione degli screening, a partire dal sistema gestionale unico su scala regionale per gli screening oncologici, fondato su un'anagrafe regionale dinamica;
- la presenza di una rete laboratoristica supportata da un unico sistema informativo, che consente di conoscere i nominativi di coloro che sono stati sottoposti ad accertamenti ematochimici nei 90 gg antecedenti la chiamata;
- un rapporto comunque consolidato con i MMG per la promozione degli screening, ma anche nella medicina di iniziativa, di fatto praticata da circa un 40% dei professionisti, ragione per la quale non si ritiene di avere difficoltà a sviluppare forme di coinvolgimento.

Due criticità vere per il sistema umbro sono invece:

- la pressoché totale assenza della figura dell'assistente sanitaria negli organici delle aziende sanitarie;
- la indisponibilità quasi totale dei Centri di Salute nell'orario mattutino, sia per quanto riguarda gli spazi che per le risorse infermieristiche.

Per le ragioni sopra esposte il gruppo di progettazione partecipata con il quale è stata condivisa l'architettura del progetto, che ha visto la presenza di rappresentanti dei MMG, dei Direttori di Distretto, di cardiologi ospedalieri, delle farmacie e del Laboratorio Unico di Screening, ha riflettuto sulla possibilità di individuare come luogo dove invitare le persone ad effettuare lo screening le farmacie, attraverso la declinazione in uno specifico accordo di quanto previsto dall'art.11 della legge n. 69 del 18/06/2009, che ha fornito il quadro legislativo in base al quale le farmacie possono erogare nuovi servizi nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Tale norma prevede:

- *la erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano*
- *l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui alla lettera d), di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, nei limiti e alle condizioni stabilite con decreto di natura non regolamentare del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi, nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti (vedi D.M. 16.12.2010).*

In applicazione ad una declinazione regionale di tale norma è quindi ipotizzabile suddividere la popolazione eligibile in due gruppi: coloro che hanno effettuato un controllo ematochimico negli ultimi tre mesi verranno invitati a presentarsi presso il Centro di Salute, in un orario non particolarmente affollato, individuato sulla base delle problematiche organizzative dello stesso Centro di Salute; in farmacia (dalle 8 alle 10.30 per esempio) tutti gli altri.

Naturalmente il personale che in farmacia raccoglierà l'anamnesi relativamente ai fattori di rischio, misurerà peso, altezza, circonferenza addominale e valori pressori dovrà essere opportunamente addestrato preventivamente. Ci sono però altri aspetti rispetto ai quali si ritiene debba essere ancora fatta una valutazione approfondita:

- le caratteristiche degli ambienti da dedicare a questa attività nelle farmacie e gli orari migliori per non entrare in contrasto con la normale attività;
- le modalità (dove, chi, quando) con le quali debba essere effettuata la restituzione del

	<p>risultato (in rapporto al livello di rischio: lettera all'interessato e al MMG? Invito al Centro di Salute ?);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ quali e quante attività vadano organizzate a livello territoriale per la presa in carico delle persone con stile di vita non appropriato; ▪ quale debba essere l'intervallo tra primo e secondo round in base alle evidenze scientifiche disponibili e con quale intervallo vadano invitati coloro che appartengono alla fascia A. <p>A queste domande si dovrà rispondere ovviamente prima dell'avvio della sperimentazione in almeno 2 dei distretti (<i>Alto Chiascio e Terni</i>) dei 12 in cui è suddiviso il territorio umbro. Il gruppo che valuterà tali aspetti dovrà essere lo stesso che ha contribuito alla stesura del presente progetto, eventualmente allargato ad altre figure professionali che dovessero rendersi necessarie.</p> <p>Dal punto di vista organizzativo, sebbene la realtà dove si prevede di intervenire sia quella distrettuale, sarà assolutamente necessario utilizzare l'esperienza e la professionalità degli operatori dei due Centri Screening, istituiti nelle due aziende sanitarie a seguito della DGR 366 del 2013 e formalmente collocati nel Dipartimento di Prevenzione. Infine, per poter avviare e concludere la sperimentazione nell'arco di vigenza del Piano e cioè in 6 trimestri (dal IV trimestre 2016 alla fine del I trimestre 2017), lasciando il tempo necessario alla produzione dello studio di fattibilità, si ritiene necessario invitare solo il 50% della popolazione eligibile, attraverso randomizzazione in due bracci (uno per l'alto Chiascio e l'altro per Terni).</p> <p>La sperimentazione sarà quindi propedeutica alla elaborazione dello studio di fattibilità sui costi e gli impegni necessari, nonché alla valutazione di efficacia della attivazione dello screening nella popolazione tra 45 e 59 anni residente in Umbria.</p> <p>Gli obiettivi specifici del presente progetto sono quindi:</p> <p>2.1.1 Sperimentare la attivazione dello screening per il rischio cardiovascolare nel 50% della popolazione sana di età compresa tra 45 e i 59 anni, residente in 2 distretti della regione.</p> <p>2.1.2 Mettere a punto uno studio di fattibilità relativo alla attivazione del cosiddetto "IV screening" o screening per il rischio cardiovascolare nella popolazione sana di età compresa tra 45 e i 59 anni residente in Umbria</p>
Gruppo prioritario	Popolazione residente in Umbria di età compresa tra i 45 e i 59 anni
Setting	Centri di salute e Farmacie di due distretti
Gruppi di interesse	Popolazione residente in Umbria di età compresa tra i 45 e i 59 anni; Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale, Aziende USL dell'Umbria; associazioni rappresentanti delle farmacie pubbliche e private;
Prove di efficacia	In corso di produzione
Misure per le disuguaglianze	A regime come negli screening oncologici anche in questo caso si inviterà il 100% della popolazione eligibile, ma nella fase della sperimentazione potrà essere invitato solo il 50% di tale popolazione.
Trasversalità	Anche questo progetto è stato pensato come decisamente intersettoriale, poiché fondato sulla collaborazione a livello territoriale tra servizio sanitario regionale (Centri di salute dei Distretti prescelti e farmacie che aderiscono)
Attività principali	<p>Accanto alla stipula dell'accordo con le farmacie pubbliche e private convenzionate, condizione <i>sine qua non</i> per la partecipazione delle farmacie alla attività di screening, si dovrà provvedere ad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ individuare la popolazione eligibile ▪ produrre gli strumenti necessari per invitare la popolazione, raccogliere l'anamnesi sugli stili di vita adottati, restituire il risultato a chi ha aderito etc ▪ adeguare il software Demetra e renderlo interoperabile con il portale MMG ▪ organizzare le attività di II livello ▪ formare tutti gli operatori (farmacisti, MMG, operatori dei Centri di Salute etc..) ▪ organizzare la campagna di comunicazione

Rischi e management	Molti aspetti rappresentano un rischio per la concreta realizzazione di questo progetto a partire dall'accordo sulla "farmacia dei servizi". Si ritiene però che possano essere superati almeno per quanto riguarda la realizzazione della fase di sperimentazione, assolutamente necessaria per valutare la effettiva possibilità di implementare il quarto screening su scala regionale.
Sostenibilità	I costi sono legati all'adeguamento del software, alle determinazioni analitiche, all'estensione dell'accordo con Poste, all'accordo con le farmacie e all'attivazione degli ambulatori nutrizionali ove non già esistenti, nonché all'assunzione a tempo determinato di un valutatore con competenze epidemiologiche saranno valutati nello studio di fattibilità

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
2.1.1 Sperimentare la attivazione dello screening per il rischio cardiovascolare nella popolazione sana di età compresa tra 45 e 59 anni, residente in 2 distretti della Regione.	2.1.1/1 Accordo regionale sulla farmacia dei servizi	/	/	Accordo regionale sulla "Farmacia dei Servizi" siglato	/	/	/
	2.1.1/2 Produzione di materiali a supporto alla attivazione dello screening	/	/	/	Materiali a supporto alla attivazione dello screening prodotti	/	
	2.1.1/3 Formazione sulle finalità dello screening e sulle modalità operative	/	/	/	Formazione attivata e completata per l'80 %	/	
	2.1.1/4 Sperimentazione avviata	/	/	/	Sperimentazione avviata nei due distretti	/	/
2.1.2 Mettere a punto uno studio di fattibilità relativo alla attivazione del cosiddetto "IV screening" o screening per il rischio cardiovascolare nella popolazione sana di età compresa tra 45 e i 59 anni residente in Umbria	2.1.2/1 estensione corretta (70% del 50% della popolazione eligibile)	(N. invitati – inviti inesitati)/ popolazione eligibile* *popolazione e bersaglio – esclusi prima dell'invito	/	/	/	Arruolato di almeno il 70% del 50% della popolazione eligibile	/
	2.1.2/2 Studio di fattibilità	/	/	/	/	/	Studio di fattibilità prodotto e risultati valutati

Cronogramma 2.1 - Lo screening per il rischio cardiovascolare: dallo studio di fattibilità alla sperimentazione

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
2.1.1 Sperimentare la attivazione dello screening per il rischio cardiovascolare nella popolazione sana di età compresa tra 45 e i 59 anni, residente in 2 distretti della regione.																	
2.1.1.1	Stipulare accordo regionale su Farmacia dei Servizi e individuazione delle sedi per effettuazione screening	Direzione Salute e Coesione Sociale															
2.1.1.2	Definire requisiti delle farmacie in base a spazi, orari, personale, procedure per attività di supporto, dotazione strumentale	Direzione Salute e Coesione Sociale															
2.1.1.3	Censire le farmacie disponibili	Associazioni delle Farmacie pubbliche e private															
2.1.1.4	Censire le sedi distrettuali in base a spazi, orari, personale, procedure per attività di supporto, dotazione strumentale	Distretti															
2.1.1.5	Individuare la popolazione eligibile sulla base dei criteri di esclusione definiti	Direzione Salute e Coesione Sociale Distretti															
2.1.1.6	Individuare soggetti con glicemia e colesterolo effettuati entro 3 mesi (LIS)	L.U.S															
2.1.1.7	Produrre strumenti di supporto quali: <ul style="list-style-type: none"> ▪ lettera d'invito ▪ lettera di risposta ▪ materiale informativo (cartaceo e non) a supporto dell'avvio dello screening ▪ questionario per la raccolta dell'anamnesi 	Gruppo di progetto															
2.1.1.8	Adeguare il software Demetra per la registrazione dell'anamnesi, dei parametri antropometrici e pressori e la conseguente stratificazione del rischio	Direzione Salute e Coesione Sociale + Software house															
2.1.1.9	Attivare interoperabilità con il portale dei MMG	Direzione Salute e Coesione Sociale + Software house															
2.1.1.10	Organizzare il II livello con:	Distretti															

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ attivazione centri antifumo ▪ organizzazione gruppo di cammino ▪ attivazione ambulatorio nutrizionale 																			
2.1.1.11	Informare e formare tutti gli operatori coinvolti rispetto al significato, alle procedure organizzative e all'utilizzo dello strumento informatico	Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale																		
2.1.1.12	Formare i professionisti farmacisti e il personale dei Centri di Salute coinvolti al counselling breve	ASL																		
2.1.1.13	Avviare la sperimentazione	Distretti e Farmacie coinvolte + LUS + Direzione Salute e Coesione Sociale per attività di supporto																		
2.1.2 Mettere a punto uno studio di fattibilità relativo alla attivazione del cosiddetto "IV screening" o screening per il rischio cardiovascolare nella popolazione sana di età compresa tra 45 e i 59 anni residente in Umbria																				
2.1.2.1	Raccogliere i dati derivanti dalla popolazione aderente e effettuare la valutazione	Direzione Salute e Coesione Sociale per attività di supporto																		
2.1.2.2	Stimare i costi sostenuti	Direzione Salute e Coesione Sociale																		
2.1.2.3	Elaborare lo studio di fattibilità rispetto all'ipotesi di introdurre lo screening per la prevenzione cardiovascolare in tutta la regione.	Direzione Salute e Coesione Sociale																		

Progetto 2.2**La presa in carico della persona positiva ai test di screening oncologici: protocollo diagnostici e percorsi****Descrizione**

Nella nostra regione sono stati attivati tutti i programmi di screening indicati come efficaci: lo screening per la prevenzione del tumore della mammella rivolto alle donne tra i 50 e i 69 anni, quello per la prevenzione del tumore della cervice uterina rivolto alle donne tra i 25 e i 64 anni e quello per la prevenzione del tumore del colon retto rivolto a donne e uomini tra i 50 e i 74 anni.

I primi due screening sono stati avviati nel periodo 1997-2000, mentre il terzo è partito nel secondo semestre del 2006.

L'Umbria effettua il monitoraggio dei propri programmi essenzialmente attraverso i dati contenuti nel database dello screening, gestito dal software Demetra unico per tutta la regione, basato sull'anagrafica dinamica e regionale. I dati vengono inviati periodicamente all'Osservatorio Nazionale Screening (ONS). La rilevazione effettuata per la survey nazionale ONS 2014 e riguardante l'attività svolta nel 2013 mostra che i programmi di screening umbri riescono a raggiungere con l'invito la quasi totalità della popolazione bersaglio e che la quota di popolazione aderente agli screening risulta buona, se confrontata col dato medio nazionale e con gli standard.

Relativamente allo screening mammografico nel 2013 (ultimo anno del 7° round) sono state invitate circa 65.000 donne tra i 50 e i 69 anni; il 62% di queste (circa 37.000 donne) ha aderito all'invito effettuando una mammografia di screening. Complessivamente nel 2013 sono stati identificati, attraverso lo screening, 120 tumori maligni.

Per lo screening cervicale nel 2013 sono state invitate circa 67000 donne tra i 25 e i 64 anni e di queste il 56% ha aderito all'invito (circa 36000 donne).

Per lo screening colorettales nel 2013 sono state invitate circa 116000 persone (uomini e donne) tra i 50 e i 74 anni e di queste più di 53000 hanno aderito all'invito (adesione del 48% circa). Sono stati identificati 83 carcinomi del colon retto e 274 adenomi avanzati.

Nonostante una discreta performance di tutti e tre gli screening, il riordino istituzionale del Servizio Sanitario Regionale avvenuto con la Legge Regionale n. 18 del 12 novembre 2012 "Ordinamento del servizio sanitario regionale", che ha accorpato le Aziende USL della regione, passando da 6 aziende a 4 (2 Aziende Sanitarie e 2 Aziende Ospedaliere), ha evidenziato disomogeneità nell'applicazione dei protocolli diagnostici regionali e nei percorsi di presa in carico della persona con diagnosi di probabile carcinoma, dovuti in parte anche all'avvicinarsi dei professionisti.

Relativamente allo screening cervicale, il passaggio allo screening con HPV test primario per le donne tra i 35 e i 64 anni avvenuto tra il 2013 e il 2014, nonostante il grosso sforzo sia organizzativo che formativo, lascia ancora aperte alcune importanti questioni, rappresentate innanzitutto dalla applicazione concreta di protocolli diagnostici condivisi e dalla mancanza di percorsi diagnostico-terapeutici definiti.

Con l'occasione della stesura del PRP 2014-2018 è stato, pertanto, attivato un percorso di progettazione partecipata con tutti i professionisti che a vario titolo operano negli screening, con l'obiettivo di condividere le modalità e i tempi attraverso i quali rendere più omogenea la presa in carico della persona che risulta positiva al test di screening. Il lavoro fatto con i gruppi per ognuno dei tre programmi di screening ha confermato le difformità già conosciute nell'applicazione dei protocolli e nei percorsi utilizzati ed ha anche fatto emergere alcune criticità nell'informazione e nella comunicazione, sia nella fase dell'invito che nei riguardi della persona risultata positiva al test di screening, come riportato negli alberi dei problemi rappresentati in calce. Tali criticità sono da attribuirsi in parte anche al fatto che i MMG non sempre svolgono un counseling corretto e adeguato. In particolare va sottolineato come il tema della comunicazione, affrontato necessariamente in occasione del passaggio dal Pap-test all'HPV come test primario, non sia stato adeguatamente preso in considerazione per lo screening mammografico, soprattutto per quanto riguarda la fase del trattamento della donna con sospetto di positività per carcinoma della mammella.

Il risultato che si intende raggiungere con questo progetto nell'arco del prossimo triennio è, quindi,

	<p>quello di ottenere una maggiore appropriatezza nei percorsi di tutti e tre gli screening, con ricadute positive in termini di guadagno di salute per le persone che aderiscono e, nel tempo, anche in un incremento della partecipazione ai programmi stessi.</p> <p>Con il progetto, pertanto, si intende raggiungere per ciascuno dei tre screening i seguenti obiettivi specifici:</p> <p>2.2.1 uniformare i protocolli diagnostici per il passaggio dal primo al secondo livello prevedendo confronti periodici interdisciplinari, tra ciascun gruppo di professionisti che partecipano agli screening;</p> <p>2.2.2 definire e adottare su scala regionale in maniera standardizzata i percorsi per il passaggio dal secondo al terzo livello;</p> <p>2.2.3 migliorare le performances dei singoli screening aziendali attraverso la attivazione di percorsi di audit almeno per il primo livello di due screening (mammografico e cervicale) finalizzati alla verifica dell'applicazione dei protocolli e alla valutazione delle performances di alcune categorie di professionisti;</p> <p>2.2.4 migliorare le competenze dei MMG rispetto ai percorsi diagnostico-terapeutici a partire dalla diagnosi di positività nello screening mammografico e nello screening cervicale;</p> <p>2.2.5 migliorare la gestione della comunicazione con il cittadino nell'ambito del percorso di screening anche attraverso la revisione delle modalità e degli strumenti attualmente in uso (lettere di invito, referti in caso di test positivo, etc.).</p> <p>I suddetti obiettivi non verranno perseguiti parallelamente per ciascuno dei tre screening, non solo per ragione di oggettiva difficoltà, ma anche a causa della necessità di contemperare alcune urgenze con condizioni di sviluppo oggettivo (vedi la acquisizione che dovrebbe avvenire a breve di un software unico per i gastroenterologi) non ancora definite.</p> <p>Alcuni di questi obiettivi non possono prescindere dallo sviluppo del sistema informativo unico degli screening, che rappresenta l'obiettivo di un progetto ad hoc nel programma di back office "Conoscere per decidere"; alcune delle attività previste da quest'ultimo progetto sono evidenziate qui con un asterisco e inserite solo per dare continuità e senso logico al processo programmatico.</p> <p>Contestualmente, come previsto dalla DGR 366/2013, si intende avviare un processo di "funzionalizzazione" di tutti i professionisti che operano in seno allo screening, in una logica di appartenenza al percorso screening piuttosto che alle singole realtà aziendali, finalizzato all'introduzione del controllo di qualità in previsione di un percorso di accreditamento istituzionale dei programmi di screening.</p>
Gruppo prioritario	<ul style="list-style-type: none"> • Donne tra 50 e 69 anni (da quest'anno l'invito verrà esteso anche alle donne in fascia 70 -74, che aderiscono all'ultimo round tradizionale) che effettuano una mammografia di screening su invito e hanno una diagnosi di sospetto di positività; • Donne tra i 25 e i 64 anni che effettuano un test di screening (Pap-test o HPV test) per la prevenzione del carcinoma cervicale; • Popolazione tra i 50 e i 74 anni con test di screening per la ricerca di sangue occulto nelle feci (FOBT) positivo.
Setting	<p>Centri screening, servizi di senologia, di endoscopia digestiva, di colposcopia, di anatomia patologica, di chirurgia, di oncologia, breast unit, ambulatori MMG, distretti, consultori, Laboratorio Unico di Screening, associazioni di volontariato.</p>
Gruppi di interesse	<p>Il progetto interessa la popolazione bersaglio dei programmi di screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donne tra 50 e 69 anni (da quest'anno l'invito verrà esteso anche alle donne in fascia 70 -74, che aderiscono all'ultimo round tradizionale) che effettuano una mammografia di screening su invito e hanno una diagnosi di sospetto di positività; • Donne tra i 25 e i 64 anni che effettuano un test di screening (Pap-test o HPV test) per la prevenzione del carcinoma cervicale; • Popolazione tra i 50 e i 74 anni con test di screening per la ricerca di sangue occulto nelle feci (FOBT) positivo. <p>Inoltre, tutti i professionisti coinvolti a vario titolo nel percorso di screening (referenti organizzativi</p>

	e epidemiologici dei programmi di screening, TSRM, radiologi, gastroenterologi, ostetriche, ginecologi, patologi, chirurghi, oncologi, etc.) in qualità di operatori ed, infine, una serie di figure professionali quali MMG, psicologi e associazioni di volontariato che potremmo definire “sostenitori” in quanto possono svolgere un ruolo importante nel percorso di screening di informazione e orientamento della persona con diagnosi di probabile carcinoma.
Misure per le disuguaglianze	Rendere i servizi più “accessibili” attraverso una diversa organizzazione degli orari di apertura. Migliorare la gestione della comunicazione con i cittadini nell’ambito del percorso di screening, con particolare attenzione alle fasce di popolazione considerate “fragili” (stranieri, etc.).
Trasversalità	Il coinvolgimento delle associazioni di volontariato (terzo settore) è molto importante nella realizzazione delle attività previste e nel processo di sensibilizzazione perché da un lato favorisce la diffusione di un messaggio corretto alla popolazione target, dall’altro consente di instaurare rapporti che possono aiutare nel miglioramento delle attività.
Attività principali	<p>Nel periodo 2015 - prima metà del 2016 si concentreranno le attività finalizzate a mettere a punto i protocolli e i percorsi relativi a screening mammografico e a screening cervicale, attraverso il lavoro di confronto con e tra i professionisti e le attività finalizzate alla formazione degli operatori che operano negli screening, compresi i MMG. Nella seconda parte del 2016 e per tutto il 2017 saranno applicati i protocolli e i percorsi definiti mentre a partire dalla prima metà del 2016 verranno messe a punto le checklist per la valutazione dell’applicazione dei protocolli nel primo livello degli screening mammografico e cervicale. A questo proposito si precisa che si intende costituire un gruppo di “visitors” su scala regionale, che dovrà supportare il livello regionale. Tale attività “prototipale” rende necessario da un lato integrare i tavoli regione-professionisti con rappresentanti di professionalità che finora non sono state coinvolte, nello specifico i tecnici di radiologia e le ostetriche, dall’altro effettuare una breve formazione sui meccanismi e sui significati degli audit. A partire dall’ultimo trimestre del 2016 si intendono avviare gli interventi di supervisione.</p> <p>Per la prevenzione del carcinoma della mammella particolare attenzione sarà posta nell’organizzazione del percorso di presa in carico della donna con diagnosi di malignità, anche in relazione alle Linee di indirizzo per la rete dei Centri di senologia approvate dal Ministero della Salute. Sempre in funzione dell’ottimizzazione dei percorsi si rivedranno anche le modalità di prenotazione per patologia della mammella anche nelle fasce non interessate dallo screening.</p> <p>Per quanto riguarda lo screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto, sarà posta particolare attenzione alla fase di passaggio dal primo al secondo livello: si sottoporrà alla persona che risulta positiva al test di screening, oltre al referto con l’esito di positività anche il foglio informativo per la colonscopia e le modalità per la preparazione, in modo da fornire a tutti i cittadini un’informazione standardizzata e completa e che faciliti un’adesione “consapevole” all’approfondimento. Si prevede anche di garantire al cittadino un percorso predefinito e automatizzato di accesso alla colonscopia attraverso la comunicazione dell’appuntamento nel referto positivo. Per tutti programmi di screening si prevede di mettere in campo delle attività di coinvolgimento dei MMG attraverso incontri periodici (una volta l’anno) con le équipes territoriali organizzati dai responsabili aziendali dei programmi di screening per discutere sui dati di processo e le criticità, informare su eventuali innovazioni, etc.</p> <p>Infine, per quanto riguarda le associazioni di volontariato, sarà necessario effettuare una selezione dei possibili soggetti da coinvolgere, secondo criteri che tengano conto delle specificità delle varie associazioni e delle criticità locali che possono ostacolare la diffusione dei programmi di screening.</p> <p>La collaborazione con i diversi stakeholders, inoltre, sarà formalizzata attraverso accordi e protocolli di intesa, per ottenere una maggiore efficacia delle azioni intraprese e un consolidamento dei rapporti in previsione di iniziative future. Inoltre, le associazioni di volontariato che hanno partecipato alla realizzazione delle attività saranno coinvolte nelle iniziative di diffusione dei risultati.</p>
Rischi e management	I rischi connessi alla realizzazione del presente progetto sono collegati proprio alla numerosità dei portatori di interesse coinvolti, intendendo con questa espressione proprio e specificamente le

	diverse professionalità che sostengono il complicato processo dello screening, a partire dall'invito per finire al trattamento della persona risultata positiva.
Sostenibilità	Non ci sono costi particolari da sostenere, al contrario l'adozione concreta dei diversi protocolli può determinare un notevole risparmio oltre che ovviamente una riduzione dei costi immateriali.

Tabella degli indicatori

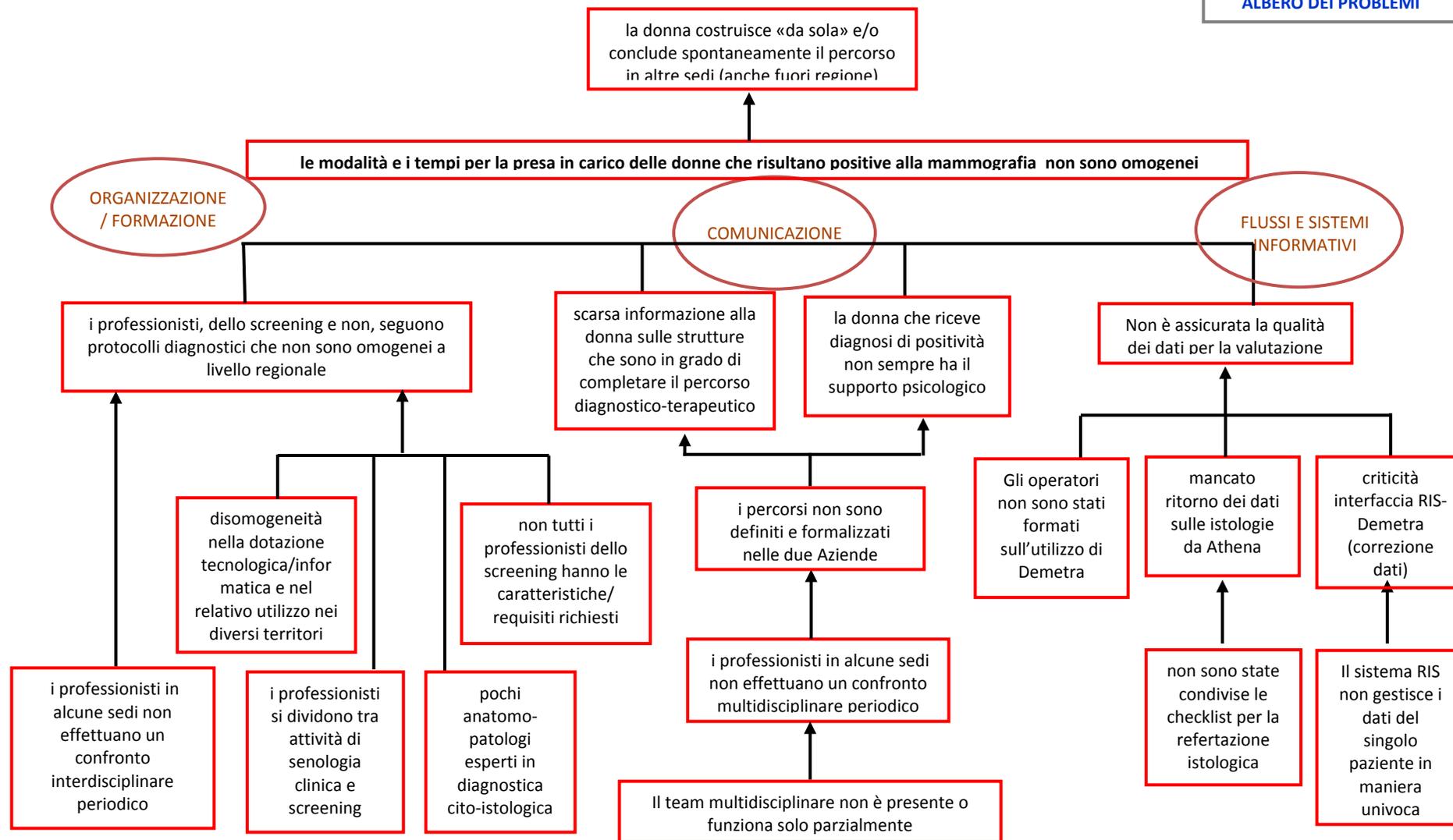
Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
2.2.1 Uniformare i protocolli diagnostici per il passaggio dal primo al secondo livello	2.2.1/1 Protocolli diagnostici condivisi	/	/	/	Documenti deliberati	/	/
	2.2.1/2 % operatori screening formati	/	/	/	100%	/	/
	2.2.1/3 % checklist revisionate	/	/	/	/	/	100%
2.2.2 Definire e adottare su scala regionale in maniera standardizzata i percorsi per il passaggio dal secondo al terzo livello	2.2.2/1 % di donne che effettuano l'intervento chirurgico entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento	/	/	/	/	60%	80%
2.2.3 Migliorare le performances degli screening aziendali attraverso la attivazione di percorsi di audit almeno per il primo livello di due screening (mammografico e cervicale)	2.2.3/1 Checklist per audit	/	/	/	Checklist condivisa	/	/
	2.2.3/2 Gruppo visitors	/	/	/	Gruppo costituito	/	/
	2.2.3/3 % centri di primo livello sottoposti ad audit	/	/	/	/	20% dei consultori Almeno 1 centro di senologia	30% dei consultori Almeno 1 centro di senologia
2.2.4 Migliorare le competenze dei MMG rispetto ai percorsi diagnostico-terapeutici a partire dalla diagnosi di positività nello screening mammografico e nello screening cervicale	2.2.4/1 % MMG formati	/	/	/	80%	/	/
	2.2.4/2 % équipes territoriali MMG coinvolte nelle riunioni annuali	/	/	/	/	40%	40%
2.2.5 Migliorare la gestione della comunicazione con il cittadino nell'ambito del percorso di screening	2.2.5/1 Ridefinizione materiali comunicativi	/	/	/	Materiali realizzati per lo screening mammografico	Materiali realizzati per lo screening cervicale	/

Cronogramma 2.2 - La presa in carico della persona positiva ai test di screening oncologici: protocollo diagnostici e percorsi

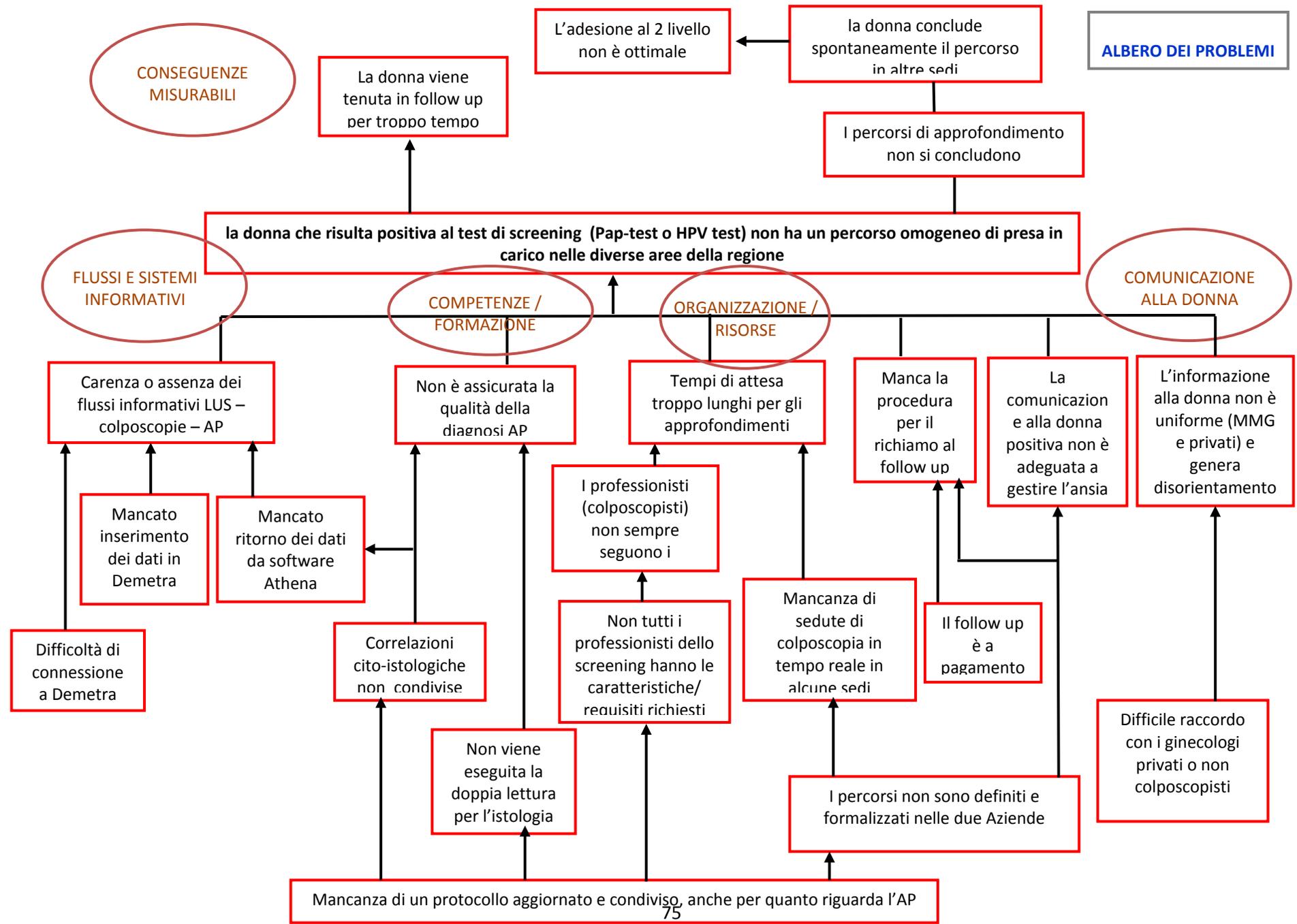
Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
2.2.1 Uniformare i protocolli diagnostici per il passaggio dal primo al secondo livello																	
2.2.1.1	Definire protocolli diagnostici e checklist per la refertazione istologica del carcinoma della mammella e della cervice uterina	Gruppi di progetto															
2.2.1.2	Condividere con tutti i professionisti i protocolli definiti	Regione (Servizio Prevenzione)															
2.2.1.3	Condividere con tutti gli anatomo-patologi le checklist individuate	Regione (Servizio Prevenzione)															
2.2.1.4	Redigere i documenti (e delibere regionali)	Regione (Servizio Prevenzione)															
2.2.1.5	Formare operatori dello screening sui nuovi protocolli (ostetriche, ginecologi, citologi, patologi, radiologi, TSRM) e su utilizzo software Demetra	Regione (Servizio Prevenzione)															
2.2.1.6	Definire indicazioni per l'adeguamento del software Demetra ai protocolli e alle checklist individuati	Regione (Servizio Prevenzione)/Gruppi di progetto															
2.2.1.7 *	Adeguare software Demetra ai protocolli e alle checklist individuati	Aziende Sanitarie/Software house															
2.2.1.8 *	Attivare l'interfaccia Demetra-Athena per il passaggio dei dati riguardanti la diagnosi istologica per carcinoma della mammella e carcinoma della cervice uterina	Aziende Sanitarie/Software house															
2.2.1.9	Applicare i protocolli	Aziende Sanitarie															
2.2.1.10	Valutare applicazione dei protocolli	Regione (Servizio Prevenzione)															
2.2.1.11	Rivedere le checklist utilizzate per i tre programmi di screening	Gruppo di patologi															
2.2.2 Definire e adottare su scala regionale in maniera standardizzata i percorsi per il passaggio dal secondo al terzo livello																	

2.2.2.1	Attivare gruppi per l'individuazione dei percorsi di presa in carico dello screening mammografico e dello screening cervicale	Regione (Servizio Prevenzione)																
2.2.2.2	Definire modalità per la presa in carico appropriata in base alla diagnosi di secondo livello dello screening mammografico e dello screening cervicale	Regione (Servizio Prevenzione)/ Aziende Sanitarie																
2.2.2.3	Applicare i percorsi della presa in carico dello screening mammografico e dello screening cervicale	Aziende Sanitarie																
2.2.2.4	Verificare l'applicazione dei percorsi della presa in carico dello screening mammografico e dello screening cervicale	Regione (Servizio Prevenzione)/ Aziende Sanitarie																
2.2.2.5	Definire il carico di lavoro delle endoscopie per la predisposizione delle agende dedicate per le colonscopie di approfondimento e di follow up	Gruppo di progetto su colon retto																
2.2.2.6	Predisporre agende dedicate per le colonscopie di approfondimento e di follow up	Regione (Servizio Prevenzione/Servizio Sistema Informativo)																
2.2.2.7 *	Attivare procedura automatizzata CUP per colonscopie di approfondimento e follow up	Aziende Sanitarie/ Software house																
2.2.2.8	Dare indicazioni per attivare l'invito a follow-up dal software Demetra	Regione (Servizio Prevenzione)/referenti screening																
2.2.2.9 *	Attivare l'invito a follow-up dal software Demetra	Aziende Sanitarie/ Software house																
2.2.2.10	Rivedere i RAO per patologia della mammella e del colon	Regione (Servizio Prevenzione/ Servizio Sistema Informativo)																
2.2.3 Migliorare le performances degli screening aziendali attraverso l'attivazione di percorsi di audit almeno per il primo livello di due screening (mammografico e cervicale)																		
2.2.3.1	Costruire checklist per verificare applicazione protocolli	Regione (Servizio Prevenzione)/gruppi progetto																

2.2.3.2	Individuare e formare gruppo di "visitors"	Regione (Servizio Prevenzione)																		
2.2.3.3	Avviare gli audit nelle strutture che effettuano il primo livello	Regione (Servizio Prevenzione)/gruppo "visitors"																		
2.2.4 Migliorare le competenze dei MMG rispetto ai percorsi diagnostico-terapeutici a partire dalla diagnosi di positività nello screening mammografico e nello screening cervicale																				
2.2.4.1	Definire il pacchetto per la formazione del MMG (nuovi protocolli, materiali informativi screening colon retto, percorsi)	Regione (Servizio Prevenzione)																		
2.2.4.2	Formare i MMG	Regione (Servizio Prevenzione)																		
2.2.4.3	Organizzare occasioni periodiche di incontro con le équipes di MMG	Responsabili screening aziendali																		
2.2.5 Migliorare la gestione della comunicazione con il cittadino nell'ambito del percorso di screening																				
2.2.5.1	Identificare un modello unico di informativa per la colonscopia di approfondimento e per le preparazioni consigliate	Gruppo di progetto su colon retto																		
2.2.5.2	Individuare gruppo di lavoro per uniformare le modalità di richiamo della persona positiva e rivedere le modalità e gli strumenti di comunicazione	Regione (Servizio Prevenzione)																		
2.2.5.3	Analizzare la letteratura sul tema della comunicazione negli screening	Gruppo di lavoro																		
2.2.5.4	Produrre documento con indicazioni su modalità e materiali per la comunicazione e su strumenti per la valutazione	Gruppo di lavoro																		
2.2.5.5	Realizzare i nuovi materiali di comunicazione per lo screening mammografico	Regione (Servizio Prevenzione)																		
2.2.5.6	Revisionare i materiali di comunicazione per lo screening cervicale	Regione (Servizio Prevenzione)																		
2.2.5.7	Valutare il gradimento/efficacia dei materiali	Regione (Servizio Prevenzione)																		



ALBERO DEI PROBLEMI



Mancanza di un protocollo aggiornato e condiviso, anche per quanto riguarda l'AP

Descrizione

Il macro obiettivo n. 9 del PNP 2014-2018 di cui all'intesa del 13 novembre 2014 "Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie" prevede diversi interventi: informazione, educazione, immunizzazione attiva, profilassi degli esposti, tempestività e qualità delle diagnosi, appropriatezza trattamenti, monitoraggio esiti ed eventi avversi. Le vaccinazioni rappresentano, per alcune malattie trasmissibili, l'intervento di prevenzione più efficace riuscendo, in alcuni casi, anche a modificarne l'andamento epidemiologico; questo risultato si raggiunge però solo se il numero di soggetti vaccinati in una comunità supera una determinata proporzione costruendo una barriera naturale alla circolazione del patogeno e tale da proteggere indirettamente i suscettibili "dispersi" all'interno della comunità degli immuni.

Obiettivo generale del presente progetto è mantenere, qualora siano stati già raggiunti, i livelli di copertura vaccinale previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, e di aumentare le coperture per le vaccinazioni che ancora non soddisfano gli obiettivi del PNPV 2012-2014.

Sebbene infatti i risultati raggiunti in Umbria nell'immunizzazione dei nuovi nati sono superiori alla media nazionale, si cominciano a registrare lievi flessioni delle coperture e, per alcune vaccinazioni, come per quelle contro MPR, meningococco, pneumococco e HPV, non sono ancora stati raggiunti i livelli di copertura previsti dal PNPV.

Per questo si è ritenuto opportuno analizzare le criticità ancora presenti e alla luce di queste sono state individuate le principali strategie da perseguire, che sono da considerarsi quindi **obiettivi specifici** del progetto:

- 2.3.1 Migliorare la gestione delle diverse fasi del processo vaccinale a livello dei CDS (Centri di Salute) attraverso la valutazione dell'applicazione delle linee di indirizzo per la qualità dei servizi vaccinali ed una eventuale implementazione delle stesse;
- 2.3.2 Avviare l'attività di audit nei Centri di Salute;
- 2.3.3 Adeguare il sistema informativo, rendendolo interoperabile con quelli dello screening cervicale e delle malattie infettive per disporre, a livello locale e regionale, di tutte le informazioni necessarie alla gestione e alla valutazione dell'attività vaccinale, nonché alla realizzazione di uno screening "tailored";
- 2.3.4 Aggiornare il protocollo regionale delle vaccinazioni;
- 2.3.5 Coinvolgere i professionisti del territorio (in particolare i PLS) attraverso la condivisione delle coperture raggiunte e delle eventuali azioni di recupero, affinché svolgano a pieno il proprio ruolo per la promozione delle vaccinazioni garantendo informazioni corrette ed omogenee;
- 2.3.6 Mettere a disposizione delle famiglie dei nuovi nati materiali informativi (cartacei e informatizzati) sulle vaccinazioni dell'infanzia.

Migliorare la qualità complessiva del Servizio

Nella consapevolezza che una buona organizzazione dei Servizi Vaccinali, assieme ad un'elevata competenza dei professionisti che vi operano, ne rappresenta il "biglietto da visita", si ritiene indispensabile far sì che gli operatori sanitari posseggano da un lato competenze adeguate e dall'altro strumenti utili per svolgere al meglio il proprio lavoro, sentendosi contemporaneamente "sicuri" del proprio operato.

Importante per il mantenimento di una costante adesione all'invito è quindi garantire un continuo monitoraggio della qualità del servizio offerto, in termini di rispondenza delle linee di indirizzo regionali emanate nel 2007. L'applicazione delle linee di indirizzo presuppone infatti la definizione, ove necessario, di procedure scritte e condivise in tutte le sedi vaccinali e un costante monitoraggio interno ed esterno (allargato ai PLS, ai MMG, ecc.) delle stesse, da realizzare attraverso audit nei centri di salute e riunioni periodiche di equipe per verificare le attività e risolvere le criticità.

Tutto ciò si rende particolarmente necessario, dopo il processo di riorganizzazione delle attività avviato con la DGR 960/2012 e dopo l'accorpamento delle Aziende USL, per garantire standard qualitativi elevati e totale omogeneità.

Si prevede anche l'aggiornamento del Protocollo regionale delle vaccinazioni, approvato nel 2008, alla luce dei nuovi vaccini a disposizione e delle evidenze scientifiche più aggiornate e dare ulteriori indicazioni operative alle Az. USL.

Quindi sarà necessario anche formare il personale dei Centri di Salute dedicato alle vaccinazioni sulle novità in ambito vaccinale e sugli obiettivi regionali da raggiungere.

Implementare/ adeguare l'anagrafe vaccinale unica informatizzata

È ormai da considerarsi indispensabile la disponibilità di una adeguata anagrafe vaccinale e di un sistema informativo efficiente (strumenti identificati come necessari dal PNPV) sia per rispondere ai debiti informativi richiesti dal livello nazionale, sia per poter effettuare un continuo monitoraggio delle attività per sede vaccinale, Comune, Distretto, Pediatra di Libera Scelta, al fine di individuare le situazioni che necessitano di maggiore attenzione e di strategie dedicate.

I precedenti Piani Nazionali di Prevenzione avevano previsto la realizzazione di un'anagrafe vaccinale informatizzata e il Progetto Mattoni del Ministero della Salute, già dal 2007, ha indicato un tracciato record standardizzato in grado di costituire il nucleo di un nuovo sistema di valutazione dei dati di attività e di performance delle vaccinazioni in Italia. Inoltre il Ministero della Salute richiede annualmente alle regioni la compilazione di un modulo riassuntivo sulle coperture vaccinali con dati aggregati, come indicatore di efficienza del sistema vaccinale.

Un altro elemento fondamentale per la sostenibilità del sistema di vaccinazione nazionale è la verifica precisa e puntuale dell'eventuale insorgenza di eventi indesiderati in seguito alla somministrazione di vaccini, del ruolo della vaccinazione e/o dei fattori di rischio (tipo di prodotto, età alla somministrazione, condizioni di salute concomitanti, cosomministrazioni di più vaccini, anamnesi patologica, ecc.): per questo l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) effettua il monitoraggio e la valutazione delle segnalazioni spontanee di reazioni avverse (ADR) ai vaccini in commercio mediante la Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF). L'interpretazione di dati raccolti attraverso la RNF può essere tuttavia difficoltosa a causa della mancanza di dati relativi ai denominatori da utilizzare, alle notizie sulle somministrazioni, alle informazioni sui vaccinati.

L'anagrafe vaccinale utilizzata in Umbria ormai da diversi anni (collegata all'anagrafe sanitaria, che risente di un notevole ritardo di aggiornamento dei residenti da parte dei Comuni) e l'utilizzo di un software unico, permettono attualmente la stampa di inviti personalizzati per le vaccinazioni, la registrazione delle somministrazioni, l'elaborazione delle coperture per coorti, la conoscenza di alcune motivazioni della mancata vaccinazione di ogni bambino e l'invio delle informazioni sulle mancate vaccinazioni ai PLS.

Il sistema informativo e il software dedicato presentano tuttavia delle esigenze di adeguamento legate alla:

- necessità di poter inserire nell'attuale tracciato record ulteriori campi relativi ai dati sulla somministrazione (corretto intervallo di tempo tra le dosi, co-somministrazione di diversi vaccini, sedi di somministrazione, orari, ecc.), così come richiesto anche dal Ministero Salute e dall' AIFA;
- difformità ancora esistenti nei diversi territori (rispetto ai tempi di invio degli inviti, alla gestione dei casi "sospesi" ecc.);
- mancanza di schede anamnestiche informatizzate, nonché disponibilità di dati, in particolare per alcune tipologie di vaccino, sui i pazienti con condizioni di rischio;
- interoperabilità con il sistema informativo dello screening cervicale e con il sistema di sorveglianza delle malattie infettive.

Promuovere l'adesione consapevole alle vaccinazioni tramite l'azione sinergica dei diversi operatori sanitari

Le vaccinazioni, come è noto, sono vittime della loro stessa efficacia che, di fatto causa una ridotta percezione della minaccia data dalla scarsa circolazione degli agenti infettivi e all'enfasi mediatica sugli eventi avversi temporaneamente collegati alle vaccinazioni: è indispensabile pertanto agire informando correttamente la popolazione non solo attraverso la comunicazione "istituzionale" (campagne informative promosse da Ministero Salute, Regioni, USL), ma anche soprattutto attraverso gli operatori sanitari che entrano a contatto con le famiglie dei nuovi nati.

	<p>Il primo passo per capire come promuovere l'adesione è cercare di comprendere e valutare quali siano le informazioni in possesso dei genitori che utilizzano sempre più frequentemente i social network, leggono sui giornali articoli che spesso usano titoli "ambigui" o evidentemente "inesatti" per esaltare le notizie, seguono servizi televisivi non sempre obiettivi ed imparziali.</p> <p>Solo lo "specialista" delle vaccinazioni può aiutare il comune cittadino a capire se sta ricevendo informazioni inesatte o errate, mettendo a disposizione un'informazione indipendente, trasparente, completa, aggiornata e tempestiva.</p> <p>Gli operatori dei servizi vaccinali, i PLS e i MMG hanno quindi una grandissima responsabilità e, di conseguenza, uno degli obiettivi da raggiungere entro i prossimi tre anni sarà quello di migliorare conoscenze e competenze professionali in materia e contestualmente le capacità di comunicazione degli operatori sanitari.</p> <p>Un ulteriore passaggio sarà quindi quello migliorare le relazioni tra i Servizi Vaccinali, i Servizi Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dei DIP e tutti gli operatori sanitari che incontrano le famiglie dei nuovi nati, a partire dalle ostetriche che incontrano le donne in diverse occasioni (durante i corsi di preparazione al parto, nel supporto alle neomamme, durante gli accessi per gli screening), per arrivare a i Pediatri, al fine di garantire omogeneità e completezza dei messaggi, nel rispetto delle specifiche competenze.</p> <p>E' prevista inoltre la riproduzione di materiali cartacei aggiornati da inviare alle famiglie insieme agli inviti per le vaccinazioni dei nuovi nati e da mettere a disposizione nei servizi vaccinali e negli ambulatori dei pediatri, oltre che informazioni e materiali già presenti nei siti delle Az. USL e della Regione.</p> <p>Inoltre, considerato che le persone immigrate, soprattutto le più giovani, fanno grande uso dei dispositivi mobili, attraverso una implementazione della specifica applicazione destinata agli stranieri, sarà possibile dare ulteriori informazioni anche nelle lingue delle comunità straniere più rappresentate (vedi Progetto 5.7 "Una APP per amica").</p>						
Gruppo prioritario	Popolazione generale, nuovi nati, adolescenti, categorie/gruppi a rischio.						
Setting	Distretti, Centri di Salute (Servizi vaccinali, consultori) Servizi ISP						
Gruppi di interesse	<p>Popolazione generale, nuovi nati, adolescenti, categorie/gruppi a rischio.</p> <p>Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare della Direzione regionale Salute e Coesione Sociale</p> <p>Aziende USL: SISP, Distretti/Centri di salute, Consultori</p> <p>Operatori servizi vaccinali, Ostetriche, PLS, MMG.</p>						
Prove di efficacia	<p>Le azioni di comprovata efficacia per migliorare l'adesione alle vaccinazioni da parte della popolazione sono state oggetto di raccomandazioni da parte del CDC (Morbidity and Mortality Eekly Report - vol 60- 28/01/2011) e sono di seguito sintetizzate.</p> <table border="1" data-bbox="359 1512 1444 1926"> <tr> <td data-bbox="359 1512 742 1646">Azioni fortemente raccomandate</td> <td data-bbox="742 1512 1444 1646"> Gratuità delle vaccinazioni Chiamata attiva e solleciti a chi non si presenta Molteplici interventi compresa l'educazione </td> </tr> <tr> <td data-bbox="359 1646 742 1848">Azioni raccomandate</td> <td data-bbox="742 1646 1444 1848"> Ampliamento dell'accesso alle strutture sanitarie associate ad altri interventi Visite a domicilio, ricerca di popolazioni difficili da raggiungere Requisito per l'ingresso a scuole, collegi, comunità fantili </td> </tr> <tr> <td data-bbox="359 1848 742 1926">Azioni con insufficienti evidenze</td> <td data-bbox="742 1848 1444 1926"> Incentivi o sanzioni Solo interventi di educazione o informazione </td> </tr> </table>	Azioni fortemente raccomandate	Gratuità delle vaccinazioni Chiamata attiva e solleciti a chi non si presenta Molteplici interventi compresa l'educazione	Azioni raccomandate	Ampliamento dell'accesso alle strutture sanitarie associate ad altri interventi Visite a domicilio, ricerca di popolazioni difficili da raggiungere Requisito per l'ingresso a scuole, collegi, comunità fantili	Azioni con insufficienti evidenze	Incentivi o sanzioni Solo interventi di educazione o informazione
Azioni fortemente raccomandate	Gratuità delle vaccinazioni Chiamata attiva e solleciti a chi non si presenta Molteplici interventi compresa l'educazione						
Azioni raccomandate	Ampliamento dell'accesso alle strutture sanitarie associate ad altri interventi Visite a domicilio, ricerca di popolazioni difficili da raggiungere Requisito per l'ingresso a scuole, collegi, comunità fantili						
Azioni con insufficienti evidenze	Incentivi o sanzioni Solo interventi di educazione o informazione						
Misure per le disuguaglianze	La valutazione periodica delle coperture raggiunte a livello di CDS e di Distretto sarà utilizzata per evidenziare eventuali gruppi di popolazione più difficilmente raggiungibili e quindi permetterà di attivare interventi specifici a livello locale.						

	L'implementazione dei contenuti relativi alle vaccinazioni dell'infanzia presenti nella specifica applicazione per dispositivi mobili permetterà di dare informazioni, tradotte in diverse lingue, anche agli stranieri presenti sul territorio regionale.
Trasversalità	Sviluppo dei rapporti di collaborazione fra Servizi Vaccinali, i PLS, i MMG, operatori dei Consultori
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiornare le linee di indirizzo regionali • Costruire una check-list per la verifica della qualità nella gestione delle fasi dell'attività vaccinale • Predisporre l'aggiornamento del Protocollo Regionale delle Vaccinazioni con la Commissione Regionale Vaccini • Deliberare il nuovo Protocollo regionale delle Vaccinazioni • Formare il personale dei Centri di Salute dedicato alle vaccinazioni sulle novità in ambito vaccinale e sugli obiettivi regionali • Identificare un potenziale gruppo di supervisori da formare per l'effettuazione di "audit" • Stendere un programma di "audit" sull'attività vaccinale e presentazione dello stesso ai Direttori Sanitari • Avviare l'attività di "audit" presso i CDS (4 CDS nel 2017 e 4 nel 2018) • Definire gli attuali bisogni informativi rispetto all'attività vaccinale rivolta ai nuovi nati e alle categorie a rischio per l'influenza • Predisporre uno studio di fattibilità rispetto all'aggiornamento dell'attuale software o alla sua completa sostituzione • Mettere a disposizione il nuovo Software per la sperimentazione • Formare gli operatori dei servizi vaccinali e i MMG sull'utilizzo del/dei software • Validare e attivare il nuovo software su tutto il territorio regionale • Individuare un format per report sulle coperture vaccinali a livello di Distretto e di USL • Predisporre report, da utilizzare in incontri semestrali con PLS e operatori del consultori, per la valutazione delle coperture vaccinali nell'infanzia e per mettere a punto eventuali azioni di recupero • Valutare annualmente le coperture vaccinali nell'infanzia e nelle categorie a rischio contro l'influenza con la Commissione Vaccini e le Az. USL • Implementare e riprodurre gli opuscoli già utilizzati dal 2013 nei Servizi vaccinali e dai PLS e inseriti nei siti della Regione, delle Az. USL e implementare le schede dei primi tre bilanci di salute effettuati dai pediatri • Implementare i contenuti relativi alle vaccinazioni dell'infanzia presenti nella specifica Applicazione per dispositivi mobili destinata agli stranieri • Rendere disponibili i materiali informativi prodotti
Rischi e management	Turn-over degli operatori / Aggiornamento anagrafi comunali
Sostenibilità	L'applicazione delle linee di indirizzo regionali e l'avvio del sistema di Audit garantiscono un continuo approfondimento sulle procedure in uso e quindi un miglioramento della qualità complessiva del servizio

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
2.3.1 Migliorare la gestione delle diverse fasi del processo vaccinale a livello dei CDS attraverso la valutazione dell'applicazione delle linee di indirizzo per la qualità dei servizi vaccinali ed una eventuale implementazione delle stesse	2.3.1/1 Linee di indirizzo regionali aggiornate	/	DGR 962/2007	DGR nuove linee di indirizzo approvata	/	/	/
	2.3.1/2 Numero di sedute di audit/anno per struttura coinvolta, secondo le tempistiche stabilite	N. sedute audit realizzate/ n. sedute audit previste (4 ogni anno)	/	/	/	100%	100%
2.3.2 Aggiornare il Protocollo regionale delle vaccinazioni	2.3.2/1 Protocollo regionale aggiornato	/	/	/	DGR approvata	/	/
2.3.3 Disporre, a livello locale e regionale, di tutte le informazioni necessarie alla gestione e alla valutazione dell'attività vaccinale	2.3.3/1 Sperimentazione del nuovo sw	N. sedi vaccinali che utilizzano il nuovo sistema informativo/ tutte le sedi vaccinali	/	/	/	60%	/
	2.3.3/2 Nuovo software validato e a regime	N. sedi vaccinali che utilizzano il nuovo sistema informativo/ tutte le sedi vaccinali	/	/	/	/	95%
2.3.4 Coinvolgere i professionisti del territorio condividendo la valutazione delle coperture vaccinali e le eventuali azioni di recupero, affinché svolgano a pieno il proprio ruolo per la promozione delle vaccinazioni garantendo informazioni corrette, omogenee e controllate	2.3.4/1 Coperture vaccinali per l'infanzia e delle categorie a rischio contro l'influenza	N. soggetti vaccinati/N. soggetti residenti (Al 31.12 dell'anno in esame, per ciascuna vaccinazione e nelle coorti previste per le vaccinazioni dell'infanzia)	Coperture al 31.12.2013 (coorte 2011) POL3 97,1% DPP3 96,7% Ep.B3 96,6% Hib3 96,6% MPR 1° 93% Pneumo3 94,8% MeningoC 89,5% MPR 2° (coorte 2006) 92,85% (coorte 2007) 79,21% MeningoC (coorte 2000) 70,71% Polio (coorte 2006) 95,74%	Mantenute ove superiori allo standard o comunque tendenzialmente in incremento verso lo standard nazionale al 2018	Mantenute e ove superiori allo standard o comunque tendenzialmente in incremento verso lo standard nazionale al 2018	Mantenute e ove superiori allo standard o comunque tendenzialmente in incremento verso lo standard nazionale al 2018	Standard nazionali al 2018

			DTP (coorte 2006) 95,26% HPV al 30.06.2014 (coorte 2000) 79,6% (coorte 2001) 78,4% Copertura Antinfluenzale 31.12.2014 Coorte _{≥ 65} 60,61%				
2.3.6 Mettere a disposizione delle famiglie dei nuovi nati materiali informativi (cartacei e informatizzati) sulle vaccinazioni dell'infanzia	2.3.6/1 Materiali informativi sulle vaccinazioni prodotti e disponibili	/	/	/	Materiali disponibili per le famiglie dei nuovi nati	/	/

Cronogramma 2.3 - Migliorare l'offerta vaccinale garantendo standard di sicurezza e qualità

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
2.3.1 Migliorare la gestione delle diverse fasi del processo vaccinale a livello dei CDS attraverso la valutazione dell'applicazione delle linee di indirizzo per la qualità dei servizi vaccinali ed una eventuale implementazione delle stesse																	
2.3.1.1	Aggiornare le linee di indirizzo regionali	Regione - Servizio Prevenzione / rappresentanti Distretti e SISP	■	■													
2.3.1.2	Costruire una check-list per la verifica della qualità nella gestione delle fasi dell'attività vaccinale	Regione - Servizio Prevenzione / rappresentanti Distretti e SISP			■	■											
2.3.2 Aggiornare il Protocollo regionale delle vaccinazioni																	
2.3.2.1	Predisporre l'aggiornamento del Protocollo Regionale delle Vaccinazioni con la Commissione Regionale Vaccini	Regione - Servizio Prevenzione / Commissione Vaccini			■	■											
2.3.2.2	Deliberare il nuovo Protocollo regionale delle Vaccinazioni	Regione				■											
2.3.2.3	Formare il personale dei Centri di Salute dedicato alle vaccinazioni sulle novità in ambito vaccinale e sugli obiettivi regionali	CDS /Distretto/SISP					■	■					■	■			
2.3.3 Avviare l'attività di audit nei Centri di Salute																	
2.3.3.1	Identificare un potenziale gruppo di supervisori da formare per l'effettuazione di "audit"	Regione- Servizio Prevenzione /SISP/ Distretti	■														
2.3.3.2	Formare i supervisori individuati	Regione		■	■												
2.3.3.3	Stendere un programma di "audit" sull'attività vaccinale e presentazione ai Direttori Sanitari	Regione- Servizio Prevenzione/SISP/ Distretti					■	■									
2.3.3.4	Avviare l'attività di "audit" presso i CDS (4 CDS nel 2017 e 4 nel 2018)	Regione- Servizio Prevenzione /Distretti							■	■	■	■	■	■	■	■	■
2.3.4 Adeguare il sistema informativo per disporre, a livello locale e regionale, di tutte le informazioni necessarie alla gestione e alla valutazione dell'attività vaccinale																	
2.3.4.1	Definire gli attuali bisogni informativi rispetto all'attività vaccinale rivolta ai nuovi nati e alle categorie a rischio per	Regione- Servizio Prevenzione /SISP/ Distretti-	■	■													

	l'influenza	CDS/																	
2.3.4.2	Predisporre uno studio di fattibilità rispetto all'aggiornamento dell'attuale software o alla sua completa sostituzione	Software-house																	
2.3.4.3	Mettere a disposizione il nuovo Software per la sperimentazione	Software-house Distretti																	
2.3.4.4	Formare gli operatori dei servizi vaccinali e i MMG sull'utilizzo del/dei software	Software-house/Distretti																	
2.3.4.5	Validare e attivare il nuovo software su tutto il territorio regionale	Regione- Servizio Prevenzione Distretti																	
2.3.5 Coinvolgere i professionisti del territorio condividendo la valutazione delle coperture vaccinali e le eventuali azioni di recupero, affinché svolgano a pieno il proprio ruolo per la promozione delle vaccinazioni garantendo informazioni corrette ed omogenee																			
2.3.5.1	Individuare un format per report sulle coperture vaccinali a livello di Distretto e di USL	SISP/Distretti																	
2.3.5.2	Predisporre report, da utilizzare in incontri semestrali con PLS e operatori del consultori, per la valutazione delle coperture vaccinali nell'infanzia e per mettere a punto eventuali azioni di recupero	SISP																	
2.3.5.3	Valutare annualmente le coperture vaccinali nell'infanzia e nelle categorie a rischio contro l'influenza con la Commissione Vaccini e le Az. USL	Regione- Servizio Prevenzione																	
2.3.6 Mettere a disposizione delle famiglie dei nuovi nati materiali informativi (cartacei e informatizzati) sulle vaccinazioni dell'infanzia																			
2.3.6.1	Implementare e riprodurre gli opuscoli già utilizzati dal 2013 nei Servizi vaccinali e dai PLS e inseriti nei siti della Regione, delle Az. USL e implementare le schede dei primi bilanci di salute effettuati dai pediatri	Regione Servizio Prevenzione / Servizi ISP																	
2.3.6.2	Implementare i contenuti relativi alle vaccinazioni dell'infanzia nella specifica Applicazione per dispositivi mobili destinata agli stranieri (v. Progetto: Una APP per amica)	Regione - Servizi della Direzione salute e coesione sociale																	
2.3.6.3	Rendere disponibili i materiali informativi prodotti	Regione Servizio Prevenzione																	

Programma 3. Impariamo a resistere

Vision

Se si cerca in Wikipedia la parola “resilienza” si trova la seguente definizione: “è la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita di fronte alle difficoltà, di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità positive che la vita offre, senza perdere l’umanità”. Questa capacità può essere appresa e riguarda prima di tutto la qualità degli ambienti di vita, in particolare i contesti educativi, che debbono saper promuovere l’acquisizione di comportamenti resilienti. Inseguendo tale suggestione, a questo programma, interamente volto a promuovere il benessere del bambino e dell’adolescente, abbiamo dato il titolo “impariamo a resistere”. Sappiamo infatti dalla letteratura che nel nostro Paese gli adolescenti in condizioni di disagio rappresentano il 7-8% della popolazione giovanile e che, ancora una volta, le attuali condizioni socio-economiche delle famiglie italiane si stanno traducendo in una difficoltà crescente nelle relazioni dentro e fuori di esse. D’altra parte sappiamo anche come stia aumentando tra i giovani in Italia la percentuale di adolescenti che iniziano la sessualità in età precoce (entro i 14 anni) senza possedere informazioni sufficienti e competenze adeguati. La letteratura peraltro segnala da anni come la precocità sessuale si accompagni all’assunzione di comportamenti a rischio e sia un fenomeno diffuso soprattutto tra gli adolescenti più fragili. Molte sono peraltro le esperienze che, in questi anni, si sono sviluppate nei diversi contesti educativi della regione, con l’obiettivo di far crescere nei giovani e giovanissimi la capacità di affrontare le molteplici sfide e i mille “pericoli” di fronte ai quali vengono ogni giorno posti, puntando spesso sulla formazione tra pari da un lato e su un costante processo di sensibilizzazione degli insegnanti dall’altro. Con questo programma si intende quindi mettere in campo più progetti con l’obiettivo di trasformare queste esperienze in azioni efficaci e continuative, realizzate prevalentemente nei contesti scolastici in tutto l’arco dell’apprendimento (dai 3 ai 18 anni), che favoriscano

- Il processo di costruzione dell’identità individuale e lo sviluppo delle competenze personali e relazionali (life skills) fin dalle età più precoci, attraverso percorsi di educazione socio affettiva attivati nelle scuole dell’infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado;
- la prevenzione dell’utilizzo di sostanze psicoattive quali fumo, alcol e cannabis attraverso il programma Unplugged, applicato nelle scuole secondarie di primo grado;
- la promozione di stili di vita salutari attraverso la metodologia della peer education, nelle scuole secondarie di secondo grado

Proprio nella logica della diffusione delle best practices la realizzazione dei progetti qui inseriti saranno accompagnati da un poderoso sforzo formativo, che vedrà il coinvolgimento degli operatori socio-sanitari delle reti per la promozione della salute, con l’obiettivo di uniformare metodologie e contenuti, accanto ai docenti delle scuole dei diversi ordini e gradi, che dovranno essere raggiunte, per condividere fin dall’inizio l’approccio più efficace.

Consapevoli infine che il primo contesto educativo è però rappresentato dalla famiglia e che in talune realtà sociali proprio in seno alle famiglie crescono conflitti e disagi, che possono talora sfociare in comportamenti devianti, si è scelto di lavorare per il sostegno alla genitorialità nell’ambito del “Programma Donna” e di sviluppare invece all’interno di “Impariamo a resistere” un progetto per diffondere su scala regionale le best practice sperimentate con i progetti P.I.P.P.I. e P.I.U.M.A. volto a garantire un approccio integrato e multidisciplinare nei confronti del bambino abusato.

Il programma, in sintesi, è volto a perseguire il seguente obiettivo generale:

- Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione e contenere i fattori di rischio, al fine di promuovere lo sviluppo armonico della persona in tutte le fasi della crescita, sviluppare la capacità di riconoscere i comportamenti a potenziale rischio e resistere ai fattori di “aggressione” esterni.

Il programma intende contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi centrali nazionali: 1.3; 3.1; 3.2; 4.1 (riportati per esteso nel quadro logico regionale) attraverso i progetti di seguito elencati:

- 3.1 Pensiamo positivo - Attivare potenzialità e percorsi positivi nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado
- 3.2 Unplugged Umbria
- 3.3 Progetto PIPPI
- 3.4 Salute Infanzia 2.0
- 3.5 YAPS –Young And Peer School
- 3.6 Progetto PIUMA
- 3.7 La bellezza e i suoi desideri: mondo giovanile e nuovi linguaggi
- 3.8 L'importanza di chiamarsi genitori
- 3.9 Forte chi legge! Diversi modi di leggere per il benessere degli adolescenti.
- 3.10 Non avere paura: un percorso psicologico per preparare i bambini alla RMN senza sedazione

* 7.6 Spazio ai giovani: tra reale e virtuale

E' indicato con " * " il progetto "Spazio ai giovani: tra reale e virtuale", facente parte del programma 3 "ComuniCare", in quanto contribuisce con alcune attività al raggiungimento di obiettivi propri del programma 7.

I PROGETTI

Progetto 3.1	Pensiamo positivo – Attivare potenzialità e percorsi positivi nelle scuole dell’infanzia, primarie e secondarie di primo grado
Descrizione	<p>Promuovere lo sviluppo armonico dell’individuo e supportare il processo di costruzione della sua identità, facilitando la realizzazione delle sue potenzialità e il contenimento dei fattori di vulnerabilità, sostenendo i momenti di transizione e le fasi di maggiore impegno emotivo e relazionale, è il primo obiettivo, trasversale, delle attività di promozione della salute in età infantile ed adolescenziale. Lavorare verso questo obiettivo comporta la costruzione di un intervento d’insieme che si dispiega, con metodologie adeguate, attraverso il succedersi delle diverse fasi della crescita e che trova i suoi maggiori alleati negli adulti di riferimento che affiancano il bambino/ragazzo e nel gruppo entro il quale egli sviluppa le proprie relazioni tra pari.</p> <p>Il percorso complessivo di promozione della salute che dovrà essere sviluppato nelle scuole comprende tre progetti: questo progetto, che costituisce il primo approccio poiché è rivolto alla fascia delle scuole dell’infanzia e delle scuole primarie, fino alle secondarie di primo grado; il progetto Unplugged, rivolto alle scuole secondarie di primo grado e centrato in maniera specifica sul consumo di sostanze psicoattive; infine, il progetto YAPS, rivolto alle secondarie di secondo grado.</p> <p>Questo progetto individua nell’educazione socio affettiva una metodologia idonea a sostenere lo sviluppo delle competenze relazionali, comunicative e sociali (life skills) dei bambini e dei ragazzi; è un metodo ampiamente sperimentato e verificato scientificamente sia nei paesi anglosassoni che in Italia (v. Francescato, Putton, Cudini, 1986).</p> <p>Le “life skills” comprendono quelle competenze sociali e relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi, agli altri e alla comunità; l’OMS ha individuato un nucleo fondamentale di abilità psicosociali, come senso critico, decision making, problem solving, creatività, comunicazione efficace, relazioni interpersonali, autocoscienza, empatia, gestione delle emozioni, gestione dello stress.</p> <p>L’educazione socio affettiva è rivolta, con adeguati adattamenti, ai bambini/ragazzi dai 3 ai 13 anni; questo metodo viene concretamente applicato nella quotidianità delle attività scolastiche da insegnanti formati, con il supporto di operatori sociosanitari. Parallelamente, viene promosso il coinvolgimento dei genitori.</p> <p>In Umbria sono state sviluppate diverse esperienze con questo approccio, in particolare nel territorio del Ternano e del Trasimeno, dove gli interventi (a partire dal distretto di Narni-Amelia) sono in corso ormai da parecchi anni, associati alla graduale costruzione di un sistema di relazioni positive con le scuole, secondo il modello della “Rete delle scuole che promuovono benessere”. Negli anni scorsi, la partecipazione a progetti nazionali del Ministero della Salute – CCM ha peraltro introdotto ulteriori elementi di stimolo e di evoluzione, anche attraverso il confronto con realtà extra regionali.</p> <p>Il progetto intende partire da questa esperienza territoriale specifica non solo per la validità del metodo utilizzato, ma anche per la sistematicità dell’intervento complessivo di promozione della salute realizzato nei contesti scolastici, con l’obiettivo di diffondere nel resto del territorio regionale un modello di intervento valutato come efficace.</p> <p>Partire dalle valutazioni derivate da questa esperienza, consente da un lato di mettere a fuoco in maniera più precisa gli obiettivi verso cui indirizzare l’azione progettuale regionale e gli ostacoli prevedibili, dall’altro di delineare un processo di disseminazione basato sulla condivisione ed il confronto di realtà diverse, attraverso un percorso di ambito regionale, che, peraltro, traduce in forma strutturata una tendenza che si è già attivata spontaneamente tra gli operatori.</p> <p>Breve descrizione dell’educazione socio affettiva</p> <p>L’educazione socio-affettiva trae i suoi presupposti teorici dalla psicologia umanistica di Rogers e Maslow e dalle metodologie di Gordon; è una metodologia sperimentata sia a livello internazionale</p>

sia a livello nazionale, che vuole *“educare il bambino alla salute e al benessere fisico, psichico e relazionale, all’interno della società in cui si vive e si agisce”* (Francescato et al, 1986).

Ha l’obiettivo di promuovere tra gli studenti lo sviluppo di alcune competenze e capacità psicologiche, in modo che essi diventino capaci di affrontare meglio i problemi legati alla vita scolastica e familiare, andando più a fondo nella conoscenza e comprensione di se stessi e delle proprie interazioni con gli altri. Incrementa la creatività nella risoluzione dei problemi, nella presa di decisioni, nella *“pensabilità positiva”* e promuove la consapevolezza che il gruppo può essere il luogo dove sperimentare valori ed esperienze positive. Il sentirsi un individuo unico, facente parte di un gruppo che insieme a lui si evolve, permette di soddisfare i bisogni di sicurezza, di appartenenza e di fiducia.

Le scuole, infatti, sono un luogo sociale e l’apprendimento è un processo sociale. Gli studenti non imparano da soli, ma in collaborazione con i loro insegnanti, in compagnia dei loro coetanei e con il sostegno delle loro famiglie. È quindi fondamentale che la Scuola, accanto alla sua funzione culturale, adotti una strategia tale per cui i bambini e gli adolescenti possano sviluppare capacità relazionali, meglio affrontare i problemi della loro vita scolastica e familiare, siano più capaci di capire se stessi e le proprie interazioni con gli altri, al fine di prevenire il disadattamento di alcuni e di promuovere il benessere psicofisico di tutti.

L’educazione socio affettiva viene applicata nelle classi dagli insegnanti, preventivamente formati; essi assumono un ruolo di facilitatori che esprimono nella quotidianità della relazione che si instaura tra docente ed allievo.

I docenti-facilitatori partecipano ad un training formativo iniziale e ad una formazione periodica (supervisione); da questo passaggio, si genera un processo a cascata, in quanto le persone formate diventano a loro volta formatori, in un processo di empowerment che via via si irradia non solo nell’ambito scolastico, ma potenzialmente verso tutta la comunità locale. L’insegnante che attua l’educazione socio affettiva amplia e arricchisce la propria professionalità poiché integra l’aspetto che riguarda l’elaborazione e la produzione di cultura con l’aspetto emozionale e sociale.

Nella letteratura internazionale una vasta gamma di prove scientifiche indica che gli interventi finalizzati allo sviluppo dei giovani apportano maggiori benefici quando simultaneamente vengono potenziate le risorse personali e sociali degli studenti e migliorata la qualità degli ambienti in cui gli studenti sono istruiti (Appleton & Eccles, 2002; Weissberg & Greenberg, 1998).

Obiettivo generale del progetto

Diffondere il metodo dell’educazione socio affettiva nelle scuole dell’infanzia, primarie e secondarie di primo grado di tutto il territorio regionale, quale strumento per sviluppare le competenze relazionali, comunicative e sociali (life skills) dei bambini e dei ragazzi e per migliorare il clima relazionale nelle classi.

Obiettivi specifici

- 3.1.1 Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la *“Rete delle scuole che promuovono benessere”*.
- 3.1.2 Costituire un gruppo di lavoro, di livello regionale, composto da operatori afferenti alle Reti aziendali dei servizi di promozione della salute. Mettere a punto un pacchetto formativo sulla metodologia dell’educazione socio affettiva.
- 3.1.3 Formare gli insegnanti all’utilizzazione della metodologia dell’educazione socio affettiva e programmare in maniera partecipata l’organizzazione degli interventi nelle scuole dell’infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado.
- 3.1.4 Implementare nelle scuole dell’infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado, interventi di promozione delle life skills con il metodo dell’educazione socio affettiva.

Gruppo prioritario	Bambini e ragazzi delle scuole dell’infanzia, primarie e secondarie di primo grado (3-13 anni).
Setting	Scuola
Gruppi di interesse	Bambini e ragazzi di 3-13 anni. Insegnanti, operatori sociosanitari, genitori.

	<p><i>Reti aziendali della promozione della salute. Tavoli distrettuali della promozione della salute.</i> Direzione regionale, Direzioni ASL, Ufficio scolastico regionale, Direzioni scolastiche, Direzioni distretti sanitari.</p>
Prove di efficacia	<p>L'educazione socio affettiva è un metodo per lo sviluppo delle competenze relazionali, comunicative e sociali (life skills) dei bambini e dei ragazzi, ampiamente sperimentato e verificato scientificamente sia nei paesi anglosassoni che in Italia (Francescato, Putton, Cudini, 1986).</p> <p>Riferimenti bibliografici</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appleton, J. A. & Eccles, J., (Eds.). (2002). <i>Community programs to promote youth development</i>. Washington, DC: National Academy Press. Appleton (2002) - Bertini M., Braibanti P., Gagliardi M.P. (2006), <i>Il modello Skills for Life 11-14 anni. La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola</i>, Franco Angeli, Milano - Francescato D., Putton A., Cudini S. (1986), <i>Stare bene insieme a scuola</i>, Carocci, Roma - Francescato D, Tomai M, Ghirelli G (2002), <i>Fondamenti di psicologia di comunità</i>, Carocci, Roma
Misure per le disuguaglianze	<p>La diffusione delle attività formative e delle conseguenti realizzazioni operative è programmata in modo da garantire uniformità nell'insieme del territorio regionale, e allo stesso tempo presenza capillare nei territori.</p>
Trasversalità	<p>Il progetto è intersettoriale, oltre alla Regione coinvolge in via prioritaria le ASL, la scuola, i genitori degli alunni.</p> <p>Si avvale positivamente, inoltre, di reti di supporto locali costituite dalle istituzioni territoriali, ed in particolare dai Comuni, oltre che da associazioni ed altre risorse informali presenti nei territori.</p>
Attività principali	<p>Azioni relative ai singoli obiettivi specifici</p> <p>3.1.1.1. Predisporre ed adottare un Protocollo di collaborazione tra la Regione e l'Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute nelle scuole di ogni ordine e grado.</p> <p><i>Il Protocollo di collaborazione includerà, oltre alle azioni previste da questo progetto, tutti gli interventi che il Piano rivolge al contesto scolastico</i></p> <p>3.1.1.2 Adottare in ciascuna Azienda USL Protocolli di collaborazione di livello distrettuale con gli istituti scolastici presenti nel territorio</p> <p><i>I Protocolli dovranno essere stipulati per il primo anno in almeno il 30% dei distretti sanitari di ciascuna Azienda USL; per il secondo anno, in almeno il 60%; per il terzo anno, nel 100% dei distretti.</i></p> <p>3.1.2.1 Costituire un gruppo di lavoro di ambito regionale, con il compito di coordinare e supportare la realizzazione del progetto in tutto il territorio regionale, composto da operatori rappresentativi dei servizi che fanno parte delle reti per la promozione della salute.</p> <p><i>Il Gruppo avrà i medesimi compiti riguardo all'insieme dei progetti di promozione della salute rivolti al contesto scolastico.</i></p> <p>3.1.2.2 Predisporre un pacchetto formativo per l'introduzione della metodologia dell'educazione socio affettiva nelle scuole.</p> <p>3.1.3.1. Programmare con le scuole incluse nei Protocolli di collaborazione la formazione degli insegnanti del successivo anno scolastico (POF)</p> <p>3.1.3.2. Realizzare percorsi formativi e di programmazione partecipata con gli insegnanti, applicando il pacchetto formativo specificamente predisposto.</p> <p><i>La formazione coinvolgerà gli insegnanti delle scuole incluse nei Protocolli di collaborazione siglati a livello dei Distretti sanitari delle Aziende USL, secondo la progressione definita per la stipula dei Protocolli (v. azione 3.1.1.2).</i></p> <p>3.1.4. Realizzare interventi di promozione della salute con il metodo dell'educazione socio affettiva nelle scuole dell'infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado, secondo la programmazione condivisa.</p> <p><i>Gli interventi sono condotti nella scuola dagli insegnanti, nell'ambito delle attività didattiche abituali. Saranno realizzati almeno nel 50% delle scuole incluse nei Protocolli di collaborazione siglati a livello dei distretti sanitari delle Aziende USL, secondo la progressione definita per la</i></p>

	<p><i>stipula dei Protocolli (v. azione 3.1.1.2).</i></p> <p>3.1.4.2 Attuare interventi di consulenza e supervisione periodica degli insegnanti.</p> <p><i>Gli operatori sociosanitari delle Reti della promozione della salute garantiscono attività di consulenza e supervisione periodica, su richiesta degli insegnanti referenti (funzioni strumentali).</i></p>
Rischi e management	<p>Sono individuati i seguenti rischi principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'eventualità di uno scarso o inefficace coinvolgimento delle scuole, che minerebbe alla base la possibilità di porre in atto il progetto; - l'eventuale frammentarietà degli interventi, che si tradurrebbe in una scarsa efficacia del progetto. <p>L'attività di promozione della salute rivolta ai bambini e agli adolescenti richiede, ancor più di quella indirizzata agli adulti, continuità nel tempo, stabilità, appropriatezza e coerenza dell'insieme degli interventi, pena l'inefficacia sostanziale degli interventi stessi e quindi il dispendio inutile di risorse. Assume un rilievo fondamentale, pertanto, la qualità organizzativa della struttura cui è affidato il coordinamento degli interventi, ed in special modo la qualità dei rapporti stabiliti con i Comuni e, in modo specifico, con la scuola.</p> <p>Gli indirizzi regionali (ed in particolare le disposizioni adottate con la DGR n. 805/2014) e i conseguenti atti formali delle direzioni aziendali sono pienamente rivolti alla costruzione e al consolidamento di un sistema di intervento coordinato ed organico, impostato sull'intersectorialità, basato sulla costituzione in ciascuna ASL della "Rete aziendale dei servizi per la promozione della salute". Tuttavia, è al livello locale che si collocano in maniera più precisa sia la lettura dettagliata dei bisogni e delle risorse del territorio, sia la possibilità di instaurare e mantenere specifiche sinergie intersectoriali, in particolare con i Comuni e con la scuola (considerato anche il largo margine di autonomia che compete alle direzioni di istituto scolastico).</p> <p>Pertanto, per contrastare il rischio di un insufficiente coinvolgimento della scuola e di realizzazioni discontinue e disomogenee nel territorio, si intende realizzare, nel corso di attuazione del Piano, un monitoraggio costante dell'applicazione della DGR n. 805/2014, "Linee di indirizzo per la costituzione delle Reti aziendali dei Servizi per la promozione della salute", con particolare focalizzazione sulle articolazioni organizzative di livello distrettuale (Tavoli di coordinamento distrettuale) e sul livello di integrazione intersectoriale posto in essere, in particolare con i Comuni e, in maniera specifica, con la scuola.</p> <p>Sul versante della scuola, si intende consolidare i rapporti di collaborazione già in atto, attraverso Protocolli formali, a cascata dal livello regionale a quelli locali, ed un rapporto sostanziale e costante con l'Ufficio scolastico regionale.</p> <p>Sono inoltre da prevedere a livello locale leggeri scostamenti dalla tempistica e dalle modalità di attuazione degli interventi predefiniti, in relazione ad esigenze specifiche degli istituti scolastici.</p>
Sostenibilità	<p>Il piano di attuazione del progetto prevede una gradualità delle realizzazioni, anche in termini di diffusione territoriale, con l'obiettivo di sostenerne la fattibilità.</p>

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
3.1.1 Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la "Rete delle scuole che promuovono benessere".	3.1.1/1 Protocollo di collaborazione tra la Regione e l'Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute	/	/	/	Protocollo siglato	/	/
	3.1.1/2 Protocolli di collaborazione tra la ASL (distretti sanitari) e gli istituti scolastici	N. protocolli adottati / n. distretti	/	/	30% distretti	60% distretti	100% distretti
3.1.3 Formare gli insegnanti all'utilizzazione della metodologia dell'educazione socio affettiva e programmare in maniera partecipata l'organizzazione degli interventi nelle scuole dell'infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado	3.1.3/1 Scuole dell'infanzia e primarie partecipanti ai corsi sull'educazione socio affettiva	n. scuole infanzia e primarie partecipanti ai corsi/n. incluse nei protocolli	/	/	/	75%	75%
3.1.4 Implementare nelle scuole dell'infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado, interventi di promozione delle life skills con il metodo dell'educazione socio affettiva	3.1.4/1 Scuole dell'infanzia e primarie che attuano gli interventi	n. scuole infanzia e primarie che attuano gli interventi/n. incluse nei protocolli	/	/	/	50%	50%

Cronogramma 3.1 - Pensiamo positivo: attivare potenzialità e percorsi positivi nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado.

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
3.1.1 Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la “Rete delle scuole che promuovono benessere”.																	
3.1.1.1	Predisporre ed adottare un Protocollo di collaborazione tra la Regione e l'Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute nelle scuole di ogni ordine e grado	Regione – Ufficio scolastico regionale															
3.1.1.2	Adottare in ciascuna Azienda USL Protocolli di collaborazione di livello distrettuale con gli istituti scolastici presenti nel territorio	ASL, Reti dei servizi di promozione della salute, Distretti sanitari, Istituti scolastici															
3.1.2. Costituire un gruppo di lavoro, di livello regionale, composto da operatori delle Reti aziendali di promozione della salute. Mettere a punto un pacchetto formativo sulla metodologia dell'educazione socio affettiva.																	
3.1.2.1	Costituire un gruppo di lavoro di ambito regionale, con il compito di coordinare e supportare la realizzazione del progetto in tutto il territorio regionale, composto da operatori rappresentativi dei servizi che fanno parte delle reti per la promozione della salute	Regione, ASL, Reti dei servizi di promozione della salute															
3.1.2.2	Predisporre un pacchetto formativo per l'introduzione della metodologia dell'educazione socio affettiva nelle scuole	Regione, gruppo di lavoro regionale (operatori ASL individuati)															
3.1.3 Formare gli insegnanti all'utilizzazione della metodologia dell'educazione socio affettiva e programmare in maniera partecipata l'organizzazione degli interventi nelle scuole dell'infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado																	
3.1.3.1	Programmare con le scuole incluse nei Protocolli di collaborazione la formazione degli insegnanti del successivo anno scolastico (POF)	ASL, Reti promozione della salute, Direzioni scolastiche															

3.1.3.2	Realizzare percorsi formativi e di programmazione partecipata con gli insegnanti, applicando il pacchetto formativo specificamente predisposto	Regione, Villa Umbra, Centri di formazione delle ASL, operatori gruppo di lavoro regionale																
3.1.4. Implementare nelle scuole dell'infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado, interventi di promozione delle life skills con il metodo dell'educazione socio affettiva																		
3.1.4.1	Realizzare interventi di promozione della salute con il metodo dell'educazione socio affettiva nelle scuole dell'infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado, secondo la programmazione condivisa	Insegnanti																
3.1.4.2	Attuare interventi di consulenza e supervisione periodica degli insegnanti	Operatori delle Reti dei servizi di promozione della salute delle ASL																

Progetto 3.2 Unplugged Umbria

Descrizione

La promozione della salute in età infantile ed adolescenziale si traduce prioritariamente nel sostenere lo sviluppo armonico dell'individuo e la costruzione della sua identità, comprende quindi innanzitutto interventi trasversali ed aspecifici; con l'adolescenza, tuttavia, si profilano rischi specifici, tra cui quelli legati al possibile avvio dell'uso di sostanze psicoattive legali (tabacco ed alcol) ed illegali (la più diffusa, la cannabis). Accanto ed in coerenza con le attività mirate allo sviluppo delle competenze personali e sociali (life skills) attraverso il metodo dell'educazione socio affettiva (v. il progetto "Pensiamo positivo" rivolto alle scuole primarie e secondarie di primo grado), è opportuno inserire in età pre-adolescenziale un lavoro specifico mirato alla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive, identificando quindi un terreno di convergenza tra la prevenzione universale aspecifica e la prevenzione specifica.

E' stato individuato a questo scopo il Programma *UNPLUGGED*, considerata l'efficacia dimostrata a livello nazionale e internazionale e la sostanziale coerenza metodologica con le attività previste dagli altri progetti rivolti ai bambini e agli adolescenti, inclusi in questo Piano. Questo progetto, infatti, si pone entro il complesso di interventi progettuali sviluppati nella scuola, che si succedono entro l'arco dell'apprendimento: oltre a questo, il progetto "Pensiamo positivo", già citato, che accompagna i bambini dai 3 ai 13 anni, ed il progetto YAPS, incentrato sulla metodologia della peer education, rivolto alle scuole secondarie di secondo grado.

Il consumo di sostanze psicoattive: alcuni dati inerenti il quadro regionale

Per analizzare il consumo di sostanze psicoattive nella popolazione umbra, ed in particolare nelle fasce d'età giovanili, sono disponibili diverse indagini che rilevano le prevalenze d'uso, alle quali è possibile integrare aspetti qualitativi inerenti le percezioni, i valori e gli stili di vita, ricavati da ricerche condotte in ambito locale (in particolare, studi dell'Università di Perugia e dell'Agenzia Umbria Ricerche).

Nel periodo 2009-2013, il consumo di tabacco nella popolazione studentesca di 15-19 anni si è attestato stabilmente intorno al 27%, in linea con la media nazionale (indagine ESPAD, del CNR di Pisa). L'avvio del consumo si colloca prevalentemente tra i 13 e i 15 anni (indagine HBSC) e a queste età la prevalenza è la stessa tra maschi e femmine.

Anche per il consumo di alcol le prevalenze rilevate in Umbria sono assimilabili ai dati nazionali (79,6% negli ultimi 12 mesi; 62,5% negli ultimi trenta giorni). Risulta inoltre particolarmente diffusa l'abitudine di bere fuori pasto e di consumare elevate quantità di alcolici in un'unica occasione, particolarmente nel fine settimana, fino ad ubriacarsi (cosiddetto binge drinking): quest'ultima modalità è piuttosto diffusa sia in Umbria (39,4% nei maschi e 30% nelle femmine) che a livello nazionale (41,3% nei maschi e 28,1% nelle femmine); le prevalenze tendono ad aumentare con il crescere dell'età.

Negli ultimi anni ha trovato una larga diffusione, nei giovani e ancor più tra gli adulti, il gioco d'azzardo, che in Umbria tra gli studenti di 15-19 anni presenta nel 2013 prevalenze minori della media italiana, ed è in diminuzione rispetto alla rilevazione precedente. Oltre l'84% degli studenti umbri non presenta un profilo a rischio; il 9,5% ha invece un profilo a rischio e il 6,4% un profilo problematico, dati inferiori a quelli nazionali pur se comunque preoccupanti.

Per quanto riguarda le sostanze illegali, il quadro d'insieme si caratterizza per un uso tendenzialmente più diffuso di tutte le sostanze rispetto ai dati nazionali per quanto riguarda modalità di consumo con frequenza occasionale e sporadica, mentre il consumo frequente riporta valori sostanzialmente equiparabili.

Si discosta da questa tendenza la cannabis, che costituisce inoltre la sostanza illegale maggiormente diffusa; nel 2013 si rilevano prevalenze del 26,3% (in Italia il 24,7%) per l'uso negli ultimi dodici mesi, del 17,9% (16% in Italia) per l'uso negli ultimi 30 giorni, e del 3,9% (3,2% in Italia) per l'uso frequente.

L'insieme dei dati fa pensare ad un uso delle sostanze illegali con finalità prevalentemente sperimentali, che in molti casi non si consolida come uso frequente e tende a cessare con il crescere

dell'età e che può essere letto, su un piano culturale, all'interno di una visione generale diffusa (e non solo tra i giovani) che interpreta il consumo, a prescindere dai generi verso cui si rivolge, come veicolo per la definizione dell'identità e delle appartenenze, mentre viene meno il valore trasgressivo attribuito al consumo specifico delle sostanze dalle generazioni precedenti.

Breve descrizione del programma Unplugged

Unplugged è un programma di prevenzione scolastica dell'uso di sostanze basato sul modello dell'influenza sociale. Disegnato da un gruppo di ricercatori europei, è il primo programma europeo di provata efficacia sulla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive sia legali che illegali. È stato valutato infatti attraverso uno studio sperimentale randomizzato e controllato condotto in 7 Paesi, lo studio EU-Dap (EUropean Drug addiction prevention trial), che ne ha dimostrato l'efficacia.

Il progetto è coordinato, a livello nazionale, dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte in collaborazione con le Università di Torino e del Piemonte Orientale; ha coinvolto 9 Paesi, 11 centri, 143 scuole e più di 7000 ragazzi d'età compresa tra i 12 e i 14 anni.

Unplugged ha dimostrato di essere efficace nel ritardare o prevenire la sperimentazione delle sostanze psicoattive, piuttosto che nel promuovere la cessazione; è indicato quindi in special modo per i ragazzi del secondo e terzo anno delle scuole secondarie di primo grado.

Il programma è articolato in 12 unità di 1 ora ciascuna ed è condotto dall'insegnante con metodologia interattiva, utilizzando tecniche quali il *role play*, il *brain storming* e le discussioni di gruppo. Gli insegnanti hanno quindi un ruolo fondamentale, la loro motivazione ed entusiasmo sono determinanti ai fini dell'efficacia dell'intervento.

Il programma, come già detto, si basa sul modello dell'influenza sociale, secondo cui lo sviluppo e l'apprendimento umano è complesso e dinamico e si evolve nel tempo attraverso le interazioni tra l'individuo e il suo ambiente. Il programma lavora fondamentalmente:

- sulle componenti personali e sociali (focus sulle abilità e capacità di resistenza personale e sociale, al fine di identificare le pressioni interne ed esterne);
- sull'educazione normativa (correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze psicoattive nonché sugli interessi legati alla loro commercializzazione);
- sulle abilità trasferibili nella vita quotidiana (focus sulle abilità e capacità generali strutturate come: la definizione degli obiettivi, la gestione dello stress, le capacità di comunicazione, le abilità sociali generali e le abilità assertive).

Effetti secondari del programma sono inoltre il miglioramento del clima di classe e del rispetto per l'insegnante.

Obiettivo generale del progetto

Implementare il programma *Unplugged* presso le scuole secondarie di primo grado, quale strumento di prevenzione specifica del consumo di sostanze psicoattive.

Obiettivi specifici

- 3.2.1 Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la "Rete delle scuole che promuovono benessere".
- 3.2.2 Costituire un gruppo di lavoro, di livello regionale, composto da operatori afferenti alle Reti aziendali dei servizi di promozione della salute.
- 3.2.3 Formare i "formatori locali", ovvero un nucleo di operatori sociosanitari della promozione della salute.
- 3.2.4 Formare gli insegnanti delle scuole secondarie di primo grado all'applicazione di *Unplugged*, a cura del personale sanitario precedentemente formato.
- 3.2.5 Implementare gradualmente il programma "*Unplugged*" nel secondo e terzo anno delle scuole secondarie di primo grado.

Gruppo prioritario	Studenti del 2° e 3° anno delle scuole secondarie di primo grado.
Setting	Scuola
Gruppi di	Studenti di 12-13 anni.

interesse	Insegnanti. Operatori sociosanitari. Genitori. <i>Reti aziendali della promozione della salute. Tavoli distrettuali della promozione della salute.</i> Osservatorio epidemiologico del Piemonte. Direzione regionale Salute e coesione sociale, Direzioni ASL, Direzioni di distretto sociosanitario, Ufficio scolastico regionale, Direzioni scolastiche.
Prove di efficacia	Lo studio EU-Dap ha valutato l'efficacia del programma UNPLUGGED attraverso un questionario completamente anonimo che gli studenti hanno compilato prima dell'intervento, tre mesi dopo l'intervento e, infine, ad un anno di distanza. L'indagine ha rilevato che tre mesi dopo la fine del programma gli studenti che hanno partecipato all'intervento hanno mostrato una riduzione del 30% della probabilità di fumare quotidianamente, del 31% di avere frequenti intossicazioni da alcol e del 23% di fare uso di cannabis rispetto ai ragazzi del gruppo di controllo. Ad un anno, gli effetti sul fumo si sono attenuati, mentre si sono mantenuti quelli sull'alcol e sulla cannabis, con una riduzione del 20% della probabilità di avere intossicazioni da alcol, del 38% di averle frequentemente e del 26% di fare uso frequente di cannabis. Riferimenti bibliografici <i>Report 2014 sulle dipendenze in Umbria</i> , Direzione regionale Salute e coesione sociale <i>I giovani adolescenti in Umbria</i> , AUR Volumi 2009 <i>Una normalità deviante. Minorenni e droghe in Umbria</i> , Editore Morlacchi, 2012 www.eudap.net
Misure per le disuguaglianze	La diffusione delle attività formative e delle conseguenti realizzazioni operative è programmata in modo da garantire uniformità nell'insieme del territorio regionale, e allo stesso tempo presenza capillare nei territori.
Trasversalità	Il progetto è intersettoriale, oltre alla Regione coinvolge in via prioritaria le ASL, la scuola, i genitori degli alunni. Si avvale positivamente, inoltre, di reti di supporto locali costituite dalle istituzioni territoriali, ed in particolare dai Comuni, oltre che da associazioni ed altre risorse informali presenti nei territori.
Attività principali	Azioni relative ai singoli obiettivi specifici 3.2.1.1. Predisporre ed adottare un Protocollo di collaborazione tra la Regione e l'Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute nelle scuole di ogni ordine e grado. <i>Il Protocollo di collaborazione includerà, oltre alle azioni previste da questo progetto, tutti gli interventi che il Piano rivolge al contesto scolastico</i> 3.2.1.2 Adottare in ciascuna Azienda USL Protocolli di collaborazione di livello distrettuale con gli istituti scolastici presenti nel territorio <i>I Protocolli dovranno essere stipulati per il primo anno in almeno il 30% dei distretti sanitari di ciascuna Azienda USL; per il secondo anno, in almeno il 60%; per il terzo anno, nel 100% dei distretti.</i> 3.2.2.1 Costituire un gruppo di lavoro di ambito regionale, con il compito di coordinare e supportare la realizzazione del progetto in tutto il territorio regionale, composto da operatori rappresentativi dei servizi che fanno parte delle reti per la promozione della salute. <i>Il Gruppo avrà i medesimi compiti riguardo all'insieme dei progetti di promozione della salute rivolti al contesto scolastico.</i> 3.2.3.1. Realizzare un corso di formazione, di livello regionale, per formatori locali, individuati tra gli operatori delle Reti aziendali dei servizi di promozione della salute, preferibilmente psicologi ed educatori. <i>Il corso sarà tenuto da formatori dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Piemonte.</i> 3.2.4.1. Programmare con le scuole incluse nei Protocolli di collaborazione la formazione degli insegnanti del successivo anno scolastico (POF). 3.2.4.2. Realizzare percorsi formativi e di programmazione partecipata con gli insegnanti. <i>La formazione coinvolgerà gli insegnanti delle scuole secondarie di primo grado incluse nei Protocolli di collaborazione siglati a livello dei Distretti sanitari delle Aziende USL, secondo la</i>

	<p><i>progressione definita per la stipula dei Protocolli (v. azione 3.2.1.2). I corsi saranno condotti dal personale sanitario precedentemente formato.</i></p> <p>3.2.5.1. Avviare l'applicazione del programma UNPLUGGED nelle scuole secondarie di primo grado secondo la programmazione condivisa.</p> <p><i>Gli interventi sono condotti nella scuola dagli insegnanti, nell'ambito delle attività didattiche abituali, in base al Protocollo validato del programma ed al relativo materiale educativo (manuale).</i></p> <p><i>Saranno realizzati almeno nel 50% delle scuole incluse nei Protocolli di collaborazione siglati a livello dei distretti sanitari delle Aziende USL, secondo la progressione definita per la stipula dei Protocolli (v. azione 3.2.1.2).</i></p> <p>3.2.5.2 Attuare interventi di consulenza e supervisione periodica degli insegnanti.</p> <p><i>Gli operatori sociosanitari delle Reti della promozione della salute garantiscono attività di consulenza e supervisione periodica, su richiesta degli insegnanti referenti (funzioni strumentali).</i></p>
<p>Rischi e management</p>	<p>Sono individuati i seguenti rischi principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'eventualità di uno scarso o inefficace coinvolgimento delle scuole, che minerebbe alla base la possibilità di porre in atto il progetto; - l'eventuale frammentarietà degli interventi, che si tradurrebbe in una scarsa efficacia del progetto. <p>L'attività di promozione della salute rivolta ai bambini e agli adolescenti richiede, ancor più di quella indirizzata agli adulti, continuità nel tempo, stabilità, appropriatezza e coerenza dell'insieme degli interventi, pena l'inefficacia sostanziale degli interventi stessi e quindi il dispendio inutile di risorse. Assume un rilievo fondamentale, pertanto, la qualità organizzativa della struttura cui è affidato il coordinamento degli interventi, ed in special modo la qualità dei rapporti stabiliti con i Comuni e, in modo specifico, con la scuola.</p> <p>Gli indirizzi regionali (ed in particolare le disposizioni adottate con la DGR n. 805/2014) e i conseguenti atti formali delle direzioni aziendali sono pienamente rivolti alla costruzione e al consolidamento di un sistema di intervento coordinato ed organico, impostato sull'intersettorialità, basato sulla costituzione in ciascuna ASL della "Rete aziendale dei servizi per la promozione della salute". Tuttavia, è a livello locale che si collocano in maniera più precisa sia la lettura dettagliata dei bisogni e delle risorse del territorio, sia la possibilità di instaurare e mantenere specifiche sinergie intersettoriali, in particolare con i Comuni e con la scuola (considerato anche il largo margine di autonomia che compete alle direzioni di istituto scolastico).</p> <p>Pertanto, per contrastare il rischio di un insufficiente coinvolgimento della scuola e di realizzazioni discontinue e disomogenee nel territorio, si intende realizzare, nel corso di attuazione del Piano, un monitoraggio costante dell'applicazione della DGR n. 805/2014, "Linee di indirizzo per la costituzione delle Reti aziendali dei Servizi per la promozione della salute", con particolare focalizzazione sulle articolazioni organizzative di livello distrettuale (Tavoli di coordinamento distrettuale) e sul livello di integrazione intersettoriale posto in essere, in particolare con i Comuni e, in maniera specifica, con la scuola.</p> <p>Sul versante della scuola, si intende consolidare i rapporti di collaborazione già in atto, attraverso Protocolli formali, a cascata dal livello regionale a quelli locali, ed un rapporto sostanziale e costante con l'Ufficio scolastico regionale.</p> <p>Sono inoltre da prevedere a livello locale leggeri scostamenti dalla tempistica e dalle modalità di attuazione degli interventi predefiniti, in relazione ad esigenze specifiche degli istituti scolastici.</p>
<p>Sostenibilità</p>	<p>Il piano di attuazione del progetto prevede una gradualità delle realizzazioni, anche in termini di diffusione territoriale, con l'obiettivo di sostenerne la fattibilità.</p>

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
3.2.1 Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la "Rete delle scuole che promuovono benessere"	3.2.1/1 Protocollo di collaborazione tra la Regione e l'Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute	/	/	/	Protocollo siglato	/	/
	3.2.1/2 Protocolli di collaborazione tra la ASL (distretti sanitari) e gli istituti scolastici	N. protocolli adottati / n. distretti	/	/	30% distretti	60% distretti	100% distretti
3.2.4 Formare gli insegnanti delle scuole secondarie di primo grado all'applicazione di Unplugged, a cura del personale sanitario precedentemente formato	3.2.4/1 Scuole secondarie di I grado partecipanti ai corsi	n. scuole sec. I grado partecipanti ai corsi/n. scuole incluse nei protocolli	/	/	/	75%	75%
3.2.5 Implementare il programma "Unplugged" nel secondo e terzo anno delle scuole secondarie di primo grado	3.2.5/1 Scuole sec. I grado che attuano Unplugged	n. scuole sec. I grado che attuano gli interventi/n. scuole incluse nei protocolli	/	/	/	50%	50%

Cronogramma 3.2 - Unplugged Umbria

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
3.2.1 Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la “Rete delle scuole che promuovono benessere”																	
3.2.1.1	Predisporre ed adottare un Protocollo di collaborazione tra la Regione e l’Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute nelle scuole di ogni ordine e grado	Regione – Ufficio scolastico regionale															
3.2.1.2	Adottare in ciascuna Azienda USL Protocolli di collaborazione di livello distrettuale con gli istituti scolastici presenti nel territorio	ASL, Reti dei servizi di promozione della salute, Distretti sanitari, Istituti scolastici															
3.2.2 Costituire un gruppo di lavoro, di livello regionale, composto da operatori delle Reti aziendali di promozione della salute e mettere a punto un pacchetto formativo sulla metodologia dell’educazione socio affettiva																	
3.2.2.1	3.2.2.1 Costituire un gruppo di lavoro di ambito regionale, con il compito di coordinare e supportare la realizzazione del progetto in tutto il territorio regionale, composto da operatori rappresentativi dei servizi che fanno parte delle reti per la promozione della salute	Regione, ASL, Reti dei servizi di promozione della salute															
3.2.3 Formare i “formatori locali”, ovvero un nucleo di operatori sociosanitari della promozione della salute																	
3.2.3.1	Realizzare un corso di formazione, di livello regionale, per formatori locali, individuati tra gli operatori delle Reti aziendali dei servizi di promozione della salute, preferibilmente psicologi ed educatori	Regione, Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, Osservatorio epidemiologico Piemonte															
3.2.4 Formare gli insegnanti delle scuole secondarie di primo grado all’applicazione di Unplugged, a cura del personale sanitario precedentemente formato																	

3.2.4.1	Programmare con le scuole incluse nei Protocolli di collaborazione la formazione degli insegnanti del successivo anno scolastico (POF)	ASL, Reti promozione della salute, Direzioni scolastiche																		
3.2.4.2	Realizzare percorsi formativi e di programmazione partecipata con gli insegnanti	Regione, Villa Umbra, Centri di formazione delle ASL, operatori precedentemente formati																		
3.2.5 Implementare gradualmente il programma "Unplugged" nel secondo e terzo anno delle scuole secondarie di primo grado																				
3.2.5.1	Avviare l'applicazione del programma UNPLUGGED nelle scuole secondarie di primo grado, secondo la programmazione condivisa	Insegnanti																		
3.2.5.2	Attuare interventi di consulenza e supervisione periodica degli insegnanti	Operatori delle Reti dei servizi di promozione della salute delle ASL																		

Descrizione

Il Programma P.I.P.P.I.* nasce a fine 2010 da una collaborazione tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS), il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova e 10 Città italiane (riservatarie del fondo della Legge 285/1997), che hanno aderito alla prima implementazione (all'interno delle quali: i servizi sociali, le ASL, le scuole, le cooperative di privato sociale).

Esso propone linee d'azione innovative nel campo dell'**accompagnamento della genitorialità vulnerabile**, scommettendo su un'ipotesi di contaminazione, piuttosto desueta, fra l'ambito della tutela dei "minori" e quello del sostegno alla genitorialità. In questo senso, esso si iscrive all'interno delle linee sviluppate dalla Strategia Europa 2020, per quanto riguarda l'innovazione e la sperimentazione sociale come mezzo per rispondere ai bisogni della cittadinanza e spezzare il circolo dello svantaggio sociale.

Esso rappresenta anche il tentativo di creare un raccordo tra istituzioni diverse (Comuni, Ministero e Università), che condividono la stessa *mission* di promozione del *bene comune*, tra professioni e discipline degli ambiti del servizio sociale, della psicologia e delle scienze dell'educazione, che solo unitamente possono fronteggiare la sfida di ridurre il numero dei bambini allontanati dalle famiglie.

Dall'inizio del 2014 il Programma è stato esteso a molteplici ambiti territoriali di 18 Regioni italiane. Il programma ha **l'obiettivo di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie "negligenti" al fine di ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d'origine, articolando in modo coerente fra loro i diversi ambiti di azione coinvolti intorno ai bisogni dei bambini che vivono in famiglie negligenti, tenendo in ampia considerazione la prospettiva dei genitori e dei bambini stessi nel costruire l'analisi e la risposta a questi bisogni.**

In letteratura con il termine negligenza si intende "una carenza significativa o un'assenza di risposte ai bisogni di un bambino, bisogni riconosciuti come fondamentali sulla base delle conoscenze scientifiche attuali e/o dei valori sociali adottati dalla collettività di cui il bambino è parte" (Lacharité, Éthier, Nolin, 2006).

Il termine dunque è importante perché ci permette di non porre il focus sulle mancanze dei genitori, quanto sui bisogni di crescita dei bambini, favorendo l'alleanza con i loro genitori per apprendere, insieme, a costruire risposte a questi bisogni via via più adeguate.

Le Famiglie negligenti target di P.I.P.P.I. non comprendono quelle in cui i bambini o i ragazzi sono in condizioni di grave pregiudizio per la loro incolumità e sviluppo psicofisico ad esempio se sottoposti a abuso o maltrattamento, e sono:

- famiglie con bambini di età compresa tra 0 e 11 anni all'interno delle quali le figure parentali sperimentano difficoltà consistenti e concrete a soddisfare i bisogni evolutivi dei bambini sul piano fisico, cognitivo, affettivo, psicologico;
- famiglie che sono già state separate, ma per le quali i servizi intendono avviare un programma di riunificazione familiare stabile al fine di ridurre i tempi di allontanamento esterno alla famiglia dei bambini (queste famiglie possono costituire mediamente fino al 20% delle famiglie incluse).

La sfida di P.I.P.P.I. è dunque quella del sostegno alle famiglie vulnerabili assumendo l'ipotesi che queste famiglie, se sostenute in maniera intensiva, rigorosa e per tempi definiti, attraverso un processo di *empowerment*, secondo l'approccio della valutazione partecipativa e trasformativa (Serbati, Milani, 2013) da operatori che lavorano in Equipe Multidisciplinari, ossia integrando le loro professionalità e le diverse dimensioni del loro intervento, possono apprendere nuovi modi, più funzionali alla crescita positiva dei loro figli, di essere genitori, di stare insieme, di gestire il loro quotidiano.

Il progetto prevede la creazione di una équipe multidisciplinare (EM), costituita dall'operatore responsabile del caso, lo psicologo, l'assistente sociale, l'educatore domiciliare, il pediatra di famiglia, persone (professionisti e no) appartenenti alla comunità come le famiglie d'appoggio, l'educatore e/o insegnante dei bambini coinvolti, che deve curare la realizzazione degli interventi

con le famiglie target, garantendo qualità, continuità e correttezza nei processi di presa in carico, nell'implementazione e nell'utilizzo degli strumenti previsti.

Gli interventi che, attraverso l'implementazione di PIPPI, possono essere messi in campo sono sia di tipo individuale che di gruppo, rivolti sia ai bambini che ai genitori e in particolare:

- intervento educativo domiciliare, inteso come supporto e aiuto alle famiglie per individuare nuove modalità per stare bene con i propri figli;
- gruppi per genitori e bambini: per promuovere momenti di confronto e condivisione sulle questioni legate all'essere genitore;
- partenariato tra scuola, famiglia e servizi: per creare una rete di scambio e pensare azioni comuni fra tutti quelli che sono coinvolti nella crescita del bambino;
- sostegno sociale (famiglia d'appoggio) per trovare anche al di fuori del nucleo familiare un sostegno concreto nella quotidianità.

Dal 2011 il programma PIPPI è stato implementato in 17 Regioni e una Provincia Autonoma e ha coinvolto 500 famiglie.

La Regione Umbria ha aderito al Programma PIPPI nel 2014, sperimentandolo in due ambiti territoriali, la zona sociale di Foligno e quella di Assisi; dal 2015 si sta provvedendo alla implementazione nella zona territoriale di Spoleto.

La Regione, in base ai risultati positivi della sperimentazione, con il presente progetto intende estendere PIPPI in ulteriori 5 zone sociali nell'arco temporale di tre anni (2016-2017-2018): la zona sociale 1 (Città di Castello), la zona sociale 7 (Gubbio), la zona sociale 5 (Panicale), la zona sociale 2 (Perugia) e la zona sociale 12 (Orvieto). Il programma prevede:

una governance di natura scientifica, garantita dal *Gruppo Scientifico nazionale (GS)* che monitora la fedeltà al programma e l'integrità dello stesso e l'insieme del processo di implementazione, lavora per aumentare l'autonomia professionale dei singoli professionisti nell'implementazione dello stesso, garantendo la formazione dei coach e la formazione iniziale delle EEMM, il trasferimento dei contenuti, delle metodologie e degli strumenti previsti nel piano di intervento e valutazione;

una governance regionale, con l'**individuazione di un referente regionale e di un tavolo di coordinamento** che cura l'implementazione del programma, favorendo i raccordi inter - istituzionali necessari ed utili a garantire l'effettiva presenza di professionisti di settori e enti diversi.

Al fine di sviluppare il programma, seguendo il modello sperimentale, si dovranno realizzare le seguenti fasi:

1. PREIMPLEMENTAZIONE: costruzione delle condizioni organizzative, tecniche necessarie all'implementazione.

In questa fase si dovrà **prevedere l'individuazione delle figure necessarie al progetto** ovvero:

Gruppo di riferimento territoriale (GT): gruppo di stakeholders denominato che concerta e risponde complessivamente delle attività svolte all'interno del programma.

Referente di Zona sociale: ha il compito di coordinare e raccordare tutte le figure che fanno parte del programma a partire dalle Equipe Multidisciplinari, fino agli stakeholders coinvolti raccordandosi anche con il livello centrale, Regione e Ministero.

Coach: ha il compito di individuare le Famiglie Target insieme alle Equipe Multidisciplinari e di aiutare il gruppo con cui lavora a "costruire senso" intorno alle pratiche professionali.

Equipe multidisciplinare (EM): che realizza l'intervento con una famiglia target.

Tali figure professionali dovranno **partecipare ad un percorso formativo** che si articola su 4 livelli, sia con modalità in presenza, sia attraverso un'integrazione con attività a distanza attraverso la piattaforma Moodle (e-learning).

Di seguito vengono illustrate le attività formative previste nei 4 livelli:

A. la formazione iniziale dei referenti di Zona sociale e della Regione e dei componenti del GT di Zona sociale, al fine di strutturare le pre-condizioni e quindi di progettare il lavoro sui raccordi inter-istituzionali indispensabili alla realizzazione del programma, per la conoscenza degli

	<p>strumenti di intervento e valutazione;</p> <p>B. la formazione iniziale delle singole professionalità coinvolte nelle EM;</p> <p>C. la formazione dei coach: il Gruppo scientifico - GS garantisce una specifica attività formativa iniziale oltre che in itinere, sia a distanza che in presenza;</p> <p>D. l'accompagnamento delle EM (definito tutoraggio) in presenza e a distanza nel corso dell'implementazione, gestito dai coach locali e l'accompagnamento dei coach gestiti dal GS.</p> <p>La formazione di cui ai punti A e B è a cura diretta del GS, i tutoraggi (punto D) vengono invece gestiti dai coach individuati e appositamente formati (punto C), in modo che ogni Zona sociale disponga nel tempo di professionalità formate che siano in grado di gestire, sviluppare e "custodire" il metodo, ossia garantire l'implementazione del programma in autonomia nella propria Zona sociale.</p> <p>2. IMPLEMENTAZIONE e realizzazione del programma con le famiglie target.</p> <p>3. VALUTAZIONE dei risultati della sperimentazione.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>*Perché P.I.P.P.I.?</p> <p><i>Pippi Calzelunghe, una bambina "tremendamente forte", è una figura metaforica delle potenzialità inesauribili dei bambini e delle loro capacità di resilienza, intesa come un percorso sempre possibile, che nasce anche dalla capacità di noi adulti di vedere il lato dritto delle cose storte, significati inediti negli eventi critici che i bambini possono trovarsi a fronteggiare, dalla convinzione che un modo importante di sostenere la crescita dei bambini, anche di quelli più vulnerabili, è proprio quello che usa Pippi: non rappresentarsi la propria realtà esistenziale come quella di una povera orfana, ma come quella di una bambina che può affermare soddisfatta: "Un angelo per mamma e un re di una tribù negra per papà: non capita davvero a tutti i bambini di avere dei genitori tanto distinti!" (Lindgren, 1988, p.6).</i></p> <p><i>Pippi ci aiuta a vedere che la realtà può essere rappresentata da angolature plurali e che tale diversa rappresentazione, unitamente ad altri fattori, può introdurre elementi di modificazione della realtà stessa in quanto l'aiuto sta ovunque, non solo nei sistemi professionali, che il cambiamento può avvenire in maniera inattesa, che bambini e genitori possono essere anche miniere di risorse e non solo di problemi, che vulnerabilità è una parola che fa rima con resilienza.</i></p> <p><i>Dipende anche da noi, dalla nostra capacità di guardare la loro realtà da una prospettiva più ampia e talora divergente, di metterci in ascolto, di decentrarci, talvolta, dai nostri saperi professionali per andare a cercare i tanti saperi nascosti nelle pieghe del quotidiano delle famiglie.</i></p> </div>
<p>Gruppo prioritario</p>	<p>Il progetto si rivolge a 10 Famiglie Target (FT) con figli da 0 a 11 anni, perché si tratta di un modello sperimentale che, in una prima fase di attuazione, prende in carico un numero limitato di famiglie target, per poi verificare gli esiti del percorso.</p> <p>Condizione imprescindibile è che le famiglie accettino di aderire spontaneamente al percorso previsto dal Programma.</p> <p>L'idea sottesa è che le famiglie, se adeguatamente sostenute in maniera rigorosa e per tempi definiti, attraverso un processo di empowerment secondo l'approccio della valutazione partecipativa e trasformativa, da operatori che lavorano in Equipe multidisciplinari, possono apprendere nuovi modi di essere genitori, di stare insieme, di gestire il loro quotidiano.</p>
<p>Setting</p>	<p>Territorio umbro: 5 Zone sociali: Zona sociale 1 (Città di Castello), Zona sociale 7 (Gubbio), Zona 5 (Panicale), Zona sociale 2 (Perugia), Zona sociale 12 (Orvieto)</p>
<p>Gruppi di interesse</p>	<p>La Regione Umbria – Direzione Salute e Coesione Sociale, la comunità umbra, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali</p>
<p>Prove di efficacia</p>	<p>"Nessuno dei due. Piuttosto una FORMA APERTA"</p> <p>(Mortari, 2006; Eco, 1962; 1979; Barthes, 1967)</p>

	<p>«Una carenza significativa o un'assenza di risposte ai bisogni di un bambino, bisogni riconosciuti come fondamentali sulla base delle conoscenze scientifiche attuali e/o dei valori sociali adottati dalla collettività di cui il bambino è parte». (Lacharité, Éthier et Nolin, 2006)</p> <p>Teoria di riferimento: Bioecologia dello sviluppo umano (Bronfenbrenner 1986, 2005; Dumas 2007. "Il Support system Di P.I.P.P.I.")</p> <p>Mai come in questo momento l'intreccio tra la ricerca teorica, la professionalità degli operatori, l'esperienza quotidiana concreta, la partecipazione delle famiglie, la presenza politica, costituiscono l'obiettivo primario che dobbiamo perseguire</p> <p>L. Malaguzzi 1983</p>
Misure per le disuguaglianze	Il progetto intende intervenire proprio in favore delle famiglie e dei bambini in uno stato di disagio e di emarginazione.
Trasversalità	<p>I criteri generali che orientano la composizione dell'Equipe multidisciplinare - EM sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'interdisciplinarietà e l'integrazione fra le diverse figure professionali garantiscono efficacia al processo: per questo tutti i diversi professionisti che possono dare un apporto al processo di cambiamento della famiglia sono coinvolti.
Attività principali	<p>Il programma prevede un periodo di svolgimento di 24 mesi circa, suddiviso in tre fasi di lavoro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preimplementazione: costruzione delle condizioni organizzative, tecniche necessarie all'implementazione, individuazione degli operatori; 2. Implementazione: realizzazione del programma con le famiglie; 3. Valutazione <p>Per il dettaglio si veda: "Cronogramma 3.3"</p>
Rischi e management	Cambiamento di approccio nelle metodologie di lavoro, con coinvolgimento diretto degli operatori
Sostenibilità	<p>Dal punto di vista del metodo, l'implementazione del programma assume la fisionomia di una ricerca intervento partecipata, che mira ad assicurare agli operatori coinvolti il raggiungimento di una completa padronanza del percorso d'intervento e della valutazione. Ciò al fine di contribuire all'integrazione del programma nel quadro standard delle prassi dei servizi di tutela dei minori locali, affinché gli strumenti utilizzati nella implementazione entrino a far parte del modus operandi ordinario dei servizi rispetto alla progettazione -valutazione del lavoro con le famiglie, garantendone così la piena replicabilità.</p> <p>Non si tratta di valutare il programma nel suo complesso, ma di apprendere un metodo basato sulle metodologie della ricerca valutativa da integrare all'intervento con ogni singola Famiglia target – FT, al fine di valutare sia i processi messi in campo con la singola famiglia, sia gli esiti di questi ultimi.</p>

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
3.3.1 Innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie "negligenti" al fine di ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d'origine	3.3.1/1 Estensione del programma in altre 5 zone sociali		/	/	+1	+2	+2
	3.3.1/2 Adesione delle famiglie target	N. famiglie partecipanti/N° famiglie target X 100	/	/	80%	80%	80%

Cronogramma 3.3 – PIPPI - Programma di Intervento Per La Prevenzione dell'Istituzionalizzazione

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
3.3.1 Innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie “negligenti” al fine di ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d’origine																	
FASE DI PRE IMPLEMENTAZIONE																	
3.3.1.1	Individuare il referente regionale e il tavolo di coordinamento <ul style="list-style-type: none"> – individuare il referente regionale che parteciperà all’istituendo Comitato Tecnico di coordinamento nazionale – iscrivere il referente regionale e i componenti del Tavolo di coordinamento regionale alla piattaforma Moodle – individuare i componenti e attivare il tavolo di coordinamento regionale – collaborare nell’organizzazione della formazione 	REGIONE															
3.3.1.2	Individuare nei territori le figure professionali coinvolte nel progetto <ul style="list-style-type: none"> – individuare il referente territoriale – individuare e costituire il Gruppo Territoriale (GT) responsabile dell’ implementazione del programma, attraverso l’avvio dei raccordi necessari all’attivazione dei dispositivi previsti dal programma – individuare i coach – iscrivere i referenti, i coach e i componenti del GT nella piattaforma Moodle – pre-assessment e individuazione delle famiglie target – individuare e costituire le Équipe Multidisciplinari (EM) rispetto ad ogni gruppo familiare target incluso nel programma. Tali EM sono composte da tutti i professionisti sociali, socio-sanitari, sanitari, scolastici che hanno a che fare con la promozione del benessere del bambino e della sua famiglia 	AMBITO TERRITORIALE															
3.3.1.3	Realizzare il percorso formativo per le figure professionali coinvolte	GRUPPO SCIENTIFICO															

	<ul style="list-style-type: none"> – Partecipare alle attività formative previste per il GT (a livello di Zona sociale) – Realizzare la formazione centralizzata in presenza/distanza c/o UNIPD dei coach – avviare i contatti con Zona sociale – informare a distanza sull'utilizzo della piattaforma e apertura degli accessi – predisporre i materiali/informativi e formativi sul programma – programmare i contenuti, date e luoghi della formazione iniziale per le Equipe multidisciplinari, 2 giornate in 4 macro-ambiti (nord-est, nord-ovest, centro, sud) – programmare e realizzare 1 giornata di formazione iniziale per referenti e GT 																		
FASE DI IMPLEMENTAZIONE																			
3.3.1.4	<ul style="list-style-type: none"> – monitorare lo stato di implementazione del programma nelle Zone sociali individuate e supportare al superamento delle eventuali criticità – collaborare all'organizzazione delle sessioni formative 	REGIONE																	
3.3.1.5	<ul style="list-style-type: none"> – definire il gruppo di famiglie target – implementare il programma con le famiglie target (primo e secondo assessment) – attivare i dispositivi di intervento – realizzare i tutoraggi da parte dei coach a distanza e in presenza 	AMBITO TERRITORIALE																	
3.3.1.6	<ul style="list-style-type: none"> – 1 sessione di formazione finalizzata a presentare il Programma, le teorie di riferimento e il metodo di lavoro (attività a distanza, attraverso video e chat) realizzazione di 1 sessione formativa iniziale per le EEMM (2 giornate in presenza nei 4 macro-ambiti) – accompagnamento dei coach e dei referenti 	GRUPPO SCIENTIFICO																	
VALUTAZIONE																			
3.3.1.7	Elaborare e valutare i risultati complessivi del programma regionale	Regione																	

Progetto 3.4 Salute Infanzia 2.0

Descrizione

Con l'occasione del PRP 2010-2013, attraverso il progetto Salute Infanzia, i bilanci di salute effettuati dai 115 Pediatri di Libera Scelta che operano nel territorio umbro sono passati da 5 a 7, distribuiti nei primi 10 anni di vita del bambino, con gli obiettivi di:

- sviluppare nei genitori la consapevolezza rispetto ai rischi presenti in ambiente domestico, a quelli connessi con la posizione del neonato nella culla o al trasporto in auto,
- promuovere la sana alimentazione del bambino a partire dall'allattamento al seno,
- favorire l'adesione alle vaccinazioni dell'infanzia e l'adozione di uno stile di vita sano fin dall'infanzia.

La crescente complessità sociale, il cambiamento nell'epidemiologia delle malattie, con l'aumento delle patologie croniche e delle condizioni di disabilità e di disagio psichico, la precoce comparsa delle disuguaglianze rendono però necessarie nuove politiche e nuove forme organizzative assistenziali, che siano in grado di affrontare i problemi in maniera più efficace, nell'ottica di una medicina centrata sul bambino e sulla famiglia.

Al centro si devono porre da una parte i nuovi bisogni dei bambini e delle loro famiglie, in particolare di quanti vivono in condizioni di rischio sociale o psicosociale o sono affetti da disabilità o malattie croniche, e dall'altra le nuove evidenze che indicano l'importanza di investire nei primissimi anni di vita. Vi sono infatti crescenti evidenze che interventi effettuati in età molto precoce, a partire dal periodo pre e periconcezionale e per i primi anni di vita - in buona parte attuati supportando direttamente o indirettamente le risorse, le competenze e la salute dei genitori - sono in grado di migliorare le opportunità di ricevere stimoli positivi, "neuro costruttivi", di ridurre al tempo stesso le esposizioni a fattori stressanti, distruttivi o di impedimento per il neurosviluppo, e di conseguenza di migliorare le diverse competenze cognitive, emotive e sociali e la stessa capacità di apprendimento dei bambini.

Il concetto di base dell'**early childhood development (ECD)** o sviluppo precoce del bambino è che lo sviluppo neurologico e quindi psicologico del bambino non è automatico, ma avviene in risposta a stimoli sociali e interpersonali. Questi stimoli influenzano numero, direzione e stabilità delle connessioni sinaptiche e quindi lo sviluppo delle reti neurali che sono alla base delle diverse competenze del bambino, delle interazioni tra queste e della sua capacità di apprendere. In definitiva, svolgono un ruolo particolarmente importante a determinare l'itinerario di vita di ciascuno. Se si volesse riassumere quindi i concetti di base dell'ECD sono:

- la particolare plasticità cerebrale con lo sviluppo di nuove connessioni sinaptiche che è massimo nei primi mesi e anni di vita ed è influenzato dagli stimoli ambientali e dal contesto relazionale in cui questi avvengono,
- la precocissima comparsa di competenze nel neonato, e prima ancora nel feto e il ruolo delle interazioni con le figure di riferimento,
- gli effetti a lungo termine delle esperienze precoci che influenzano gli itinerari di vita dei bambini e la loro possibilità di godere di eguali opportunità,
- la precoce comparsa delle disuguaglianze in base a quello che le famiglie sono o non sono in grado di dare e di trasmettere ai loro bambini,
- il ritorno economico e sociale degli investimenti nelle prime epoche della vita: i primi anni costituiscono una finestra di opportunità che non avrà eguali, in termini di efficacia e durata dell'effetto nel corso successivo della vita e che quindi non può andare perduta.

Gli investimenti nei primissimi anni di vita sono perciò quelli che garantiscono il più alto ritorno economico per gli individui e per la società. Questi interventi peraltro giovano in particolar modo ai gruppi sociali più svantaggiati, promuovendone l'inclusione e riducendo le disparità, come raccomandato anche nel documento "Investire nell'infanzia per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale" della Commissione Europea del febbraio 2013.

"Equity from the start" è intitolato il Rapporto della Commissione OMS sui Determinanti sociali, che invita a sviluppare programmi di Early Childhood Development e la stessa comunità scientifica

	<p>internazionale sostiene con crescente forza che gli interventi a supporto della funzione genitoriale nei primi anni di vita costituiscono la strada maestra per promuovere il diritto di tutti i bambini allo sviluppo del proprio potenziale e per ridurre le disuguaglianze nella salute, nell'educazione e nella vita sociale.</p> <p>Alla luce di tutto ciò diventa quindi fondamentale modificare l'approccio finora utilizzato con i bilanci di salute, puntando a sviluppare le competenze del pediatra rispetto al riconoscimento precoce delle condizioni di disagio della famiglia o della relazione madre-bambino da un lato, nonché a potenziare la capacità di sostenere i genitori nella promozione dello sviluppo psicomotorio del bambino dall'altro. In altre parole l'obiettivo che ci si pone è quello di "utilizzare" la figura del pediatra di famiglia come strumento per valorizzare le risorse e le capacità dei genitori, facilitandone le decisioni intorno alla salute loro e a quella dei figli, senza sostituirsi e soprattutto senza imporre comportamenti insostenibili, secondo la sequenza consigliata proprio dall'OMS: ask (chiedi), praise (valorizza), advice (consiglia) and show (mostra come si fa, fornisci esempi). In altre parole il pediatra prima di spiegare cosa è meglio fare, deve "conoscere" cosa il genitore sa e cosa fa o pensa di mettere in atto rispetto ad una determinata fase dello sviluppo del bambino o a una particolare pratica di accudimento. In questo modo il pediatra può ottenere informazioni circa abitudini o conoscenze o comportamenti del genitore da rafforzare o rispetto alle quali promuovere il cambiamento e contestualmente restituire ai genitori informazioni precise, coerenti e ordinate rispetto a cosa sia possibile fare o non debba essere fatto in quella particolare fase evolutiva del bambino, in relazione alle sue caratteristiche e a quelle del contesto familiare.</p> <p>Questo cambiamento di approccio, già attuato da molti pediatri umbri, deve essere garantito da tutta la pediatria di famiglia e soprattutto deve trovare riscontro proprio nei bilanci di salute, dei quali deve quindi essere rivisto il numero con la previsione di aggiungere un nuovo bilancio (VIII) in corrispondenza del secondo anno di vita, la distribuzione temporale, le prestazioni da erogare in ciascuno di essi e il materiale informativo a supporto delle azioni. E' quindi necessario prevedere un percorso formativo che accompagni tale cambiamento. Per tale ragione si ritiene necessario sviluppare un rapporto convenzionale con CSB (Centro Salute Bambino) onlus, al fine di garantire non solo la formazione sulle tematiche sopra ricordate, ma anche il sostegno necessario nella individuazione del materiale informativo e nella risposta ad eventuali criticità. Naturalmente tutto ciò dovrà avvenire senza comunque disperdere il patrimonio di attenzione ormai consolidata rispetto ad alcuni temi di significato, quali la promozione dell'allattamento al seno in collaborazione con la pediatria ospedaliera, la adozione di una sana alimentazione e la promozione di un'adeguata attività fisica del bambino, la promozione della sicurezza in casa e in auto, la prevenzione della SIDS, la adesione alle vaccinazioni dell'infanzia e la promozione della lettura a voce alta fin dai primi mesi di vita. Per questa ragione il percorso formativo sopra descritto verrà accompagnato da alcune iniziative seminariali su temi specifici quali l'allattamento al seno e lo svezzamento, la diagnosi precoce dell'autismo in un confronto con la psichiatria umbra, le nuove vaccinazioni, i rischi connessi con la digitalizzazione e l'utilizzo precoce delle telefonia mobile, ecc.</p> <p>Diventa quindi obiettivo specifico di questo progetto:</p> <p>3.4.1 Favorire da parte del pediatra di famiglia (PLS) il sostegno alla genitorialità volto a promuovere l'early childhood development e l'adozione di stili di vita sani</p>
Gruppo prioritario	Bambini 0-14 anni residenti e domiciliati in Umbria
Setting	Territorio umbro
Gruppi di interesse	Pediatri di libera scelta che operano in Umbria e Direzione Salute e Coesione sociale
Prove di efficacia	<ol style="list-style-type: none"> 1. La salute dei bambini in Italia. Dove va la pediatria? Il punto di vista dell'Associazione Culturale Pediatri. Giugno 2014. 2. DoRS- Disuguaglianze nella prima infanzia. Bibliografia ragionata di documenti strategici. Prove di efficacia e buone pratiche. Febbraio 2015 3. G. Tamburlini Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze, buone pratiche.

Medico e Bambino 2014; 33(4) 232-239

4. Early child development in the European Region: needs, trends and policy development. An overview based on five country assessments. World Health Organization. Regional Office for Europe. A cura di Ramona Velea, Giorgio Tamburlini, 2014.

5. Documento di consenso: valutazione neuro evolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni A cura del gruppo di lavoro multidisciplinare ACP, AIFI, FIMP, IOPTP, SIF, SINPIA, SIP, promosso da OMS, Ufficio Europeo e da EPA/UNEP/SA: Giorgio Tamburlini¹ e Gherardo Rapisardi² (coordinatori), Adrienne Davidson³, Monica Pierattelli^o, Marina Picca^{*}, Donella Proserpi[^], Federica Zanetto^{**} e con la collaborazione di Andrea Guzzetta^o.

6. Shonkoff J. The Science of Child Development. Center for the Developing Child, Harvard University, Mass. 2007.

7. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor M, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Lancet 2011;378(9799):1325-38.

8. Engle PL, Fernald LC, Alderman H, et al.; Global Child Development Steering Group. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. Lancet 2011;378(9799):1339-53.

9. Kilburn MR, Karoly LA. The Economics of Early Childhood Policy. The RAND Corporation, Occasional Papers, 2008

10. Ainsworth, MD, Bell S, Stayton SM. Infant- mother attachment and social development: "Socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Woodhead M, Carr R, Light P (Eds). Becoming a person. Child development in social context. Florence, KY, US, 1991; Vol. 1: pp. 30-55.

11. Apollonio MG, Barbiero C, Bascucci S, et al. Supporto precoce ai neogenitori: è necessario? Serve? Medico e Bambino 2005;24:589-98.

12. Tamburlini G. Bambini diversi e bambini diseguali. Medico e Bambino 2014;33:75-7.

13. Carneiro PM, Heckman JJ. Human capital policy. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. NBER Working Paper No. w9495, 2003.

14. London School of Economics. Cost Benefit t Analysis of Interventions with Parents. Research Report DCSF-RW008. London, UK: Department for Children, Schools and Families, 2007. <http://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DCSFRW008.Pdf>.

15. Jack P. Shonkoff et al : The Science of Early Childhood Development. (2007) National Scientific Council on the Developing Child. Harvard University

16. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C (2007). Early Child Development - A powerful equalizer. Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. Child Health and Education 2010;2(1):3-18.

17. Lake A. Early childhood development global action is overdue. Lancet 2011;378 (9799):1277-8.

18. Hart B, Risley T. Meaningful differences in the everyday experience of young American children. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 1995;800:638-3775.

19. Engle P, Young ME, Tamburlini G. The role of health sector in early child development. In: Britto P, Engle P, Super B (Eds). Handbook of early child development research and its impact on global policy. Oxford Univ Press, 2013.

20. www.genitoripiù.it

21. Tamburlini G, Rapisardi G (coordinatori), et al. Valutazione e promozione dello sviluppo 0-3 anni. Quaderni acp 2012;19(4):169-76.

22. Brazelton TB, Sparrow J. Touchpoints. Birth to Three. 2nd ed. Cambridge, MA: Da Capo Press, 2006. Zen GEA. Prospects for the new millennium. The Redding Lecture, Cornell University, NY: 2014.

23. Gangemi M, Elli P e Quadrino S (a cura di). Una Comunicazione Efficace. In: Ministero del lavoro e delle politiche Sociali. Genitori più. Materiale per operatori. 2009.

24. Rapisardi G, Davidson A. La promozione dello sviluppo neonatale e infantile: l'approccio

	Brazelton. Medico e Bambino 2003;3:171-175
Misure per le disuguaglianze	L'intervento è offerto a tutti i bambini umbri residenti e domiciliati e come tale è volto di per sé a superare le disuguaglianze di accesso e per garantire che tutti i genitori si presentino a ciascun bilancio, per la prima volta si intende inviare alla famiglia di ogni nuovo nato una lettera di invito e di presentazione sul significato e sull'importanza dei bilanci di salute. Tale materiale verrà comunque tradotto nelle principali lingue delle comunità di stranieri presenti in Umbria.
Trasversalità	Sebbene il pediatra è il principale protagonista di questo progetto, appare assolutamente necessario prevedere il coinvolgimento, non solo nella fase della formazione, di alcune figure di riferimento per la famiglia nelle prime fasi dello sviluppo del bambino, quali per esempio le ostetriche, gli psicologi che operano nei consultori familiari, le coordinatrici dei nidi per l'infanzia.
Attività principali	Il progetto si svilupperà nelle seguenti macro attività: <ul style="list-style-type: none"> • formazione dei pediatri di libera scelta volta ad aumentare il sostegno alla genitorialità; • revisione dei materiali informativi a disposizione del pediatra; • revisione e sviluppo del software gestionale per la registrazione della attività.
Rischi e management	Il rapporto tra la Direzione Salute e Coesione Sociale, in particolare con il Servizio Prevenzione e i Pediatri di Libera Scelta è un rapporto strutturato nel tempo e l'intero progetto è stato costruito con rappresentanti degli stessi. I bilanci di salute sono poi da ormai quasi dieci anni oggetto di contrattazione decentrata. Non si intravedono quindi notevoli rischi, se non quello derivante dalla difficoltà insite nel cambiamento di approccio culturale da parte del pediatra. E' ovvio che per superare tale criticità il percorso deve essere sostenuto da un notevole sforzo in termini di formazione.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
3.4.1 Favorire da parte del pediatra di famiglia (PLS) il sostegno alla genitorialità volto a promuovere l' early childhood development e l'adozione di stili di vita sani	3.4.1/1 materiale informativo revisionato e distribuito	/	/	/	Materiale informativo revisionato e distribuito	/	/
	3.4.1/2 accordo decentrato siglato	/	/	/	Accordo siglato	/	/
	3.4.1/3 rapporto sull'attività svolta dai PLS nel corso del 2017	/	/	/	/	/	Rapporto prodotto

Cronogramma 3.4 - Salute Infanzia 2.0

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
3.4.1 Favorire da parte del pediatra di famiglia (PLS) il sostegno alla genitorialità volto a promuovere l'early childhood development e l'adozione di stili di vita sani																	
3.4.1.1	Definire il pacchetto formativo e condividerlo con i rappresentanti dei PLS	Regione, PLS, Aziende USL, Scuola di Amministrazione pubblica Villa Umbra															
3.4.1.2	Effettuare la formazione ai PLS da parte di CSB onlus	Regione, CSB onlus															
3.4.1.3	Condividere materiale informativo per i genitori e per i PLS	Regione, CSB onlus, PLS															
3.4.1.4	Definire numero, distribuzione temporale e specifici contenuti dei singoli bilanci	Regione, PLS															
3.4.1.5	Approvare in sede di accordo decentrato la nuova architettura dei bilanci di salute	Regione, Aziende USL, sindacato PLS															
3.4.1.6	Sviluppare il sistema gestionale per l'inserimento dei nuovi bilanci	Regione															
3.4.1.7	Avvio dei nuovi bilanci di salute	Aziende USL, PLS															
3.4.1.8	Condivisione primo rapporto sull'attività svolta dai PLS nei bilanci di salute nel 2017	Regione															

Progetto 3.5 YAPS – Young and Peer School

Descrizione

Gli stili di vita e le abitudini comportamentali, che influenzano tanto profondamente le condizioni di salute e la qualità di vita degli adulti, si delineano e si consolidano in età adolescenziale; gli interventi rivolti a questa fascia di età, quindi, assumono rilievo da molti punti di vista.

L'obiettivo sostanziale degli interventi è valorizzare le competenze e le conoscenze, al fine di favorire negli adolescenti lo sviluppo di capacità riflessive e critiche a tutela della propria salute.

Sul piano metodologico, occorre individuare strumenti idonei specificamente per questa età, coerenti con le pratiche utilizzate in età inferiori. La metodologia maggiormente applicata nelle esperienze realizzate in Umbria è la peer education, che trova ampia validazione nella letteratura scientifica internazionale; l'OMS stessa riconosce l'educazione tra pari come una delle metodologie più efficaci per l'acquisizione di conoscenze da parte dei giovani, lo sviluppo del pensiero critico e della partecipazione.

Questo progetto si inserisce nel continuum degli interventi di promozione della salute sviluppati nelle scuole; è rivolto alle secondarie di secondo grado e costituisce, pertanto, la fase finale dell'intervento complessivo (gli altri progetti sono: 'Pensiamo positivo', applicato nelle scuole dell'infanzia e nelle scuole primarie, fino alle secondarie di primo grado; 'Unplugged', rivolto alle scuole secondarie di primo grado e centrato in maniera specifica sul consumo di sostanze psicoattive). Intende sviluppare in maniera diffusa nelle scuole del territorio regionale l'approccio della peer education.

Ad oggi sono state sviluppate diverse metodologie di educazione tra pari, tra cui l'empowered peer education (Pellai A. et al, 2002) è uno dei più diffusi.

Gli studenti diventando educatori tra pari esplorano il contesto in cui vivono attraverso una ricerca, partecipano all'elaborazione dei contenuti da discutere con i coetanei, vivono un'esperienza in cui progettano un lavoro che avrà ricadute sugli altri studenti, diventando "agenti di cambiamento". Diversamente dagli interventi tradizionali, gli adulti stanno "sullo sfondo" e gli adolescenti "in figura".

Il progetto è indirizzato agli adolescenti di età dai 14 ai 18 anni.

Include la formazione degli operatori sociosanitari delle Aziende USL, finalizzata a diffondere questo tipo di approccio e ad uniformare gradualmente le metodologie adottate nei diversi territori, la formazione degli insegnanti, dei genitori e di altre figure educative di riferimento, la formazione degli studenti peer. I tre diversi gruppi-target usufruiscono anche di momenti formativi comuni, in cui vengono sperimentate nuove modalità di comunicazione e di confronto inter-generazionale, che facilitano la comprensione dei diversi punti di vista e promuovono la valorizzazione delle risorse personali e collettive.

Gli insegnanti a conclusione del training formativo sono i soggetti deputati ad introdurre concretamente la metodologia nelle scuole, ed utilizzano il proprio ruolo per coordinare una strategia efficace, come facilitatori, nella quotidianità della relazione che si instaura tra educatore ed allievo.

Gli operatori sociosanitari fungono da elementi di supporto, a sostegno degli insegnanti, prevalentemente attraverso attività di formazione e di supervisione.

La collaborazione tra il mondo sanitario e quello della scuola rappresenta un elemento fondamentale per attuare azioni finalizzate a promuovere la salute e il benessere dei ragazzi attraverso metodologie di approccio integrate e multidisciplinari e strumenti operativi validati nella loro efficacia.

Come per gli altri progetti attuati nel contesto scolastico, è necessario, quale condizione preliminare ad una adeguata ed efficace realizzazione di questo progetto, consolidare l'impostazione intersettoriale dell'organizzazione e della pianificazione delle Reti della promozione della salute a livello aziendale e soprattutto distrettuale (Tavolo di coordinamento distrettuale), potenziando in particolare il lavoro integrato con i Comuni e, in maniera specifica, con la scuola (a partire dalla progettazione partecipata), con protocolli di collaborazione che investano il livello regionale,

	<p>aziendale e distrettuale.</p> <p>Nella strutturazione di sinergie interistituzionali, un ruolo chiave è rivestito dai Comuni, che a loro volta costituiscono anche il tramite per utili collaborazioni con le associazioni e le risorse informali del territorio.</p> <p>Molti sono gli strumenti per accordi che possono facilitare il coordinamento delle azioni a livello locale, e rinforzare il sistema di alleanze necessario a sostenere la promozione della salute. Un esempio positivo è il Protocollo siglato dalla Prefettura di Perugia con tutte le istituzioni del territorio in materia di prevenzione e contrasto del consumo di sostanze psicoattive legali ed illegali, rivolto al territorio della città di Perugia, che coinvolge tra gli altri, oltre alla Regione, il Comune, la Provincia, l'Azienda USL, la Diocesi, l'Ufficio scolastico regionale e l'Università.</p> <p>I percorsi di collaborazione intersettoriale ed inter-istituzionale consentono di realizzare interventi trasversali, di integrare in un insieme coerente azioni sviluppate su più livelli, e quindi potenziarne gli effetti, di evitare la dispersione di risorse in attività frammentate e convogliare invece tutte le energie in programmi complessivi condivisi.</p> <p>Questi elementi generali sono particolarmente significativi per questo progetto, poiché attività incentrate sulla metodologia della peer education, o comunque rivolti alla scuola secondaria di secondo grado, vengono spesso attivate da soggetti istituzionali diversi. Gli interventi di peer education realizzati in ambito scolastico, peraltro, possono utilmente estendersi e connettersi con interventi similari sviluppati in contesti extrascolastici, ed avvalersi anche di strumenti on line (presenza su social network, siti web, app, in possibile connessione con il progetto 'Spazio ai giovani: dal reale al virtuale').</p> <p>Obiettivo generale del progetto</p> <p>Diffondere il metodo dell'educazione tra pari nelle scuole secondarie di secondo grado di tutto il territorio regionale, quale strumento per valorizzare le competenze e le conoscenze dei ragazzi, al fine di favorire lo sviluppo di capacità riflessive e critiche a tutela della salute.</p> <p>Obiettivi specifici:</p> <p>3.5.1 Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la "Rete delle scuole che promuovono benessere".</p> <p>3.5.2 Costituire un gruppo di lavoro, di livello regionale, composto da operatori delle Reti aziendali di promozione della salute e mettere a punto un pacchetto formativo sulla metodologia dell'educazione tra pari.</p> <p>3.5.3 Formare gli insegnanti all'utilizzazione della metodologia dell'educazione tra pari e programmare in maniera partecipata l'organizzazione degli interventi nelle scuole secondarie di secondo grado.</p> <p>3.5.4 Implementare nelle scuole secondarie di secondo grado interventi di promozione della salute con il metodo dell'educazione tra pari.</p>
Gruppo prioritario	Studenti delle scuole secondarie di secondo grado.
Setting	Scuola
Gruppi di interesse	<p>Adolescenti di 14-18 anni.</p> <p>Genitori. Insegnanti. Operatori sociosanitari.</p> <p><i>Reti aziendali della promozione della salute. Tavoli distrettuali della promozione della salute.</i></p> <p>Direzione regionale Salute e coesione sociale, Direzioni ASL, Direzioni di distretto sociosanitario, Ufficio scolastico regionale, Direzioni scolastiche.</p>
Prove di efficacia	La <i>peer education</i> trova ampia validazione nella letteratura scientifica internazionale; l'OMS stessa riconosce l'educazione tra pari come una delle metodologie più efficaci per l'acquisizione di conoscenze da parte dei giovani, lo sviluppo del pensiero critico e della partecipazione.
Misure per le disuguaglianze	La diffusione delle attività formative e delle conseguenti realizzazioni operative è programmata in modo da garantire uniformità nell'insieme del territorio regionale, e allo stesso tempo presenza capillare nei territori.

Trasversalità	<p>Il progetto è intersettoriale, oltre alla Regione coinvolge in via prioritaria le ASL, la scuola, i genitori degli alunni.</p> <p>Si avvale positivamente, inoltre, di reti di supporto locali costituite dalle istituzioni territoriali, ed in particolare dai Comuni, oltre che da associazioni ed altre risorse informali presenti nei territori.</p>
Attività principali	<p>Azioni relative ai singoli obiettivi specifici</p> <p>3.5.1.1. Predisporre ed adottare un Protocollo di collaborazione tra la Regione e l'Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute nelle scuole di ogni ordine e grado.</p> <p><i>Il Protocollo di collaborazione includerà, oltre alle azioni previste da questo progetto, tutti gli interventi che il Piano rivolge al contesto scolastico</i></p> <p>3.5.1.2 Adottare in ciascuna Azienda USL Protocolli di collaborazione di livello distrettuale con gli istituti scolastici presenti nel territorio</p> <p><i>I Protocolli dovranno essere stipulati per il primo anno in almeno il 30% dei distretti sanitari di ciascuna Azienda USL; per il secondo anno, in almeno il 60%; per il terzo anno, nel 100% dei distretti.</i></p> <p>3.5.2.1 Costituire un gruppo di lavoro di ambito regionale, con il compito di coordinare e supportare la realizzazione del progetto in tutto il territorio regionale, composto rappresentativi dei servizi che fanno parte delle reti per la promozione della salute.</p> <p><i>Il Gruppo avrà i medesimi compiti riguardo all'insieme dei progetti di promozione della salute rivolti al contesto scolastico.</i></p> <p>3.5.2.2 Predisporre un pacchetto formativo per introdurre la metodologia dell'educazione tra pari nelle scuole.</p> <p>3.5.3.1. Programmare con le scuole incluse nei Protocolli di collaborazione la formazione degli insegnanti del successivo anno scolastico (POF)</p> <p>3.5.3.2. Realizzare percorsi formativi e di programmazione partecipata con gli insegnanti, applicando il pacchetto formativo specificamente predisposto.</p> <p><i>La formazione coinvolgerà gli insegnanti delle scuole incluse nei Protocolli di collaborazione siglati a livello dei Distretti sanitari delle Aziende USL, secondo la progressione definita per la stipula dei Protocolli (v. azione 3.5.1.2).</i></p> <p>3.5.4.1 Realizzare interventi di promozione della salute con il metodo dell'educazione tra pari nelle scuole secondarie di secondo grado, compresa la formazione dei <i>peer educator</i>, secondo la programmazione condivisa.</p> <p><i>Gli interventi sono condotti nella scuola dagli insegnanti, nell'ambito delle attività didattiche abituali. Saranno realizzati almeno nel 50% delle scuole incluse nei Protocolli di collaborazione siglati a livello dei distretti sanitari delle Aziende USL, secondo la progressione definita per la stipula dei Protocolli (v. azione 3.5.1.2).</i></p> <p>3.5.4.2 Attuare interventi di consulenza e supervisione degli insegnanti.</p> <p><i>Gli operatori sociosanitari delle Reti della promozione della salute garantiscono attività di consulenza e supervisione periodica, su richiesta degli insegnanti referenti (funzioni strumentali).</i></p>
Rischi e management	<p>Sono individuati i seguenti rischi principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'eventualità di uno scarso o inefficace coinvolgimento delle scuole, che minerebbe alla base la possibilità di porre in atto il progetto; - l'eventuale frammentarietà degli interventi, che si tradurrebbe in una scarsa efficacia del progetto. <p>L'attività di promozione della salute rivolta ai bambini e agli adolescenti richiede, ancor più di quella indirizzata agli adulti, continuità nel tempo, stabilità, appropriatezza e coerenza dell'insieme degli interventi, pena l'inefficacia sostanziale degli interventi stessi e quindi il dispendio inutile di risorse. Assume un rilievo fondamentale, pertanto, la qualità organizzativa della struttura cui è affidato il coordinamento degli interventi, ed in special modo la qualità dei rapporti stabiliti con i Comuni e, in modo specifico, con la scuola.</p>

	<p>Gli indirizzi regionali (ed in particolare le disposizioni adottate con la DGR n. 805/2014) e i conseguenti atti formali delle direzioni aziendali sono pienamente rivolti alla costruzione e al consolidamento di un sistema di intervento coordinato ed organico, impostato sull'intersettorialità, basato sulla costituzione in ciascuna ASL della "Rete aziendale dei servizi per la promozione della salute". Tuttavia, è al livello locale che si collocano in maniera più precisa sia la lettura dettagliata dei bisogni e delle risorse del territorio, sia la possibilità di instaurare e mantenere specifiche sinergie intersettoriali, in particolare con i Comuni e con la scuola (considerato anche il largo margine di autonomia che compete alle direzioni di istituto scolastico). Pertanto, per contrastare il rischio di un insufficiente coinvolgimento della scuola e di realizzazioni discontinue e disomogenee nel territorio, si intende realizzare, nel corso di attuazione del Piano, un monitoraggio costante dell'applicazione della DGR n. 805/2014, <i>"Linee di indirizzo per la costituzione delle Reti aziendali dei Servizi per la promozione della salute"</i>, con particolare focalizzazione sulle articolazioni organizzative di livello distrettuale (Tavoli di coordinamento distrettuale) e sul livello di integrazione intersettoriale posto in essere, in particolare con i Comuni e, in maniera specifica, con la scuola.</p> <p>Sul versante della scuola, si intende consolidare i rapporti di collaborazione già in atto, attraverso Protocolli formali, a cascata dal livello regionale a quelli locali, ed un rapporto sostanziale e costante con l'Ufficio scolastico regionale.</p> <p>Sono inoltre da prevedere a livello locale leggeri scostamenti dalla tempistica e dalle modalità di attuazione degli interventi predefiniti, in relazione ad esigenze specifiche degli istituti scolastici.</p>
Sostenibilità	<p>Il piano di attuazione del progetto prevede una gradualità delle realizzazioni, anche in termini di diffusione territoriale, con l'obiettivo di sostenerne la fattibilità.</p>

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
3.5.1 Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la "Rete delle scuole che promuovono benessere"	3.5.1/ Protocollo di collaborazione tra la Regione e l'Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute	/	/	/	Protocollo siglato	/	/
	3.5.1/2 Protocolli di collaborazione tra la ASL (distretti sanitari) e gli istituti scolastici	N. protocolli adottati / n. distretti	/	/	30% distretti	60% distretti	100% distretti
3.5.3 Formare gli insegnanti all'utilizzazione della metodologia dell'educazione tra pari	Scuole secondarie di II grado partecipanti ai corsi sull'educazione tra pari	n. scuole sec. II grado partecipanti ai corsi/n. scuole incluse nei protocolli	/	/	/	75%	75%
3.5.4 Implementare nelle scuole secondarie di secondo grado interventi di promozione della salute con il metodo dell'educazione tra pari	Scuole sec. II grado che attuano interventi con il metodo dell'educazione tra pari	n. scuole sec. II grado che attuano gli interventi/n. scuole incluse nei protocolli	/	/	/	50%	50%

Cronogramma 3.5 - YAPS – Young and Peer School

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
3.5.1 Coinvolgere le scuole, in maniera diffusa, attraverso protocolli di collaborazione volti ad ampliare la “Rete delle scuole che promuovono benessere”																	
3.5.1.1	Predisporre ed adottare un Protocollo di collaborazione tra la Regione e l’Ufficio scolastico Regionale per la realizzazione di percorsi di educazione e promozione della salute nelle scuole di ogni ordine e grado	Regione – Ufficio scolastico regionale															
3.5.1.2	Adottare in ciascuna Azienda USL Protocolli di collaborazione di livello distrettuale con gli Istituti scolastici presenti nel territorio	ASL, Reti dei servizi di promozione della salute, Distretti sanitari, Istituti scolastici															
3.5.2 Costituire un gruppo di lavoro, di livello regionale, composto da operatori delle Reti aziendali di promozione della salute e mettere a punto un pacchetto formativo sulla metodologia dell’educazione tra pari.																	
3.5.2.1	Costituire un gruppo di lavoro di ambito regionale, con il compito di coordinare e supportare la realizzazione del progetto in tutto il territorio regionale, composto da operatori rappresentativi dei servizi che fanno parte delle reti per la promozione della salute	Regione, ASL, Reti dei servizi di promozione della salute															
3.5.2.2	Predisporre un pacchetto formativo per introdurre la metodologia dell’educazione tra pari nelle scuole	Regione, gruppo di lavoro regionale (operatori ASL individuati)															
3.5.3 Formare gli insegnanti all’utilizzazione della metodologia dell’educazione tra pari e programmare in maniera partecipata l’organizzazione degli interventi nelle scuole secondarie di secondo grado.																	
3.5.3.1	Programmare con le scuole incluse nei Protocolli di collaborazione la formazione degli insegnanti del successivo anno scolastico (POF)	Regione – Ufficio scolastico regionale															

3.5.3.2	Realizzare percorsi formativi e di programmazione partecipata con gli insegnanti, applicando il pacchetto formativo specificamente predisposto	ASL, Reti dei servizi di promozione della salute, Distretti sanitari, Istituti scolastici																		
3.5.4 Implementare nelle scuole secondarie di secondo grado interventi di promozione della salute con il metodo dell'educazione tra pari																				
3.5.4.1	Realizzare interventi di promozione della salute con il metodo dell'educazione tra pari nelle scuole secondarie di secondo grado, secondo la programmazione condivisa	Insegnanti																		
3.5.4.2	Attuare interventi di consulenza e supervisione degli insegnanti	Operatori delle Reti dei servizi di promozione della salute delle ASL																		

Progetto 3.6 PIUMA - Progetto Integrato Unità Multidisciplinare Abuso

Descrizione

L'abuso e il maltrattamento dei minori sono fenomeni estremamente complessi; un problema molto rilevante è la difficoltà che i soggetti rappresentativi nel percorso di crescita e sviluppo del bambino hanno nel rilevare gli indicatori tipici di tali fenomeni, con la conseguenza che ancora oggi sono numerose le situazioni che sfuggono alla segnalazione, fatto che porta necessariamente al protrarsi della condizione di abuso o maltrattamento con seri rischi per la salute psico-fisica del bambino.

In Italia, peraltro, non esiste un sistema di raccolta dei dati che consenta di stimare l'entità del fenomeno, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo e, conseguentemente, di mettere in atto più efficaci strategie di contrasto di tutte le forme di violenza agite nei confronti dell'infanzia.

Le raccomandazioni dell'ONU sottolineano l'importanza di investire sulla prevenzione quale elemento strategico per la realizzazione di un sistema efficace di contrasto che non può prescindere da due fattori fondamentali: la conoscenza del fenomeno e il costante monitoraggio sullo stesso.

Secondo O.M.S. *"il maltrattamento è comprensivo di tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza o sfruttamento commerciale o assenza di azioni e cure con conseguente danno reale o potenziale o evolutivo alla salute, alla sopravvivenza, sviluppo o alla dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere"*(Da Report of the consultation on Child abuse prevention. WHO, Geneva, 29-31 March 1999; WHO/HSC/PVI/99) e può essere di diverso tipo:

abuso/maltrattamento fisico:

- uso volontario della forza fisica da parte dell'abusante nei confronti di un minore che risulti o possa risultare in un danno fisico a carico del minore stesso. Include colpi, calci, percosse, ferite da armi da taglio, morsi, spinte, trascinamenti, scuotimenti, strangolamento, ustioni, soffocamento, scottature, avvelenamento;

maltrattamento psicologico/abuso emozionale:

- comportamento intenzionale che porta il minore a sentirsi inadeguato, non amato, non voluto, svalutato: violenze verbali o comportamenti che assumono la forma di pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni; può essere episodico o continuo.;
- comportamenti che possono risultare dannosi per la sfera emotiva e psicologica del minore, danneggiare o inibire nel bambino lo sviluppo di competenze cognitivo-emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria;

patologia delle cure:

- condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni fisici e psichici, in rapporto al momento evolutivo ed all'età.

Tale patologia si manifesta in tre specifiche categorie cliniche:

l'incuria vera e propria (neglect) si realizza quando le cure sono insufficienti (cibo, igiene, cure mediche, educazione, abitazione, sicurezza) e si manifesta con ripercussioni sullo stato di salute, con segni fisici e comportamentali;

la discuria si realizza quando le cure vengono fornite ma in modo distorto, non appropriato al momento evolutivo, e ciò può condurre ad anacronismo delle cure, imposizione di ritmi di acquisizione precoci, aspettative irrazionali, iperprotettività;

l'ipercura si realizza quando le cure dello stato fisico sono caratterizzate da una persistente e eccessiva medicalizzazione;

abuso sessuale:

- coinvolgimento di un minore in attività sessuali alle quali egli non può acconsentire perché non maturo e psicologicamente dipendente. Ogni tentativo di compiere un atto sessuale o un atto sessuale completo, con o senza contatto, a danno di un minore. Penetrazione: tra bocca, pene, vulva o ano di un bambino e di un altro individuo. Con contatto: toccare intenzionalmente in

modo diretto o attraverso i vestiti i genitali, le natiche o il seno di un soggetto minorenne. Senza contatto: esporre il minore all'attività sessuale di terzi, a filmati pedo-pornografici o alla prostituzione.

Tra le diverse forme di abuso infantile troviamo: la pedofilia, l'incesto, il sottoporre a soggetti minorenni materiale pornografico, il turismo sessuale;

violenza assistita

- per violenza assistita si intende l'esperire da parte del bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento compiuto, attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Si include l'assistere a violenze di minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici.

I più recenti dati relativi al fenomeno del maltrattamento sui minori sono quelli riportati nel dossier: "Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia?", prima Indagine nazionale quali/quantitativa sul maltrattamento a danno di bambini, realizzata in collaborazione tra Terre des Hommes e CISMAI (Coordinamento Italiano Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia).

Il dossier è il risultato di un'indagine avviata nel primo semestre del 2012 attraverso un questionario da sottoporre ai Comuni, strutturato in modo tale da poter rilevare le diverse forme di maltrattamento a danno dei minori residenti nei Comuni interessati, sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo. Tali dati si riferiscono quindi al 31.12.2011 e sono, ad oggi, i più aggiornati disponibili in Italia.

Dall'indagine risulta che 1 minore su 6 fra quelli assistiti dai servizi sociali dei Comuni italiani e 1 minore su 100, fra la popolazione minorile residente risulta vittima di maltrattamento e che le bambine e le ragazze sono la categoria più esposta al fenomeno.

La casistica di abuso e maltrattamento riveste, quindi, un ruolo di primo piano tra le cause che comportano l'intervento dei Servizi Sociali, (15,46% del totale dei minori presi in carico).

Lo studio testimonia come il fenomeno sia largamente diffuso nel nostro Paese e come questo richieda la messa a punto di sistemi informativi di rilevazione dei dati sia a livello locale sia soprattutto nazionale, sulla base dei quali attivare politiche di prevenzione adeguate.

Sapere che 1 bambino su 100 accede ai Servizi sociali perché è vittima di maltrattamento e abuso sessuale implica, infatti, l'urgenza di costituire una rete di prevenzione e protezione che consenta di prendersi cura al meglio di bambini già purtroppo danneggiati dal maltrattamento e di mettere in atto tutte le misure possibili per ridurre significativamente tale numero.

La protezione e la tutela rappresentano la sintesi delle direttrici principali contenute nelle varie Convenzioni internazionali relative ai diritti dell'infanzia, sono trasversali alle responsabilità istituzionali di un territorio e definiscono un campo di intervento ampio e complesso che si sviluppa a partire dal riconoscimento del minore come "soggetto portatore di diritti" e allo stesso tempo dipendente per la soddisfazione dei suoi bisogni materiali, affettivi, relazionali, sociali e culturali, dagli adulti che di lui si occupano e dai contesti ambientali e sociali in cui vive.

Tali bisogni vanno garantiti attraverso interventi che agiscano sulla promozione e sull'empowerment delle competenze genitoriali e con la promozione di competenze nel quotidiano, attraverso la costituzione di solide "reti di fronteggiamento" a protezione e tutela dei minori, supportate anche dalla costruzione, pur nel rispetto delle reciproche competenze, di stabili forme di intesa, comuni e condivise, tra il sistema integrato dei Servizi Sociali comunali, dei Servizi Sanitari delle ASL e il sistema giudiziario, per rendere sempre più tempestivi e congrui alle diverse situazioni i percorsi di tutela da attivare.

In questa logica nel 2013 è stato avviato in via sperimentale un progetto denominato con l'acronimo PIUMA (Progetto Integrato Unità Multidisciplinare Abuso) con **l'obiettivo di realizzare un modello integrato di intervento e coordinamento, in grado di fare fronte al fenomeno del maltrattamento sui minori, attraverso un'efficace rilevazione dei segnali di abuso ed una conseguente presa in carico dei casi.**

Il progetto è stato realizzato nella Zona Sociale 2 (Perugia), attraverso un A.T.S. (Associazione Temporanea di Scopo) tra Regione Umbria, Comune di Perugia, (capofila zona sociale 2) , cooperativa sociale Borgorete e cooperativa sociale Nuova dimensione, coinvolgendo gli operatori appartenenti ai vari sistemi istituzionali (giudiziario civile e penale, forze dell'ordine, sanitario e socio-sanitario, servizi sociali), nel territorio intercomunale di Perugia, Corciano e Torgiano (denominata zona sociale n°2) ed in quello del Distretto del perugino dell'Azienda Usl.n°1 (coincidente come ambito geografico con quello della Zona Sociale).

Il progetto attraverso la collaborazione inter-istituzionale tra i procedimenti giudiziari e le prassi operative sociali, psicologiche e sanitarie intende:

- individuare le attività di protezione, di cura e di sostegno (sociali, educative, psicologiche, sanitarie) in favore di minori vittime di abuso e sfruttamento sessuale, da realizzare in modo integrato;
- garantire un adeguato coordinamento interistituzionale fra i soggetti pubblici;
- assicurare un'appropriatezza integrazione tra i vari sistemi dei servizi e le professionalità coinvolte nella gestione del modello di intervento, a favore delle vittime di abuso e sfruttamento sessuale attraverso la realizzazione di percorsi formativi dedicati.

Il progetto di basa su due linee d'intervento:

1. Attivare modalità di coordinamento interistituzionale e di integrazione operativa professionale attraverso la creazione da una parte di uno specifico gruppo regionale e dall'altra di una nuova modalità organizzativa di lavoro denominata "unità competente multidisciplinare" (UCM) a valenza territoriale di zona sociale/distretto sanitario, che si occupi della raccolta e valutazione degli elementi di sospetto dei soggetti (pubblici e privati) che a vario titolo rilevano espressioni di disagio e malessere nel bambino, al fine di effettuare (qualora ritenuto necessario) una "segnalazione tempestiva e qualificata" all'autorità giudiziaria, ma anche di prendersi carico del bambino e dei suoi genitori, così come specificato sotto.

Il Gruppo di coordinamento regionale è composto dai rappresentanti dei vari soggetti istituzionali (Regione Umbria, Comuni capofila di zona sociale, Aziende USL, Aziende Ospedaliere, Ufficio Regionale Scolastico, Forze dell'Ordine, Procura dei Tribunale dei Minorenni, Tribunale per i Minorenni, Procura Ordinaria, Tribunale Ordinario) e delle organizzazioni del privato sociale (Cooperative Sociali e Associazioni di Promozione Sociale) che intendono aderire al progetto, al quale sono affidate le funzioni di coordinamento, monitoraggio e valutazione della sperimentazione progettuale.

Sarà compito del Gruppo regionale:

- individuare e concordare, nella fase iniziale, tra i vari soggetti istituzionali coinvolti, le sinergie e le condizioni che rendono possibile l'organizzazione e la gestione degli interventi di protezione psico-sociale e tutela giuridica dei minori vittime attraverso la stipula di Associazione Temporanea di Scopo (ATS) e di specifici Protocolli d'Intesa;
- monitorare la realizzazione degli interventi e delle attività, al fine di evidenziare le interazioni tra i vari organi dell'Autorità Giudiziaria, il modello inter-organizzativo e interprofessionale tra il sistema dei servizi sociali e sanitari e le procedure messe a punto con il sistema giudiziario in modo da valutarne i risultati in termini di efficienza ed efficacia;
- definire, infine, in base ai risultati prodotti dalla sperimentazione, linee guida regionali organizzative e professionali trasferibili all'intero territorio umbro.

L'Unità Competente Multidisciplinare - (UCM) è composta da operatori con preparazione ed esperienza nella specifica area d'intervento provenienti sia dai servizi sociali dei Comuni che dai servizi socio-sanitari dell'Azienda USL n° 1 e 2 (Dipartimento salute Mentale – Distretti) e prevede per ciascuna unità la presenza, quale nucleo minimo di base, di due assistenti sociali comunali e di due psicologi delle Aziende U.S.L., integrata da altre figure professionali quali psichiatra/neuropsichiatra infantile, pediatri, educatori, consulenti legali a seconda delle singole situazioni. L'UCM vuole essere quindi, un riferimento per tutti i soggetti (pubblici e

privati) che a qualsiasi titolo vengono in contatto con il minore abusato e sfruttato sessualmente. L'UCM provvederà allo svolgimento di specifiche attività:

o rilevazione e indagine sociale:

ascolto e consulenza dei soggetti (pubblici e privati) che a vario titolo rilevano espressioni di disagio e malessere nel bambino per una prima raccolta e valutazione degli elementi di sospetto emersi al fine di effettuare (qualora ritenuto necessario) una "segnalazione tempestiva e qualificata" all'autorità giudiziaria;

indagine sociale che verrà effettuata dalle Assistenti Sociali dell'UCM in raccordo con le equipe sociali territoriali (denominate Uffici di Cittadinanza) attraverso un percorso di conoscenza e approfondimento che preveda la valutazione degli aspetti socio-ambientali, familiari e relazionali integrata con quelli relativi agli aspetti della valutazione clinica, psicologica e medica del minore effettuata dagli psicologi e dai neuropsichiatri/psichiatri per giungere ad una diagnosi integrata ed acquisire elementi che possono divenire prova di vittimizzazione. Vanno create le condizioni in questa fase di attività perché parallelamente venga costruito da subito un contesto di presa in carico del bambino/a e degli adulti eventualmente protettivi;

o presa in carico e protezione del/della minore:

presa in carico con finalità di valutazione clinica e di trattamento del/della minore verrà effettuata da professionisti dell'UCM appositamente formati a tecniche psicoterapiche per l'elaborazione del trauma in una logica di continuum tra diagnosi e cura.

protezione sociale in base al grado di urgenza attraverso l'utilizzo sia del servizio di pronto intervento sociale e pronta accoglienza comunale (affidati in gestione al terzo settore) che di comunità educative private (regolarmente autorizzate dai Comuni di Zona sociale, opportunamente selezionate in base alla qualità del lavoro educativo svolto ed alle esperienze pregresse in quest'ambito. Ci si propone anche di individuare tra le famiglie affidatarie (presenti nella Banca Famiglie del Servizio di Affidamento Familiare) quelle che, dopo una fase di preparazione specifica, si rendano disponibili all'accoglienza di minori vittime di violenza e sfruttamento.

Il progetto di inserimento educativo nelle comunità residenziali e/o di affidamento familiare verrà seguito dalle Assistenti Sociali nell'ambito di una presa in carico globale del minore da parte dell'UCM;

o presa in carico dei genitori:

realizzazione di un percorso valutativo e terapeutico dei genitori effettuato dai professionisti dell'UCM. Tale percorso avrà come esito sia una valutazione da inviare alla Autorità Giudiziaria per l'emanazione di provvedimenti di tutela del minore, che di appropriati programmi terapeutici per il recupero della genitorialità. Nell'ambito di questa fase dell'intervento verranno programmati, organizzati e gestiti in base alle disposizioni dell'Autorità Giudiziaria Minorile gli incontri protetti tra minori e familiari al fine di costruire, ricostruire, sostenere e mantenere per quanto possibile i legami tra i figli e i loro genitori e/o altri familiari.

o assistenza giuridica del/della minore vittima:

il minore vittima di abuso e sfruttamento sessuale viene necessariamente coinvolto in diverse esperienze giudiziali.

Si propone l'attivazione di un percorso di "accompagnamento" del minore durante l'iter giudiziario (rivelazione, audizione protetta, incidente probatorio), in integrazione con l'Autorità Giudiziaria. L'UCM si prenderà cura di informare correttamente il minore dell'iter giudiziario che dovrà affrontare e dei vari soggetti in esso coinvolti e metterà a disposizione dell'Autorità Giudiziaria un pool di professionisti formati all'ascolto del minore testimone, per la fase dell'audizione protetta da parte del P.M., al fine di garantire i suoi diritti e la sua salute nel rispetto di un corretto percorso giudiziario.

	<p>Inoltre, si intende anche promuovere una collaborazione attiva con l'Ordine degli Avvocati, per l'individuazione di un pool di avvocati specializzati nella materia dell'abuso minorile, che siano un punto di riferimento qualificato per la Magistratura;</p> <ul style="list-style-type: none"> o <u>accompagnamento del minore verso un progetto di vita:</u> <p>a partire dalla valutazione degli esiti dell'intervento di protezione e di trattamento effettuato, per la quale si predisporranno strumenti specifici utili alla redazione della relazione finale, verrà definito un nuovo progetto personalizzato adeguato a sostenere e/o integrare le risorse e le potenzialità del minore e del suo contesto familiare, con quello educativo e sociale.</p> <p>Questa fase prevede da una parte una forte integrazione dell'UCM con i Servizi Sociali e Sanitari di Territorio per garantire una eventuale appropriata e graduale presa in carico del minore da parte loro. Dall'altra, l'UCM si adopererà per valorizzare le risorse socio-educative della comunità locale e per facilitare il minore al loro utilizzo al fine di una rinnovata reinclusione in percorsi ordinari della vita quotidiana.</p> <p>2. Realizzare percorsi formativi articolati su più livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - percorso di sensibilizzazione, rivolto ai quei sensori della comunità che potrebbero venire in contatto con le vittime e che afferiscono al mondo dello sport, a quello ricreativo, a quello educativo; - percorsi di formazione integrata di base, rivolto agli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale che a vario titolo si occupano di interventi di bambini e di adolescenti e possono avere l'occasione di impattare in prima battuta segni e sintomi del presunto abuso. - percorsi di formazione specialistica realizzati attraverso moduli formativi a livello nazionale relativi all'ambito dell'intervento sociale, della valutazione e del trattamento clinico delle vittime e dei loro familiari, dai componenti dell'UCM. <p>Nel corso della sperimentazione l'Unità Competente Multidisciplinare Abuso della Zona sociale 2-Perugia, nel periodo 2013/novembre 2014 ha rilevato 47 <u>nuove richieste</u> riguardanti altrettanti minori. Ad oggi sono state raccolte altre 22 richieste di consulenza trattamento. Per ogni richiesta sono state effettuate attività diverse a seconda del tipo di situazione: consulenza sulle procedure agli operatori delle istituzioni (ospedale, uffici della cittadinanza, NPI, CSM scuola), riunioni d'equipe per la progettazione dell'intervento integrato e il successivo monitoraggio e verifica, valutazioni del bambino e dei familiari, udienze in tribunale, prese in carico terapeutiche, progetti in spazio neutro, inserimenti in comunità, audizioni per raccolta di prime informazioni testimoniali.</p> <p>Il presente progetto prevede una estensione del modello PIUMA in altre 3 zone sociali: ad ex dimensione ASL (ASL1 città di Castello, ASL 3 Foligno, ASL 4 Terni) e il mantenimento nella zona sociale corrispondente alla ASL 2, Perugia.</p>
Gruppo prioritario	<p><u>Destinatari diretti:</u></p> <p>minori vittime di abuso, sfruttamento sessuale e maltrattamento, attraverso la presa in carico e il coordinamento degli interventi da parte dell' "unità competente multidisciplinare" di riferimento interistituzionale.</p>
Setting	Territorio afferente alla 4 ex dimensioni ASL: 1/2/3/4
Gruppi di interesse	<p><u>Destinatari indiretti:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le famiglie dei minori; - gli operatori sociali, sanitari, delle Forze dell'Ordine e dell'Autorità Giudiziaria - le persone e i soggetti della comunità che a vario titolo in ambito sociale, educativo, scolastico, sportivo e ricreativo possono entrare in eventuale contatto con il minore <i>abusato</i>

Misure per le disuguaglianze	Il progetto intende intervenire proprio in favore delle famiglie e dei bambini in uno stato di disagio e di emarginazione.
Trasversalità (intersectoriale, multisectoriale)	Protocolli di intesa tra soggetti istituzionali e del privato sociale per la realizzazione di Unità Multidisciplinari Integrate e relative attività
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> – Attivare modalità di coordinamento interistituzionale e di integrazione operativa professionale attraverso la creazione di uno specifico gruppo di coordinamento regionale composto dai rappresentanti dei vari soggetti istituzionali e dell' Unità Competente Multidisciplinare; – realizzare i percorsi formativi rivolti ai sensori della comunità, ad operatori dei servizi pubblici e del privato sociale, operatori pubblici dell'area dell'intervento sociale.
Rischi e management	Innovatività del progetto; cambiamento di approccio nella metodologia di lavoro; capacità di integrazione dei diversi soggetti istituzionali e delle professionalità coinvolte.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
3.6.1 Realizzare un <i>modello integrato di intervento e coordinamento</i> , in grado di fare fronte al fenomeno del maltrattamento sui minori, attraverso un'efficace rilevazione dei segnali di abuso ed una conseguente presa in carico dei casi.	3.6.1/1 Estensione del modello	N° di Zone territoriali in cui il programma è stato implementato/ N° di zone territoriali previste X 100	/	/	50%	80%	100%
	3.6.1/2 Efficienza della UCM	N. interventi della UCM /N° richieste	/	/	90%	90%	90%

Cronogramma 3.6 - PIUMA - Progetto Integrato Unità Multidisciplinare Abuso

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
3.6.1 Realizzare un modello integrato di intervento e coordinamento, in grado di fare fronte al fenomeno del maltrattamento sui minori, attraverso un'efficace rilevazione dei segnali di abuso ed una conseguente presa in carico dei casi																
3.6.1.1	Costituire il Gruppo di coordinamento regionale	Regione														
3.6.1.2	Individuare e concordare, nella fase iniziale, tra i vari soggetti istituzionali coinvolti, le sinergie e le condizioni che rendono possibile l'organizzazione e la gestione degli interventi di protezione psico-sociale e tutela giuridica dei minori vittime (Protocollo d'Intesa)	Gruppo di coordinamento regionale														
3.6.1.3	Costituire l'Unità Competente Multidisciplinare (UCM)	Gruppo di coordinamento regionale														
3.6.1.4	Realizzare un percorso di formazione specialistica rivolto all'UCM attraverso moduli formativi a livello nazionale relativi all'ambito dell'intervento sociale, della valutazione e del trattamento clinico delle vittime e dei loro familiari															
3.6.1.5	Realizzare un percorso di sensibilizzazione, rivolto ai quei sensori della comunità che potrebbero venire in contatto con le vittime e che afferiscono al mondo dello sport, a quello ricreativo, a quello educativo	Gruppo di coordinamento regionale														
3.6.1.6	Realizzare un percorso di formazione integrata di base, rivolto agli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale che a vario titolo si occupano di interventi di bambini e di adolescenti e possono avere l'occasione di impattare in prima battuta segni e sintomi del presunto abuso	Gruppo di coordinamento regionale														
3.6.1.7	Realizzare gli interventi	Unità Competente Multidisciplinare														
3.6.1.8	Monitorare la realizzazione degli interventi e delle attività e valutarne i risultati in termini di efficienza ed efficacia	Gruppo di coordinamento regionale														
3.6.1.9	Definire in base ai risultati prodotti dalla sperimentazione, linee guida regionali organizzative e professionali trasferibili all'intero territorio umbro	Gruppo di coordinamento regionale														

Progetto 3.7 La bellezza e i suoi desideri: mondo giovanile e nuovi linguaggi

Descrizione

Uno degli aspetti più preoccupanti nella diffusione del disagio giovanile e delle patologie da dipendenza, come nella globalizzazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare, è l'utilizzazione del web nella trasmissione di modelli culturali che enfatizzano la competitività e la perfezione attraverso siti che propagandano comportamenti patologici. La comunicazione giovanile oggi è infatti caratterizzata dall'uso di tecnologie avanzate in costante e veloce evoluzione e molte forme del disagio giovanile stanno scegliendo il web come luogo privilegiato in cui esprimersi. Tuttavia implicitamente in ogni atto di violenza verso se stessi o verso gli altri, sia nella realtà che nel web, questi giovani chiedono aiuto alla società, alla famiglia, alla scuola e alle istituzioni.

D'altra parte il senso d'inadeguatezza degli adulti, spesso proprio dovuto alla scarsa conoscenza di questi nuovi canali comunicativi, crea un divario sempre più ampio fra le generazioni: le risposte risultano insufficienti e diventa necessario proporre un'idea di scuola, di famiglia e di società che sappia accogliere le contraddizioni proprie del suo tempo e non le respinga senza prima aver cercato una soluzione.

Con questo progetto, pertanto, ci si propone di:

3.7.1 fornire a insegnanti, genitori, educatori e operatori sanitari delle reti per la Promozione della Salute strumenti per la comprensione, il sostegno e l'ascolto del mondo giovanile attraverso un percorso formativo teorico-esperienziale sulla complessità e sulla ricchezza del linguaggio giovanile e del suo uso, anche attraverso l'analisi dei nuovi linguaggi della rete e degli strumenti offerti dalla tecnica;

3.7.2 rendere competenti nell'uso di queste nuove tecniche in campo formativo attraverso l'insegnamento della metodologia utilizzata un gruppo selezionato dai formatori al quale possano partecipare coloro che operano nell'ambito delle reti aziendali per la Promozione della Salute e rappresentanti delle associazioni no profit (UISP, etc.).

Il percorso di formazione si svolge secondo un approccio multidisciplinare con il coinvolgimento di diverse figure professionali (psichiatri, psicologi, pedagogisti, filosofi, nutrizionisti, semiologo, esperto in comunicazione e web) e si articola in diverse modalità formative: incontri frontali, teorici ed esperienziali con lavori di gruppo in cui saranno presentati i contenuti in maniera interattiva. La novità di questo approccio formativo è rappresentata, infatti, dal fatto che si parte da osservazioni e sperimentazioni concrete per procedere alla costituzione di un lavoro di gruppo finalizzato a sperimentare le emozioni e le criticità che i ragazzi incontrano nel rapporto con il proprio corpo: partendo dal corpo come luogo di criticità si vuole arrivare ad una nuova consapevolezza attraverso il riconoscimento delle emozioni che caratterizzano il vivere quotidiano.

La conduzione guidata del gruppo ha come obiettivi quelli di favorire una comunicazione basata sull'ascolto e l'empatia, di garantire spazi di partecipazione per tutti i membri del gruppo, di proporre e guidare all'uso efficace di tecniche e strumenti di lavoro, di stimolare un'esperienza emotiva sui temi del corso, di rendere gli operatori socio-sanitari in grado di utilizzare nuove metodologie nell'area della promozione della salute e di sviluppare cognitivamente le criticità sommerse del disagio giovanile ed essere capaci di intercettarle fornendo risposte adeguate.

Il corso, che si struttura in moduli di tre incontri della durata di 3 ore ciascuno dedicati ai temi individuati da ripetere due volte l'anno e prevede per ogni incontro un numero massimo di 30 partecipanti, è stato già realizzato in alcuni ambiti regionali; l'idea di estenderlo nasce dalla ampia partecipazione ottenuta in tutti i territori dove è stato svolto.

I contenuti del percorso sono rappresentati da:

- la bellezza e gli ideali del corpo;
- il corpo e il mondo: chi incontra il mio corpo?;
- parlare con il corpo e parlare del corpo;
- la manipolazione;
- verso un nuovo concetto di corpo:
 - l'immagine mentale del corpo;

	<ul style="list-style-type: none"> ○ aspettative nutrite nei confronti dell'immagine corporea e bisogno di consenso; ○ percorso esperienziale sull'immagine corporea; ● influenza dei nuovi linguaggi nella formazione dell'identità: <ul style="list-style-type: none"> ○ itinerario tra pensiero e linguaggio; ○ la scelta dei valori; ○ sociologia della comunicazione; ● uso e abuso del social network; ● linguaggio e mondo della comunicazione: smartphone, tablet e pc; ● le identità virtuali: <ul style="list-style-type: none"> ○ Second Life; ○ Cyberbullismo; ○ Gergolario; ○ Sexting; ○ Sindrome di Hikikomori.
Gruppo prioritario	Educatori, operatori socio-sanitari della rete per la Promozione della Salute (Dipartimento di Prevenzione, Servizi Sociali, Sert, Goat), insegnanti, rappresentanti dei genitori, dirigenti scolastici.
Gruppi di interesse	I destinatari sono educatori, operatori socio-sanitari della rete per la Promozione della Salute (Dipartimento di Prevenzione, Servizi Sociali, Sert, Goat), insegnanti, rappresentanti dei genitori, dirigenti scolastici. Gli operatori coinvolti sono psichiatri, psicologi, pedagogisti, filosofi, nutrizionisti, semiologo, esperto in comunicazione e web.
Misure per le disuguaglianze	Il progetto ha un'incisiva vocazione inclusiva di tutti i gruppi rappresentanti la società: le famiglie, con una particolare attenzione a quelle monoparentali, gli istituti scolastici, le realtà a forte connotazione multietnica. Il progetto vuole raggiungere anche gli utenti delle periferie urbane ed extraurbane, soprattutto quelle connotate da criticità sociale.
Trasversalità	Il progetto formativo prevede il coinvolgimento dei componenti delle reti per la Promozione della Salute (Dipartimento di Prevenzione, Servizi Sociali, Sert, Goat), insegnanti, rappresentanti dei genitori, dirigenti scolastici.
Attività principali	Le attività previste dal progetto sono: <ul style="list-style-type: none"> ● istituire il Tavolo di progettazione e di coordinamento delle attività fra tutti i soggetti coinvolti; ● promuovere il corso attraverso le istituzioni e i social media delle Associazioni e dei canali istituzionali; ● realizzare il corso (2 moduli l'anno per 3 anni); ● realizzare il corso formativo sulla metodologia per un gruppo selezionato di partecipanti.
Sostenibilità	Il progetto è formulato per essere ripetuto due volte l'anno per i tre anni della campagna di prevenzione (2016-2018). Il corso servirà inoltre a formare gli operatori in modo da rendere replicabile su tutto il territorio l'attività di prevenzione.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
3.7.1 Fornire a insegnanti, genitori, educatori e operatori sanitari delle reti per la Promozione della Salute strumenti per la comprensione, il sostegno e l'ascolto del mondo giovanile attraverso un percorso formativo teorico-esperienziale	3.7.1/1 N. di incontri tra operatori sanitari e operatori della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	/	/	/	1	1	1
3.7.2 Rendere competenti nell'uso di queste nuove tecniche in campo formativo un gruppo selezionato dai formatori	3.7.2/1 Realizzazione corso	/	/	/	Corso realizzato	/	/

Cronogramma 3.7 - La bellezza e i suoi desideri: mondo giovanile e nuovi linguaggi

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
3.7.1 Fornire a insegnanti, genitori, educatori e operatori sanitari delle reti per la Promozione della Salute strumenti per la comprensione, il sostegno e l'ascolto del mondo giovanile attraverso un percorso formativo teorico-esperienziale																	
3.7.1.1	Istituire il Tavolo di progettazione e di coordinamento delle attività fra tutti i soggetti coinvolti	Regione (Servizio Prevenzione)															
3.7.1.2	Promuovere il corso attraverso le istituzioni e i social media delle Associazioni e dei canali istituzionali	Regione (Servizio Prevenzione)/Associazione															
3.7.1.3	Realizzare il corso (2 moduli l'anno per 3 anni)	Associazione/Aziende Sanitarie															
3.7.2 Rendere competenti nell'uso di queste nuove tecniche in campo formativo attraverso l'insegnamento della metodologia utilizzata un gruppo selezionato dai formatori																	
3.7.2.1	Realizzare il corso	Associazione/Aziende Sanitarie															

Progetto 3.8 L'importanza di chiamarsi genitori	
Descrizione	<p>Ricerche epidemiologiche nazionali evidenziano che il numero di adolescenti in condizioni di disagio psicologico, che potenzialmente può sfociare in disturbo vero e proprio, rappresentano il 7-8% della popolazione giovanile.</p> <p>La salute mentale costituisce parte integrante della salute e del benessere generale; la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi mentali nei più giovani risulta quindi cruciale, poiché circa il 50% delle patologie psichiatriche dell'adulto iniziano prima dei 14 anni d'età.</p> <p>Per prevenire il disagio giovanile bisogna innanzitutto preparare e sostenere chi può intercettare precocemente e accogliere questo disagio: la figura genitoriale.</p> <p>La genitorialità, infatti, non è una competenza solo dei genitori; essere genitori significa essere degli educatori e l'educazione è alla base delle relazioni di aiuto, di cura e pedagogiche. Tutto questo, oggi, significa affrontare problemi completamente diversi da quelli delle generazioni che ci hanno preceduto: siamo protagonisti di battaglie collegate al disagio, alla paura di vivere, alla difficoltà di trovare un significato che riguarda tantissimi giovani del nostro tempo. Il mestiere di educatore nella relazione e nella cura contiene anche il difficile compito di contrastare i molti messaggi ingannevoli e fuorvianti che derivano dal mondo esterno, migliaia di informazioni, di idee, di comportamenti che spesso non sappiamo come vengano metabolizzate ed elaborate, ma che hanno una enorme influenza nella costruzione dell'identità.</p> <p>Il cambiamento che auspichiamo e attendiamo negli altri, quindi anche nei nostri figli, deve prima essere preparato dal mondo degli adulti.</p> <p>Obiettivo del progetto è pertanto:</p> <p>3.8.1 realizzare un corso finalizzato al sostegno alla genitorialità su argomenti quali a) la famiglia: ruoli e cambiamenti; b) come e perché crescere i figli in autonomia, il ruolo e la consapevolezza: la difficoltà di rendersi e renderli liberi; c) educare all'autostima: la valorizzazione di Sé e del mondo, la scelta dei valori; d) relazione e comunicazione: la gestione del conflitto, l'interlocutore, l'altro ed il diverso, il perdono; e) dalla colpa alla vergogna, l'etica nel mondo giovanile, bellezza e verità: il corpo come nemico, dipendenze e disturbi alimentari.</p> <p>Il corso è già stato sperimentato in una edizione con notevole richiesta di partecipazione al punto che si ritiene utile riprodurlo in altri territori.</p> <p>Il percorso di formazione si svolge con un approccio multidisciplinare attraverso il coinvolgimento di diverse figure professionali (psicologi, educatori, filosofi, nutrizionisti, esperto in comunicazione) e seguendo una doppia ermeneutica, in quanto gli argomenti saranno analizzati sia dal lato psico-pedagogico sia da quello fenomenologico-esistenziale, non trascurando le implicazioni sociologiche.</p> <p>Il corso è articolato in 4 moduli l'anno, composti da 4 incontri e della durata di 2 mesi ciascuno (due incontri al mese della durata di circa tre ore).</p>
Gruppo prioritario	I destinatari del progetto sono genitori, insegnanti, educatori, operatori sanitari (pediatri, ostetriche, operatori socio-sanitari e dei servizi dipendenze), allenatori (associazioni sportive, UISP) e tutti coloro che sentono l'esigenza lavorativa o personale di approfondire i temi trattati perché in contatto con la fascia d'età d'interesse.
Gruppi di interesse	I destinatari del progetto sono genitori, insegnanti ed educatori e tutti coloro che sentono l'esigenza lavorativa o personale di approfondire i temi. Gli operatori coinvolti sono: filosofo, esperto in comunicazione, psicologo, educatore, nutrizionista. I moduli del corso prevedono due relatori con l'eventuale presenza di un ospite in qualità di esperto.
Misure per le disuguaglianze	Il progetto ha una incisiva vocazione inclusiva di tutti i gruppi rappresentanti la società: le famiglie, con una particolare attenzione a quelle monoparentali, gli istituti scolastici, le realtà a forte connotazione multi-etnica. Il progetto vuole raggiungere anche gli utenti delle periferie urbane ed extraurbane, soprattutto quelle connotate da criticità sociale.
Trasversalità	Il progetto formativo prevede il coinvolgimento dei componenti delle reti per la Promozione della Salute (Dipartimento di Prevenzione, Servizi Sociali, Sert, Goat), insegnanti, rappresentanti dei genitori, dirigenti scolastici.

Attività principali	<p>Le attività previste dal progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • istituire il Tavolo di progettazione e di coordinamento delle attività fra tutti i soggetti coinvolti; • promuovere il corso attraverso le istituzioni e i social media delle Associazioni e dei canali istituzionali; • realizzare il corso (4 moduli l'anno per 3 anni): 1° modulo a gennaio/febbraio, 2° modulo a marzo/aprile, 3° modulo a maggio/giugno, 4° modulo a ottobre/novembre.
Sostenibilità	Il progetto è formulato per essere ripetuto quattro volte l'anno per i tre anni della campagna di prevenzione (2016-2018).

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
3.8.1 Realizzazione di un corso finalizzato al sostegno alla genitorialità	3.8.1/1 % di incontri realizzati	n. incontri realizzati/n. incontri programmati (16)	/	/	100%	100%	100%

Cronogramma 3.8 - L'importanza di chiamarsi genitori

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
3.8.1 Realizzazione di un corso finalizzato al sostegno alla genitorialità																
3.8.1.1	Istituire il Tavolo di progettazione e di coordinamento delle attività fra tutti i soggetti coinvolti	Regione (Servizio Prevenzione)	■	■	■											
3.8.1.2	Promuovere il corso attraverso le istituzioni e i social media delle Associazioni e dei canali istituzionali	Regione (Servizio Prevenzione)/Associazione	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3.8.1.3	Realizzare il corso (4 moduli l'anno per 3 anni): 1° modulo a gennaio/febbraio, 2° modulo a marzo/aprile, 3° modulo a maggio/giugno, 4° modulo a ottobre/novembre	Associazione/Aziende Sanitarie			■	■		■	■	■	■		■	■	■	■

Descrizione

Il progetto parte dalla considerazione, ampiamente accreditata, che al fine di sviluppare al meglio il benessere dell'individuo e della collettività, di prendere parte attiva nella società e di esercitare appieno il diritto di cittadinanza è necessaria un'ampia gamma di abilità nella lettura, compresa quella in digitale.

L'acquisizione di idonee abilità di lettura durante l'infanzia e l'adolescenza costituisce una delle basi per il pieno sviluppo dell'individuo. La competenza della lettura è uno dei principali mezzi dell'apprendere che conduce al ben-essere. E' un'abilità trasversale che gli studenti praticano sia quando leggono per apprendere sia quando leggono per piacere personale ed è un processo continuo che si potenzia durante tutto l'arco della vita.

La reading literacy è definita come *l'attitudine complessiva a capire, utilizzare e riflettere sulle forme della lingua scritta per una piena realizzazione personale e sociale*. Sulla base di tale definizione, la *reading literacy* comprende aspetti cognitivi della lettura (ad es. la decodifica delle parole e la comprensione del testo) e aspetti che hanno a che fare con la motivazione (*motivation*) e con il coinvolgimento individuale (*engagement*) nella produzione scritta. Si va, in tal senso, oltre la distinzione tra "saper leggere" e "essere un lettore".

Alla luce dei risultati ottenuti dai Paesi europei nelle indagini internazionali di valutazione della capacità di lettura degli studenti negli ultimi dieci anni, il Consiglio Europeo ha stabilito che nel 2020 la percentuale di ragazzi con scarsi risultati nella lettura dovrà scendere al di sotto del 15%. Nel 2011 il Commissario europeo Androulla Vassiliou ha dichiarato: "Gli ultimi risultati dell'indagine sulle competenze di lettura svolta dal *Programme for International Student Assessment (PISA)* mostrano che, nella media dei Paesi europei, non meno di un quindicenne su cinque possiede competenze di lettura molto scarse. Per le società europee questo dato rappresenta niente meno che una potenziale catastrofe: i ragazzi che lasciano la scuola senza la capacità di comprendere adeguatamente i testi scritti, compresi quelli di livello elementare, non sono soltanto a rischio grave di esclusione dal mercato del lavoro, ma sono di fatto anche esclusi da ogni possibilità di apprendimento ulteriore."

Il caso italiano

Nel 2014 l'ISTAT registra a livello nazionale il calo di tre punti percentuali nella quota complessiva dei lettori rispetto al 2013: solo il 41% degli italiani legge almeno un libro all'anno. Uno dei dati maggiormente preoccupanti è il calo registrato dal 2012 al 2013 tra i giovani di 15-17 anni tra che in un anno passano dal 59,8 al 50,6%.

L'emergenza lettori in Umbria

Nella nostra regione la percentuale dei lettori è addirittura inferiore alla media nazionale: secondo i dati ISTAT del 2014 solo il 39% delle persone legge almeno un libro all'anno, dunque un intervento regionale strutturato e intersettoriale di promozione della lettura si rende quanto mai necessario.

Il progetto umbro *Leggere fa bene alla salute* e il progetto *In Vitro*

Nel 2011 la Regione Umbria, riconoscendo nella «lettura» una risorsa strategica su cui investire per lo sviluppo del benessere dell'individuo e della società, ha avviato il progetto *Leggere fa bene alla salute* inserendolo nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012. Tutte queste azioni sono state costruite coinvolgendo tre Assessorati regionali: Salute, Cultura e Istruzione.

Il progetto aveva tre obiettivi specifici: 1) promuovere la lettura "ad alta voce" da parte dei genitori ai bambini, attraverso l'intervento dei Pediatri di famiglia durante il II e il IV bilancio di salute del bambino, rispettivamente a 6 mesi e ad un anno; 2) favorire la familiarizzazione dei genitori con la biblioteca, quale luogo di integrazione sociale, di contrasto alle disuguaglianze e di libero accesso alle conoscenze; 3) sviluppare, attraverso un corso di formazione sulla «lettura ad alta voce» ai bambini, la "reading literacy" negli adolescenti quale competenza trasversale per la crescita dell'autonomia.

Il lavoro svolto per il raggiungimento di quest'ultimo obiettivo ha avuto, nel suo complesso, esiti molto positivi. I ragazzi, inizialmente scettici soprattutto sulle loro capacità comunicative, hanno

scoperto la valenza del “leggere ad alta voce ai bambini”, hanno avuto la possibilità di mettersi alla prova superando la loro timidezza, si sono resi conto delle infinite possibilità che hanno “il leggere” e “il libro” come strumenti sia di piacere che di crescita, hanno appreso che esistono libri di diverse tipologie per ogni fascia di età e che la scelta dei testi è anche il frutto di esperienza e di conoscenza.

I punti di forza e di debolezza riscontrati invece relativamente alle riflessioni degli insegnanti tutor possono così riassumersi:

Punti di forza che si riscontrano sui ragazzi

- *Il potenziamento della capacità di lettura attraverso un nuovo approccio e con nuove forme di libri;*
- *un diverso approccio con i bambini anche in contesti diversi;*
- *la positività delle attività alternative alla lezione frontale;*
- *lo sviluppo del senso di responsabilità e coerenza rispetto agli impegni presi;*
- *l'aumento dell'autostima.*

Punti di debolezza

- *la necessità di una nuova (e innovativa) formazione per i docenti inerente il libro e la lettura al fine di stimolare più efficacemente alla lettura i ragazzi;*
- *la necessità di una migliore organizzazione scolastica e una più ampia partecipazione e coinvolgimento dei docenti al progetto;*
- *la necessità di un incontri propedeutici con i vari operatori coinvolti nel progetto per sensibilizzare anche altri docenti al tema della lettura e presentare meglio lo stesso ai ragazzi;*
- *la necessità di predisporre un maggior numero di ore di laboratorio e di materiali.*

Questa importante esperienza formativa dei ragazzi rappresenta un momento significativo dal quale ripartire per intraprendere nuove azioni di promozione della lettura volte a favorire il benessere degli adolescenti.

Il nuovo progetto, dando continuazione sia alle attività precedentemente avviate *con Leggere fa bene alla salute*, sia alla sperimentazione del Progetto *In Vitro* ideato dal Centro per il libro e la lettura e rivolto ai bambini e ragazzi da 0 a 14 anni, intende realizzare nuove azioni per perseguire l'**obiettivo generale** di sviluppare la *reading literacy* negli adolescenti quale competenza trasversale per la crescita dell'autonomia, dell'autostima e della prosocialità, lo sviluppo di processi di *empowerment* personali e sociali e il miglioramento delle performance scolastiche.

Tale obiettivo verrà conseguito attraverso i seguenti **obiettivi specifici**:

3.9.1 formare gli adolescenti sulla “lettura ad alta voce” ai bambini (la lettura ad alta voce pone le basi su cui i bambini impareranno a leggere a scuola e favorisce lo sviluppo della competenza stessa a chi la pratica) ed altri soggetti, sui nuovi modi di leggere e sulla conoscenza ed utilizzo delle varie tipologie del libro (cartaceo e digitale)

3.9.2 aggiornare i bibliotecari sul tema dei nuovi spazi e nuove letture per i “giovani adulti” e familiarizzare i ragazzi con le biblioteche come primo punto di accesso locale all'informazione e luogo che fornisce il libero accesso alle conoscenze;

3.9.3 organizzare momenti di lettura ad alta voce, a cura dei ragazzi formati, nelle biblioteche e nell'ambito delle attività previste dalle Reti territoriali per la promozione della lettura (Gruppi locali del progetto *In Vitro: GLP*) e delle manifestazioni nazionali di promozione del libro e della lettura (Libriamoci, Il Maggio dei libri, ecc...);

3.9.4 aggiornare/formare gli insegnanti sui seguenti temi: a. “differenze” e “risorse” dei libri per ragazzi oggi (dalle forme cartacee a quelle in digitale); b. nuove forme e modalità di lettura; c. nuove strategie di promozione della lettura in grado di attuare una promozione che non sia funzionale o strumentale solo agli apprendimenti scolastici e che, pur istituendo forti legami con la scuola, offra ai giovani lettori la possibilità di entrare nel mondo della cultura letteraria e divulgativa con piacere e per interesse personale che duri tutta la vita.

3.9.5 sperimentare la formazione a cascata degli insegnanti ad opera dei docenti formati con il corso suddetto, al fine rendere sostenibile l'azione di aggiornamento degli insegnanti in Umbria sul tema

	<p>della lettura.</p> <p>Il progetto, per quanto sopra, verrà inserito nell'ambito delle programmazione dei <i>Patti locali per la lettura</i> del progetto <i>In Vitro</i>, siglati in tutte le dodici Zone sociali dell'Umbria con il coinvolgimento di tutte le Autonomie locali, dei Distretti sanitari, dell'USR Umbria, dell'ANCI Umbria, dell'AIB e dell'ACP Umbria e di numerosi altri <i>stakeholder</i> pubblici e privati.</p> <p>Per misurare in modo scientifico gli effetti del progetto sullo sviluppo degli adolescenti coinvolti il progetto si avvale della collaborazione dei Docenti del Gruppo di ricerca in Scienze psicologiche Dipartimento FISSUF – Università di Perugia. Il gruppo di ricerca si occuperà in particolare di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettuare misurazioni iniziali e finali dei seguenti aspetti psicologici: Autostima e prosocialità (Indicatori di efficacia del progetto); - ansia percepita, emozioni positive e negative, successo scolastico percepito e vissuto corporeo (indicatori di esito) ma fondamentali per la comprensione del benessere dell'adolescente; <p>Nello specifico Il gruppo di ricerca in scienze e tecniche psicologiche si occuperà di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fornire personale esperto per somministrare sul campo le misure previste all'inizio del progetto e al suo termine; - effettuare le analisi dei dati; - redigere un rapporto scientifico con l'analisi dei risultati ottenuti.
Gruppo prioritario	Studenti 15-17 anni, Insegnanti delle Scuole secondarie di primo e secondo grado, Bibliotecari
Setting	Biblioteche comunali, scuole e altri luoghi
Gruppi di interesse	<p>Destinatari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un gruppo di circa 250 studenti massimo (circa 20 per ogni Zona sociale) di fascia di età compresa tra i 15 e i 17 anni; - I docenti delle Scuole secondarie di primo e secondo grado individuati nell'ambito di ogni Patto locale per lettura e interessati ad acquisire nuove competenze in materia di insegnamento e promozione della lettura; - I bambini in età prescolare (destinatari indiretti); - Altri soggetti che parteciperanno all'ascolto delle letture ad alta voce fatte dai ragazzi. <p>Sostenitori</p> <p>Tutti i firmatari dei Patti locali per la lettura ed ulteriori soggetti facenti parte, a vario titolo, delle "reti territoriali umbre per la promozione della lettura". I sostenitori possono svolgere un ruolo molto importante nello sviluppo di azioni di promozione della lettura extrascolastiche; in qualità di operatori, una serie di figure professionali esperti del mondo giovanile, della promozione della lettura e di progetti di monitoraggio e valutazione.</p> <p>Operatori</p> <p>Insegnanti, bibliotecari, pediatri, lettori volontari qualificati e promotori della lettura, altre figure del mondo socio-sanitario e professioni esperti del settore.</p>
Prove di efficacia	<i>Insegnare a leggere in Europa: contesti, politiche e pratiche 2011</i> (documento pubblicato dall'Agenzia esecutiva per l'istruzione, gli audiovisivi e la cultura -EACEA P9, Eurydice, 2011). Nel rivelare forze e debolezze dei vari paesi nel processo di miglioramento delle competenze nella lettura, lo studio di Eurydice sull'insegnamento della lettura affronta quattro argomenti chiave alla luce dei risultati della ricerca, delle indagini internazionali e di una analisi approfondita delle politiche, dei programmi e delle migliori pratiche attuate a livello nazionale.
Misure per le disuguaglianze	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lo svolgimento delle maggiori attività avviene presso le biblioteche pubbliche al fine di favorire la familiarizzazione dei ragazzi con luoghi di integrazione sociale, contrasto alle disuguaglianze e di libero accesso alle conoscenze. 2) L'utilizzo di software che semplificano l'accesso ai contenuti informativi e rendono disponibili nuovi spazi per l'apprendimento e lo sviluppo di capacità personali. Tali tecnologie facilitano la lettura anche ai ragazzi con DSA o BES e possono dimostrarsi utili anche se usate da persone con difficoltà molto diverse. 3) L'utilizzo di libri in lingua straniera per le letture ad alta voce dei ragazzi in altre lingue e nelle

	lingue d'origine. 4) L'utilizzo di libri costruiti con dei facilitatori (font, specifiche di grafica e impaginazione, simboli particolari come quelli della comunicazione aumentativa alternativa, ecc.) – che li rendono accessibili anche a bambini con DSA (disturbi specifici dell'apprendimento) e con BES (bisogni educativi speciali). Tali libri vengono definiti "IN-book" ovvero libri inclusivi, per tutti.
Trasversalità	Il progetto è trasversale ed intersettoriale e coinvolge i settori regionali di: salute, cultura, istruzione e Welfare, l'USR Umbria, l'ANCI Umbria, le biblioteche di pubblica lettura, le famiglie, le associazioni culturali e di volontariato ed altri soggetti del mondo socio-sanitario.
Attività principali	Vedi cronogramma
Rischi e management	Non completa partecipazione attiva delle scuole Non copertura uniforme del territorio attraverso le scuole coinvolte Scarsa motivazione dei ragazzi Il mancato riconoscimento di crediti formativi per gli studenti e gli insegnanti Poco tempo a disposizione degli insegnanti per poter svolgere la formazione
Sostenibilità	La formazione del primo nucleo di insegnanti permette di innescare una formazione a cascata "sostenibile" tra docenti di altre Scuole ; il miglioramento delle competenze di lettura del ragazzo porta ad una migliore performance scolastica liberando ulteriori risorse per i ragazzi con DSA e BES; la crescita dell'autostima e un miglior benessere del ragazzo porteranno lo stesso ad avere , dopo la Scuola una più rapida carriera universitaria o una più alta probabilità di entrare e progredire nel mercato del lavoro.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
3.9.1 Sviluppare la reading literacy negli adolescenti quale competenza trasversale per la crescita dell'autonomia, dell'autostima e della prosocialità, lo sviluppo di processi di empowerment personali e sociali e il miglioramento delle performance scolastiche	Numero scuole partecipanti	/	/	/	/	/	/
	Numero studenti partecipanti	/	/	/	/	/	/
	Numero nuove iscrizioni di adolescenti ai servizi delle biblioteche pubbliche	/	/	/	/	/	/
	Numero di iniziative di letture ad alta voce, o altri eventi, svolte dai ragazzi o in collaborazione con loro	/	/	/	/	/	/
	Rapporto sugli aspetti psicologici redatto dall'Università	/	/	/	/	Rapporto redatto sui primi ri/sultati	/

Cronogramma 3.9 - Forte chi legge! Diversi modi di leggere per il benessere degli adolescenti.

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
3.9.1 Formare gli adolescenti sulla “lettura ad alta voce” ai bambini (la lettura ad alta voce pone le basi su cui i bambini impareranno a leggere a scuola e favorisce lo sviluppo della competenza stessa a chi la pratica) ed altri soggetti, sui nuovi modi di leggere e sulla conoscenza ed utilizzo delle varie tipologie del libro (cartaceo e digitale)		Gruppo di ricerca in scienze e tecniche psicologiche attivo presso il Dipartimento di Filosofia e Scienze Umane dell’Università di Perugia															
3.9.1.1	Individuare, in collaborazione con l’USR Umbria, le Scuole protagoniste di tale attività: n. 4 Scuole secondarie di secondo grado ogni anno (ogni Scuola partecipa con almeno tre classi) per tre anni	Regione Umbria - Cabina di regia del progetto <i>In Vitro</i>															
3.9.1.2	Riconoscimento di crediti formativi per gli insegnanti e gli studenti partecipanti al progetto																
3.9.1.3	Realizzare incontri con gli Insegnanti <i>Tutor</i> dei ragazzi che partecipano alla formazione																
3.9.1.4	Formazione degli studenti	Regione Umbria - Cabina di regia del progetto <i>In Vitro</i>															
3.9.1.5	Effettuare prove di letture degli studenti con il/i formatore/i	Formatore															
3.9.2 Aggiornare i bibliotecari sul tema dei nuovi spazi e delle nuove “letture” per i ragazzi e familiarizzare gli stessi con le biblioteche quale luogo di libero accesso al sapere e alla conoscenze, di scoperta di nuovi libri e nuovi modi di leggere		Regione Umbria- Servizio Musei e Soprintendenza beni librari															
3.9.2.1	Organizzare seminari di aggiornamento professionale per i bibliotecari sulla promozione della lettura negli adolescenti e sull’allestimento di spazi specifici per questo target di utenti (contenuti, luoghi e calendarizzazione seminari)	Come sopra															
3.9.2.2	Svolgere seminari di aggiornamento professionale per i bibliotecari sulla promozione della lettura negli adolescenti e sull’allestimento di spazi specifici per questo target di utenti	Come sopra, Formatori															

3.9.4.3	Individuare i luoghi per la formazione																		
3.9.4.4	Calendarizzare il/i corso/i																		
3.9.4.5	Formare/aggiornare gli Insegnanti interessati delle Scuole secondarie di primo e secondo grado	Regione Umbria - Cabina di regia del progetto In Vitro - in particolare con USR Umbria																	
3.9.5 Sperimentare la formazione a cascata degli insegnanti ad opera dei docenti formati con il corso suddetto al fine rendere sostenibile l'azione di aggiornamento degli insegnanti in Umbria sul tema della lettura		Regione Umbria – Servizio Musei e Soprintendenza beni librari																	
3.9.5.1	Individuare insegnanti “formati” disponibili a formare altri docenti	Regione, USR Umbria, GLP In Vitro																	
3.9.5.2	Svolgere prima attività formativa sperimentale (si auspica almeno un workshop in ogni Zona sociale)	Insegnanti formati																	

Progetto 3.10 Non avere paura: un percorso psicologico per preparare i bambini alla RMN senza sedazione	
Descrizione	<p>La risonanza magnetica nucleare è diventata una delle più importanti tecniche diagnostiche del nostro tempo. Essa offre numerosi vantaggi e possibilità a fronte di una tossicità e di effetti collaterali fisici che sono praticamente nulli.</p> <p>Tuttavia i tempi di scanning sono piuttosto lunghi e l'ampia gamma di suoni e rumori, accompagnata dalle ristrettezze fisiche alle quali i pazienti si devono sottoporre, fanno della RMN uno strumento particolarmente stressante e pauroso per i bambini. L'incidenza di esami inconclusivi in età pediatrica è relativamente alta (Pressdee, May, Eastman, & Grier, 1997).</p> <p>Per questo motivo nella comunità dei radiologi è prassi sedare i pazienti pediatrici (3-10 anni) che si devono sottoporre alla RMN.</p> <p>Diversi studi internazionali hanno però da tempo dimostrato l'efficacia della preparazione psicologica di bambini alla risonanza magnetica (De Bie et al., 2010; Pressdee et al., 1997; Rosenberg et al., 1997) al fine di evitare la sedazione.</p> <p>In Umbria, una esperienza di preparazione di bambini alla risonanza è stata attivata a Città di Castello a partire dal novembre 2007, a seguito di una convenzione di studio e ricerca tra la azienda sanitaria, che allora era la Az. USL Alto-Tevere Umbro e il Dipartimento di Scienze Umane dell'Università degli Studi di Perugia. E' stato quindi messo a punto e sperimentato con successo da parte di alcuni studenti, sotto la supervisione di un ricercatore di Psicologia dello sviluppo e dell'educazione, un protocollo di preparazione all'esame, che consiste sostanzialmente nel far superare al bambino le principali paure connesse con questo tipo di esame: la paura del rumore, la paura del luogo stretto e la paura comunque dell'ignoto. Di fatto la preparazione si svolge qualche giorno prima dell'esame e richiede un luogo tranquillo all'interno dell'ospedale dove giocare per circa un'ora insieme a personale volontario opportunamente formato. Al termine dell'azione di gioco è utile poter effettuare una breve visita della risonanza per mostrare al bambino i luoghi ove verrà effettuato l'esame e la sala dove i genitori lo aspetteranno.</p> <p>A Città di Castello l'attività è stata svolta da volontari adeguatamente formati appartenenti alla Associazione "Matty & Co - onlus", che collabora con la Asl da anni all'interno di progetti che si occupano dei diritti e della salute dell'infanzia. Con questa metodologia sono stati trattati in questi anni più di 100 bambini, dai 3 ai 12 anni in 2 accessi al mese in media, con un successo nella esecuzione della risonanza in bambini preparati tramite questo progetto del 95%. La felice esperienza di Città di Castello ha dimostrato l'efficacia e l'applicabilità con bassi costi della tecnica di preparazione. La scelta di cogliere l'occasione del PRP 2014-2018 per estendere questa attività agli altri presidi ospedalieri della regione, dove attualmente la RMN si esegue nei bambini con sedazione farmacologica (Terni, Foligno, Perugia) nasce non solo dalla evidenza, ormai validata, di un risparmio sia in costi sanitari (non va naturalmente sottovalutata la riduzione del rischio) che in costi immateriali (minore ansia nel bambino e nei genitori, nessuna necessità di sottoporre il bambino ad altri accertamenti, con conseguente spostamento, come nel caso di visita anestesiológica, in sede diversa da quella di residenza, nel caso che questa non corrisponda a quella in cui si deve effettuare l'esame) ma anche dalla convinzione che promuovere il benessere di un bambino significa anche averne cura particolare nei momenti meno semplici.</p> <p>Con questo progetto si intende quindi raggiungere il seguente obiettivo: Incrementare progressivamente il numero dei bambini (3-10 anni) che effettuano risonanza magnetica senza sedazione.</p>
Gruppo prioritario	Bambini sottoposti alla risonanza magnetica nella regione e loro genitori.
Setting	Aziende USL e Aziende Ospedaliere
Gruppi di interesse	Personale Sanitario dei reparti di pediatria, dei Servizi di radiodiagnostica, associazioni di volontariato del territorio.

Prove di efficacia	<p>De Bie, H. M., Boersma, M., Wattjes, M. P., Adriaanse, S., Vermeulen, R. J., Oostrom, K. J., Delemarre-Van de Waal, H. A. (2010). Preparing children with a mock scanner training protocol results in high quality structural and functional MRI scans. <i>European Journal of Pediatrics</i>, 169(9), 1079-1085.</p> <p>Pressdee, D., May, L., Eastman, E., & Grier, D. (1997). The use of play therapy in the preparation of children undergoing MR imaging. <i>Clinical Radiology</i>, 52(12), 945-947.</p> <p>Rosenberg, D. R., Sweeney, J. A., Gillen, J. S., Kim, J. A. E., Varanelli, M. J., O'Hearn, K. M. Thulborn, K. R. (1997). Magnetic Resonance Imaging of Children Without Sedation: Preparation With Simulation. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i>, 36(6), 853-859. doi: http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199706000-00024</p> <p>Monitoraggio delle risonanza magnetiche pediatriche effettuato dalla Associazione Matty and Co. di Città di Castello.</p>
Misure per le disuguaglianze	<p>È possibile prevedere la presenza di volontari che parlino lingue diverse dall'italiano per applicare questa metodologia anche con bambini stranieri.</p>
Trasversalità	<p>La previsione della formazione e quindi utilizzo di volontari opportunamente addestrati consente di far lavorare insieme operatori sanitari con operatori "civili".</p>
Attività principali	<p>Il progetto si svilupperà per fasi interessando ogni volta la pediatria e la radiodiagnostica del singolo ospedale e coinvolgendo in ciascun territorio la associazione di volontariato maggiormente disponibile. Tutto ciò perché proprio la tipologia di progetto richiede una soluzione "artigiana" e quindi "su misura" per ciascun territorio, ripetendo di fatto le singole fasi di seguito illustrate:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentazione del progetto al Direttore Sanitario di stabilimento, assieme al Direttore Dipartimento Materno infantile e al Dirigente della Pediatria e della Radiodiagnostica di ciascun territorio dove si intende attivare la metodologia. 2. Individuazione della associazione di volontariato disponibile e adatta nel territorio 3. Formazione dei volontari 4. Individuazione dell'area da dedicare alla "preparazione" 5. Definizione della procedura di prenotazione del percorso tra CUP e pediatria ospedaliera 6. Sperimentazione e accompagnamento dei volontari da parte del gruppo di ricerca di psicologia del Dipartimento FISSUF dell'Università di Perugia. 7. Convenzione tra la Azienda USL e la Associazione di volontariato 8. Mantenimento a regime dell'attività <p>Preliminarmente all'avvio del progetto si prevede di stipulare una convenzione tra la Regione Umbria e il Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione dell'Università di Perugia per la supervisione della metodologia e la valutazione dell'efficacia del progetto, mentre mano a mano che procedono le diverse fasi si provvederà a documentare le varie fasi del processo e a produrre materiale informativo (ad es. dépliant, libretti, video).</p> <p>Per misurare in modo scientifico gli effetti del progetto sui bambini coinvolti e rispetto alla qualità delle RMN svolte, il progetto si avvale della collaborazione dei Docenti del Gruppo di ricerca in Scienze psicologiche Dipartimento FISSUF – Università di Perugia. Il gruppo di ricerca si occuperà in particolare di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettuare misurazioni iniziali e finali dei seguenti aspetti: quantità e qualità delle RMN effettuate con successo in bambini preparati (Indicatori sentinella di efficacia del progetto); - valutare la percezione della qualità dell'esperienza da parte dei genitori, la percezione dell'esperienza e l'espressione di emozioni positive e negative da parte dei bambini, il livello di ansia dei bambini che effettuano la preparazione, il livello di stress dei bambini durante la procedura (indicatori di esito NON sentinella). <p>Nello specifico Il gruppo di ricerca in scienze e tecniche psicologiche si occuperà di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fornire personale esperto per somministrare sul campo i test previsti durante lo svolgimento del progetto; - effettuare le analisi dei dati; - redigere un rapporto scientifico con l'analisi dei risultati ottenuti.

Rischi e management	Tale progetto richiede una importante collaborazione nella definizione delle procedure amministrative con il servizio di prenotazione CUP e tra questo e la pediatria ospedaliera. Tra i fattori di rischio si indicano scarsa motivazione e scarsa collaborazione dei servizi di radio diagnostica coinvolti, scarsa collaborazione dei reparti e degli ospedali coinvolti, scarsa motivazione dei volontari.
Sostenibilità	Come dimostra l'esperienza di Città di Castello il progetto può facilmente essere sostenuto nel tempo dal coinvolgimento di associazioni di volontariato locale.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
3.10.1 Incrementare progressivamente il numero dei bambini (3-10 anni) che effettuano risonanza magnetica senza sedazione negli ospedali oggetto dell'intervento	3.10.1/1 Percentuale di bambini (3-10 anni) che eseguono la RMN senza sedazione dopo aver ricevuto l'intervento	100*(bambini 3-10 anni che eseguono la RMN senza sedazione dopo aver ricevuto l'intervento / bambini sottoposti a RNM dopo aver ricevuto l'intervento)	0%	/	≥60%	≥70%	≥80%

Cronogramma 3.10 - Non avere paura: un percorso psicologico per preparare i bambini alla RMN senza sedazione

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
3.10.1 Incrementare progressivamente il numero dei bambini (3-10 anni) che effettuano risonanza magnetica senza sedazione																
3.10.1.1	Presentare il progetto al Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di Foligno, in presenza del Direttore del Dipartimento Materno infantile e del Responsabile della Pediatria e della Radiodiagnostica	Regione dell'Umbria (Direzione Salute e Coesione Sociale)														
3.10.1.2	Individuare le associazioni di volontariato disponibili e adatte nel territorio	Direzione Sanitaria di Presidio e Pediatria Ospedaliera														
3.10.1.3	Individuare l'area da dedicare alla "preparazione" all'interno del presidio ospedaliero	Direzione Sanitaria di Presidio														
3.10.1.4	Formare i volontari	Docenti del Gruppo di ricerca in Scienze psicologiche Dipartimento FISSUF														
3.10.1.5	Definire la procedura di prenotazione del percorso tra CUP e pediatria ospedaliera	USL e Regione (Direzione Salute)														
3.10.1.6	Sperimentare e accompagnare i volontari; effettuare le misurazioni per valutare l'efficacia del percorso	Docenti del Gruppo di ricerca in Scienze psicologiche Dipartimento FISSUF														
3.10.1.7	Attivare la convenzione tra la Azienda USL e la Associazione di volontariato	Azienda USL e Associazioni di volontariato individuate														
3.10.1.8	Manutenere l'attività															

Programma 4. Programma Donna

Vision

L'idea di sviluppare un programma specifico rivolto alle donne che abitano in Umbria è nata proprio dall'analisi del contesto epidemiologico, che mette in evidenza come le donne non solo abbiano comportamenti diversi rispetto agli stili di vita, ma anche condizioni di rischio specifiche in ragione del loro "essere donne" in seno alla società. Basta pensare, per esempio, al fatto che la crisi economica ha visto modificare, come bene descritto nel Programma "Lavoro e Salute", non solo le condizioni lavorative, ma anche la percentuale delle donne occupate, che è andata aumentando perché di fronte alla perdita di occupazione dei compagni le donne rispondono con l'accettazione di un qualunque lavoro pur di sostenere la famiglia.

Peraltro intorno alla donna ruotano molti servizi sanitari, dai consultori ai punti nascita fino agli screening e ai Centri per la menopausa, anche se non sempre tali servizi sono pensati per le donne, e tanto meno per quelle che provengono da mondi e culture diverse.

E' nata quindi l'idea di affrontare con questo programma alcune fasi "sensibili" della vita della donna con l'obiettivo di migliorare la qualità dei percorsi e dei servizi offerti alle donne, dalla preparazione alla nascita fino alla menopausa, e contribuire in tal modo alla riduzione delle disuguaglianze. Attraverso alcune fasi dei progetti contenuti in questo programma si intende però contribuire anche a sostenere la salute del neonato e del bambino. Molte delle azioni qui contenute intersecano azioni previste in altri programmi come per esempio in "Un invito da non rifiutare" o in "Impariamo a resistere" o contribuendo a delineare l'idea di un SSR che tenta di promuovere l'autonomia delle persone, definita dall'Health Evidence Network (2006) del WHO come processo di aumento della capacità degli individui di scegliere azioni per costruire beni collettivi. Particolare attenzione si cercherà quindi di porre nella presa in carico della gravidanza e cura al neonato/bambino per le donne extracomunitarie, tenendo conto delle criticità che derivano dalle difficoltà degli operatori sanitari di tenere conto delle diverse culture, dei problemi linguistici che possono limitare la comprensione dei messaggi da un lato, la scarsa conoscenza dei servizi preposti e delle modalità per accedervi dall'altra.

Il programma pertanto è volto a perseguire i seguenti obiettivi generali:

- Migliorare gli stili di vita della popolazione femminile che vive in Umbria attraverso azioni integrate, intersettoriali e sostenibili.
- Promuovere azioni volte a incrementare l'adesione a tutti e tre i programmi di screening oncologici nella popolazione femminile.
- Mettere a punto un percorso per la valutazione del rischio eredo-familiare per tumore della mammella
- Promuovere un'organizzazione dei servizi sanitari orientata alle esigenze della popolazione femminile

Il programma intende contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi centrali nazionali: 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.12; 1.13; 1.14; 1.15; 3.1; 3.2; 9.5; 9.7 (riportati per esteso nel quadro logico regionale) attraverso i progetti sotto elencati:

- 4.1 Ostetriche come counselor su stili di vita e infezioni sessualmente trasmesse
- 4.2 La gravidanza fisiologica: l'ostetrica per un domani migliore
- 4.3 Il latte della mamma è gustoso
- 4.4 Il percorso per la valutazione e la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella
- 4.5 L'importante è che tu possa partecipare

I PROGETTI

Progetto 4.1 Ostetriche come counselor su stili di vita e infezioni sessualmente trasmesse	
Descrizione	<p>L'ostetrica è una professionista della salute che partecipa alla educazione e alla promozione della salute della donna e della famiglia, cercando di stimolare la donna ad adottare abitudini di vita sane orientate al benessere e a correggere stili di vita a rischio in tutte le occasioni in cui la incontra.</p> <p>Tra queste il momento in cui la donna accede al consultorio per effettuare il test di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina può rappresentare un'occasione per fare promozione della salute, soprattutto per quanto riguarda il counseling per la disincentivazione al fumo di tabacco, dal momento che il fumo è riconosciuto come una concausa del carcinoma della cervice uterina.</p> <p>In questo senso lo Studio Sprint, un trial di intervento su fumo e attività fisica nel contesto dello screening per il cervico-carcinoma, che ha coinvolto l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) di Firenze, il Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO) di Torino, la AUSL di Mantova e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, ha messo in evidenza che le ostetriche coinvolte hanno riportato un significativo livello di soddisfazione a svolgere counseling nonostante le resistenze iniziali, prevalentemente legate ai problemi organizzativi e alle preoccupazioni riguardo il carico di lavoro. D'altra parte è emerso il bisogno di più formazione, soprattutto di tipo pratico più che nozionistico, sull'ascolto focalizzato e sulla relazione.</p> <p>Anche nel momento in cui una donna fumatrice intende avviare o stia conducendo una gravidanza è importante intervenire con un counseling per la disincentivazione al fumo, dal momento che, oltre ai rischi per la salute che condivide con tutti gli altri fumatori, vi è un rischio specifico connesso con la condizione.</p> <p>Infatti, il fumo di tabacco incide negativamente sulla fecondità e può causare complicanze durante la gravidanza, effetti dannosi sul nascituro e dopo la nascita effetti dannosi per la salute legati al fumo passivo.</p> <p>L'effettuazione del test di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina è una delle più importanti occasioni anche per fornire alla donna informazioni e/o chiarimenti sull'infezione da HPV. La comunicazione in questo caso è particolarmente difficile, data l'alta componente emotiva, e in genere è emerso che il bisogno di informazione delle donne verte essenzialmente su due differenti aspetti dell'HPV: come fattore di rischio per lo sviluppo del carcinoma della cervice uterina e come malattia a trasmissione sessuale.</p> <p>Anche la comunicazione riguardante le altre malattie sessualmente trasmesse, ed in particolare l'infezione da HIV, necessita di importanti competenze relazionali dal momento che in questo caso gli obiettivi del counseling sono essenzialmente far conoscere le modalità di prevenzione dell'infezione e sensibilizzare all'effettuazione precoce del test in caso di rapporti potenzialmente a rischio.</p> <p>Nella nostra regione le ostetriche dei consultori sono state nel corso degli anni più volte formate su questi temi, anche se con modalità e contenuti diversi nelle due Aziende Sanitarie e solo parzialmente rispetto all'attività di counseling breve.</p> <p>Si ritiene quindi necessario:</p> <p>4.1.1 attivare un percorso formativo specifico sulle modalità di offerta del counseling breve a sostegno del cambiamento comportamentale nei confronti degli stili di vita e delle principali infezioni sessualmente trasmesse (HIV, HPV) alle donne che accedono al consultorio nelle diverse fasi della loro vita;</p> <p>4.1.2 mettere a punto e rendere disponibili strumenti informativi per le ostetriche che facilitino e accompagnino le attività di counseling.</p>
Gruppo prioritario	Donne che accedono al consultorio

Setting	Consultori
Gruppi di interesse	Destinatari privilegiati sono tutte le donne che nelle diverse fasi della propria vita accedono ai servizi consultoriali; gli operatori coinvolti sono le ostetriche territoriali, mentre hanno una funzione di sostenitori sia i responsabili dei servizi, per l'organizzazione del lavoro, sia eventualmente le associazioni di volontariato.
Misure per le disuguaglianze	La attivazione delle ostetriche come counselor sulle IST e sugli stili di vita consente di raggiungere tutte le donne che per ragioni diverse accedono ai consultori, quindi anche le straniere o coloro che sono in condizioni di disagio economico
Attività principali	Le attività principali saranno pertanto: <ul style="list-style-type: none"> • definire il pacchetto formativo individuando anche i momenti e gli strumenti più appropriati per rilevare informazioni e dati di attività; • identificare e formare le ostetriche; • revisionare i materiali formativi per il counseling, riprodurli e renderli disponibili; • avviare le attività di counseling con la consegna dei materiali educativi/informativi alle donne; • monitorare, sulla base di quanto definito nel pacchetto formativo, sia le attività di formazione (valutare l'utilità del corso di formazione per lo svolgimento dell'attività pratica) che le attività di counseling effettuate (verificare in quali setting risulta maggiormente applicabile il counseling; valutare il tempo medio dedicato all'attività di counseling; misurare l'accettabilità del progetto nel setting di applicazione; raccogliere le principali indicazioni sulle difficoltà incontrate).
Rischi e management	Sebbene le ostetriche per la natura della loro professione sono sostanzialmente abituate ad avere un rapporto speciale con le donne, la elevata età media di questa categoria professionale e gli argomenti "particolari" rispetto ai quali dovrebbero svolgere attività di counselling, possono rappresentare una criticità che si ritiene di poter risolvere attraverso un notevole sforzo nella direzione della motivazione delle stesse.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
4.1.1 Attivazione di un percorso formativo specifico sulle modalità di offerta del counseling breve a sostegno del cambiamento comportamentale nei confronti degli stili di vita e delle principali infezioni sessualmente trasmesse (HIV, HPV) alle donne che accedono al consultorio	4.1.1/1 % di ostetriche consultoriali formate al counselling breve				80%		
4.1.2 Messa a punto di strumenti informativi per le ostetriche che facilitino e accompagnino le attività di counselling	Materiale informativo prodotto				Material e informativo prodotto		

Cronogramma 4.1 - Ostetriche come counselor su stili di vita e infezioni sessualmente trasmesse

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
4.1.1 Attivazione di un percorso formativo specifico sulle modalità di offerta del counseling breve a sostegno del cambiamento comportamentale nei confronti degli stili di vita e delle principali infezioni sessualmente trasmesse (HIV, HPV) alle donne che accedono al consultorio																	
4.1.1.1	Definire il pacchetto formativo	Regione (Servizio Prevenzione)/Aziende Sanitarie															
4.1.1.2	Identificare e formare le ostetriche	Regione (Servizio Prevenzione)															
4.1.1.3	Avviare le attività di counseling con la consegna dei materiali educativi/informativi alle donne	Aziende Sanitarie															
4.1.1.4	Monitorare le attività di formazione	Regione (Servizio Prevenzione)/Aziende Sanitarie															
4.1.1.5	Monitorare le attività di counseling	Regione (Servizio Prevenzione)/Aziende Sanitarie															
4.1.2 Messa a punto di strumenti informativi per le ostetriche che facilitino e accompagnino le attività di counseling																	
4.1.2.1	Revisionare i materiali formativi per il counseling, riprodurli e renderli disponibili	Regione (Servizio Prevenzione)/Aziende Sanitarie															

Progetto 4.2	La gravidanza fisiologica: l'ostetrica per un domani migliore
Descrizione	<p>La gravidanza e il parto sono processi fisiologici e, conseguentemente, ogni intervento assistenziale proposto deve avere benefici dimostrati ed essere accettabile per le donne in gravidanza. L'assistenza in gravidanza dovrebbe mettere la donna in grado di scegliere in base ai propri bisogni e ai propri valori, dopo averne discusso con le professioniste e i professionisti cui si è rivolta. E' pertanto fondamentale sottrarre la gravidanza fisiologica alla pressante medicalizzazione del percorso nascita consentendo a tutte le donne, indipendentemente dallo status sociale, dalla appartenenza religiosa o dal paese di provenienza, di usufruire di prestazioni appropriate volte a tutelare la salute della mamma e del bambino e ad affrontare il complesso compito della genitorialità.</p> <p>In questa dimensione si colloca l'accordo Stato Regioni del 16/12/2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e della appropriatezza degli interventi assistenziali del percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" in base al quale la gestione dell'assistenza alla gravidanza a basso rischio, secondo le indicazioni fornite dalle Linee Guida ministeriali e dal modello di assistenza proposto dalla WHO, diventa uno dei fattori fondamentali per recuperare appropriatezza in un percorso assistenziale, nel quale valorizzare il ruolo dei consultori familiari e promuovere l'autonomia delle ostetriche nell'assistenza alla fisiologia.</p> <p>Nella nostra regione l'attività consultoriale è ampiamente diffusa nel territorio e sostenuta da sempre dalla legislazione regionale. Tuttavia, proprio la scelta fatta, ormai alcuni decenni fa, di decentralizzare tale attività nel territorio ha determinato, con il passare del tempo, un progressivo differenziarsi dell'offerta, più come conseguenza delle risorse disponibili che delle esigenze dei territori stessi e delle donne che vi abitano.</p> <p>Vanno citati in questo senso proprio i Corsi di Accompagnamento alla nascita (CAN). La letteratura scientifica raccomanda che alle donne in gravidanza venga offerta la possibilità di seguire corsi di accompagnamento alla nascita, organizzati con modalità che consentano l'interazione tra le partecipanti e i conduttori dei corsi. Le donne chiedono e devono ricevere informazioni su gravidanza, modalità di parto, allattamento, cura del bambino, genitorialità.</p> <p>I CAN, infatti, si inseriscono all'interno del Percorso Nascita come parte integrante dell'assistenza perinatale, con l'obiettivo di promuovere la salute delle donne in gravidanza e accompagnarle in un percorso educativo, informativo e di sostegno e per aiutarle nella transizione alla genitorialità e a fare scelte informate; hanno inoltre lo scopo di proporre strategie e tecniche adeguate per affrontare eventuali paure del travaglio e del parto.</p> <p>Negli ultimi anni la tipologia di offerta dei CAN nella nostra regione è andata progressivamente modificandosi con differenze tra territori riguardanti soprattutto i contenuti. Anche la tipologia di CAN offerta non è omogenea nella regione: in alcuni territori viene offerta solo la tipologia "tradizionale" che inizia al settimo mese e si svolge in 8/10 incontri +1 o 2 dopo la nascita, oppure minicorsi che si svolgono in soli 3 incontri, mentre in altri territori vengono offerti anche CAN con metodologia "interattiva" con un inizio più precoce nel caso della gravidanza.</p> <p>Pertanto, nella convinzione che il CAN è un momento fondamentale non solo per fornire alla donna informazioni corrette, ma soprattutto per garantirle sostegno e promuovere empowerment rispetto al ruolo che andrà ad affrontare, attraverso l'intervento di più professionisti che operano in rete, si intende con questo progetto razionalizzare e uniformare l'offerta dei CAN in maniera tale da garantire un'offerta attiva completa in ciascun distretto e il completamento del CAN con incontri anche dopo la nascita finalizzati al sostegno all'allattamento e alla genitorialità. In tal modo si pensa anche di poter ampliare la platea delle donne che partecipano ai corsi. L'offerta attiva dei CAN mira a coinvolgere il maggior numero di donne/coppie residenti, aumentando la partecipazione anche delle coppie e delle donne straniere.</p> <p>Contestualmente si intende arrivare ad offrire alla donna un set di "accertamenti specialistici",</p>

esenti da qualunque partecipazione alla spesa se viene rispettato il tipo e l'epoca dell'esame, declinati in seno alla cosiddetta "Agenda della Gravidanza". Proprio con l'obiettivo di favorire la presa in carico precoce della donna gravida da parte del territorio si prevede che la consegna dell'Agenda avvenga presso il consultorio fin dalle primissime fasi della gravidanza, permettendo all'ostetrica di avere un primo importante contatto con la donna.

L'Agenda comprende un pacchetto di esami già prenotati e rappresenta un vero e proprio strumento informativo che intende agevolare le donne e le coppie fornendo informazioni sui servizi per la maternità, sui controlli clinici appropriati e sulle scelte che si presentano loro lungo il percorso. Tale strumento è stato già sperimentato in due regioni italiane (Piemonte e Toscana) con grande successo sia per quanto riguarda la risposta delle donne, sia in ragione della riduzione delle prestazioni e della spesa inappropriate.

Tutto ciò permette, come già detto, anche di contribuire al superamento delle diseguaglianze, aumentando il numero di donne straniere che accedrebbe ai servizi sanitari dell'area materno infantile in modo appropriato in relazione all'epoca gestionale, dal momento che proprio le donne migranti sembrano accedere più tardi alla prima visita, rispetto a quelle italiane.

Con il progetto, pertanto, s'intende:

- 4.2.1 favorire la partecipazione ai CAN attraverso la garanzia di un processo di miglioramento dell'offerta attiva dei corsi stessi;
- 4.2.2 implementare l'Agenda della gravidanza, per uniformare il controllo della gravidanza, attraverso la definizione di modalità operative e strategie assistenziali comuni tra professionisti e la creazione di un ricettario per la gravidanza fisiologica che favorisca l'accesso alle prestazioni e garantisca appropriatezza nelle prescrizioni alla donna con una gravidanza fisiologica.

Il progetto si avvale della collaborazione dei Docenti del Gruppo di ricerca in Scienze Psicologiche del Dipartimento FISSUF – Università di Perugia. Il gruppo di ricerca si occuperà in particolare di:

- fornire indicatori e strumenti psicologici e psicosociali di rischio/protezione identificati dalla letteratura scientifica quali elementi (anche di contenuto) da inserire nel pacchetto per la formazione degli operatori coinvolti. L'inserimento di tali aspetti psicologici permetterà di considerare dimensioni modificabili dell'esperienza della gravidanza accanto e all'interno delle variabili sociali e socio-culturali (es.: donne straniere e minoranze etniche, donne con bassi livelli socio-economici). Data la complessità del fenomeno gravidanza, attenzione dovrà essere data non solo alla madre ma al suo "contesto" relazionale di vita (partner, padre del nascituro);
- effettuare rilevazioni (al primo contatto previsto dall'Agenda, alla 32° settimana di gravidanza e al 2° mese dopo la nascita del bambino, +- 2 settimane) degli aspetti psicosociali e psicologici individuati:
 - sostegno percepito dalla donna e fiducia nell'ostetrica, stress parentale nella relazione di cura del bambino (Indicatori sentinella di efficacia del progetto);
 - vissuto relativo alla scoperta della gravidanza, ansia, depressione, sostegno sociale percepito della donna (anche nella relazione col partner, se presente), paura del parto, depressione post-partum, autoefficacia nell'allattamento, attaccamento prenatale al feto, (indicatori NON sentinella). Tali indicatori non sentinella sono finalizzati a: a) identificare i fattori di rischio riconosciuti dalla letteratura; b) fornire agli operatori elementi di contenuto su cui porre l'attenzione nel percorso di accompagnamento della donna e del suo contesto di vita alla gravidanza fisiologica; c) permettere di individuare (alla fine del piano) popolazioni a rischio legate alle specificità del contesto regionale anche al fine di mettere a punto interventi su misura (*tailored*).

Alcune di queste misure saranno rivolte alle coppie (future madri e futuri padri).

Nello specifico il gruppo di ricerca in scienze e tecniche psicologiche si occuperà di:

- fornire personale esperto per somministrare le misure previste durante i momenti identificati di accompagnamento e sostegno alla maternità e genitorialità;

	<ul style="list-style-type: none"> - effettuare le analisi dei dati; - redigere un rapporto scientifico con l'analisi dei risultati ottenuti.
Gruppo prioritario	Donne in gravidanza
Setting	Consultori, Punti nascita, CUP
Gruppi di interesse	Il progetto interessa tutte le donne che avviano una gravidanza in qualità di destinatari privilegiati del progetto, tutti i professionisti coinvolti a vario titolo nel percorso nascita (ostetriche, ginecologi, pediatri, psicologi, assistenti sociali, MMG, PLS) in qualità di operatori ed, infine, futuri padri, nonni, associazioni e mediatori culturali che potremmo definire "sostenitori" proprio in virtù della loro potenziale funzione di sostegno alla donna in gravidanza.
Prove di efficacia	<p>Linee Guida Gravidanza fisiologica 2011 (ISS – SNLG)</p> <p>Misure di efficacia del progetto HCR-R - Health Care Relationship - R (Bova et al., 2012) è uno strumento internazionale che misura la fiducia nel rapporto paziente-medico ed è utilizzabile anche per la valutazione della fiducia della donna in gravidanza nel rapporto con l'ostetrica (Logrippo, 2013). Non esistono tuttavia dati sulla popolazione italiana con cui effettuare confronti; né esistono altri strumenti italiani deputati a tale misurazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> • MSPSS – The Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (Prezza et al., 2002) misura il supporto percepito su tre dimensioni: altri significativi, familiari, amici. Sono disponibili i valori normativi per genere, età e stato civile. Valori medi inferiori ai valori normativi italiani sono considerabili indicatori di un peggior sostegno sociale percepito dalla popolazione di donne in gravidanza indagata. Ci aspettiamo che i valori rilevati non si discostino in modo significativo dal valore normativo. • PSI - Stress parentale nella relazione di cura del bambino (PSI – Forma Breve, Abidin, 1986; Guarino et al., 2008) misura lo stress del parenting focalizzando l'attenzione sul genitore, sul bambino e sulle loro interazioni. E' composto da tre sottoscale: Distress genitoriale; Interazione genitore-bambino disfunzionale e Bambino difficile che convergono in un punteggio di Stress totale (PSI TOT) che misura il livello complessivo di stress genitoriale che una madre sperimenta nella relazione di cura. Il valore normativo italiani per la scala PSI TOT è di 69,72 (DS=17,11). Ci aspettiamo che i valori rilevati non si discostino in modo significativo dal valore normativo. <p>Misure pre - parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionario sul vissuto relativo alla gravidanza – breve questionario socio-demografico e brief-narrative sul vissuto relativo alla gravidanza. • STAI – (State-Trait Anxiety Inventory - Form Y (Spielberger et al., 1970). È una scala che misura il livello di ansia, frequentemente associata alla paura del parto. I valori normative di riferimento sono Ansia di Stato 45,2 (Ds =12,37), Ansia di Tratto 46,17 (Ds =11,53). Ci aspettiamo che i valori rilevati non si discostino in modo significativo dal valore normativo • CES-D (Radloff, 1977) è una breve scala di valutazione self-report della frequenza dei sintomi associati alla depressione. Il cut off è 16. Ci aspettiamo che i valori rilevati non si discostino in modo significativo dal valore normativo. • W-DEQ A - Paura del parto (W-DEQ A; Wijma, Wijma, & Zar, 1998; Fienalroli e Saita, 2013) è una scala che valuta pensieri ed emozioni legati alla nascita del bambino. Il punteggio varia da 0 a 165 con punteggi più alti indicative di esperienze negative rispetto al parto (paura del parto) e maggiore stress legato alle aspettative relative a tale esperienza. Il cut off clinico (valore internazionale) è di ≥85. • DAS – Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) può essere usata con coppie sposate e non, la scala permette di valutare il livello della soddisfazione e del sostegno percepito dalla donna nella coppia. Valori su campione italiano 121.96 (11.19/10.99) per primipare e pluripare. La DAS sarà applicata anche ai partner (coppia). Ci aspettiamo che i valori rilevati non si discostino in modo significativo dai valori normativi. • MAAS – <i>Maternal Antenatal Attachment Scale</i> (Condon, 1993): permette di misurare il legame

	<p>emotivo della donna in gravidanza con il nascituro. Si compone di due sottoscale (Qualità dell'Attaccamento e Intensità dell'attaccamento) che convergono in un punteggio totale. Il valore italiano di riferimento per il punteggio totale è 75,7 (DS= 8,1) (Righetti et al., 2005). Ci aspettiamo che i valori rilevati non si discostino in modo significativo dal valore normativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAAS – <i>Paternal Antenatal Attachment Scale</i> (Condon, 1993): permette di misurare il legame emotivo del padre in gravidanza con il nascituro. Si compone di due sottoscale (Qualità dell'Attaccamento e Intensità dell'attaccamento) che convergono in un punteggio totale. Il valore italiano di riferimento per il punteggio totale è 57,0 (DS= 8,3) (Righetti et al., 2005). Ci aspettiamo che i valori rilevati non si discostino in modo significativo dal valore normativo. • BSES-SF – <i>Auto-efficacia nell'allattamento al seno – forma breve</i> (Dennis, 2002): è una scala internazionale (derivata dalla BSES di Dennis & Faux, 1999) che valuta il senso di fiducia di una donna nell'allattamento al seno. Permette di identificare (a) madri a rischio, (b) valutare comportamenti e pensieri della donna rispetto all'allattamento al seno per implementare strategie individualizzate di intervento per donne a rischio e (c) valutare l'efficacia di interventi e di programmi educativi. I valori normativi internazionali della BSES-SF ad una settimana dalla nascita del bambino sono 53,48 (DS=10,33) per le primipare e di 58,21 (DS=10,87) per le pluripare. Ci aspettiamo che i valori rilevati non si discostino in modo significativo dal valore normativo. Variazioni possono essere collegate al momento della rilevazione del dato. • Questionario sul vissuto relativo alla gravidanza – breve questionario socio-demografico e brief-narrative sul vissuto relativo alla gravidanza. • EPDS - Depressione post-partum (Edinburgh Postnatal Depression Scale, Cox et al., 1987): per individuare disturbi depressivi postnatali (depressione post-partum). Il cut off clinico (valore internazionale) è $\geq 8/9$. <p>Altre misure Sperimentali</p> <p>Misure post – partum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionario sul vissuto relativo alla gravidanza – breve questionario socio-demografico e brief-narrative sul vissuto relativo alla gravidanza. • EPDS - Depressione post-partum (Edinburgh Postnatal Depression Scale, Cox et al., 1987): per individuare disturbi depressivi postnatali (depressione post-partum). Il cut off clinico (valore internazionale) è $\geq 8/9$
Misure per le disuguaglianze	Al fine di favorire l'equità dell'offerta il progetto prevede di coinvolgere più donne, anche con meno incontri, piuttosto che offrire tanti incontri a poche donne e privilegiare le donne che non hanno mai partecipato ad un CAN o che evidenziano problematiche specifiche.
Trasversalità	Il miglioramento della qualità e la standardizzazione dell'offerta dei CAN, così come la attivazione dell'Agenda della gravidanza consentiranno di raggiungere proprio le fasce più disagiate della popolazione.
Attività principali	<p>Le attività principali saranno pertanto rappresentate da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • costruzione di uno strumento per la ricognizione sull'offerta esistente dei CAN (tipologia, metodologia, contenuti) ed effettuazione della ricognizione; • elaborazione delle Linee di indirizzo finalizzate a uniformare, i contenuti, la metodologia, l'organizzazione, le figure professionali coinvolte nei CAN; • definizione degli strumenti per la valutazione dei corsi (questionario di gradimento, attività) e del pacchetto per la formazione degli operatori coinvolti; • presentazione delle Linee di Indirizzo ai Direttori di Distretto per favorire l'avvio dell'organizzazione; • avvio della realizzazione dei CAN nei diversi territori della regione; • prima valutazione dei CAN sia rispetto al gradimento delle donne sia alle attività; • ricognizione ed eventuale aggiornamento delle prestazioni erogate nella gravidanza fisiologica per implementare l'Agenda della gravidanza; • realizzazione dell'Agenda e individuazione delle modalità di consegna e diffusione; • formazione degli operatori sia rispetto ai CAN sia sull'Agenda della gravidanza;

	<ul style="list-style-type: none"> coinvolgimento dei mediatori culturali, previsto sia nell'organizzazione dei CAN sia nella stesura dell'Agenda della gravidanza con l'obiettivo di decodificare culture, tradizioni e abitudini diverse fra loro, mettendole poi in contatto e restituendone il senso originale, per accogliere l'eventuale disagio o difficoltà e restituire fiducia.
Rischi e management	Ancora una volta il progetto sarà sostenuto da un grande impegno sul fronte formativo, che è già stato calendarizzato.
Sostenibilità	Non si prevedono particolari costi nel miglioramento dell'offerta dei CAN, così come non sono previsti costi aggiuntivi nell'attivazione dell'Agenda della Gravidanza, al contrario si ipotizza a regime un risparmio legato ad un miglioramento dell'appropriatezza.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
4.2.1 Favorire la partecipazione ai CAN attraverso un processo di miglioramento dell'offerta attiva dei corsi stessi	4.2.1/1 Ricognizione offerta	/	/	Ricognizione offerta effettuata	/	/	/
	4.2.1/2 Linee di Indirizzo sui CAN	/	/	/	Delibera regionale	/	/
	4.2.1/3 % distretti che adottano Linee di Indirizzo	n. distretti che adottano Linee di Indirizzo/totale distretti	/	/	30%	60%	100%
4.2.2 Implementare l'Agenda della gravidanza	4.2.2/1 Agenda della Gravidanza	/	/	/	/	Strumento informativo realizzato	/
	4.2.2/2 % di consultori che distribuiscono l'Agenda	/	/	/	/	50%	100%

Cronogramma 4.2 – La gravidanza fisiologica: l’ostetrica per un domani migliore

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
4.2.1 Favorire la partecipazione ai CAN attraverso un processo di miglioramento dell’offerta dei corsi stessi																
4.2.1.1	Costruire uno strumento per la ricognizione dell’offerta esistente	Regione (Servizio Prevenzione) / gruppo progetto														
4.2.1.2	Fare la ricognizione dell’offerta esistente	Regione (Servizio Prevenzione)														
4.2.1.3	Elaborare linee di indirizzo finalizzate a uniformare i contenuti, la metodologia, l’organizzazione, le figure professionali coinvolte	Regione (Servizio Prevenzione)/gruppo di lavoro (ostetriche, responsabili aziendali consultori, psicologi, mediatore culturale) e Docenti del Gruppo di ricerca in Scienze psicologiche Dipartimento FISSUF														
4.2.1.4	Definire strumenti di valutazione dei CAN su gradimento delle donne, attività ed elaborare il pacchetto formativo	Regione (Servizio Prevenzione)/gruppo di lavoro														
4.2.1.5	Presentare le Linee di indirizzo ai Direttori di Distretto (contrattazione di budget)	Regione (Servizio Prevenzione)														
4.2.1.6	Formare gli operatori	Regione (Servizio Prevenzione)														
4.2.1.7	Avviare l’organizzazione dei CAN secondo le nuove Linee di indirizzo	Aziende Sanitarie														
4.2.1.8	Realizzare i CAN secondo le nuove Linee di indirizzo	Aziende Sanitarie														
4.2.1.9	Effettuare le valutazioni necessarie (in gravidanza e dopo la nascita) degli aspetti psicologici individuati	Docenti del Gruppo di ricerca in Scienze psicologiche Dipartimento FISSUF														
4.2.1.10	Valutare il funzionamento e il gradimento da parte delle donne dei CAN	Regione (Servizio Prevenzione)														

4.2.2 Implementare l'Agenda della gravidanza, per uniformare il controllo in gravidanza attraverso la definizione di modalità operative e strategie assistenziali comuni tra professionisti e la creazione di un ricettario per la gravidanza fisiologica																		
4.2.2.1	Fare una ricognizione sulle prestazioni erogate nella gravidanza fisiologica	Regione (Servizio Prevenzione/Servizio Sistema Informativo)																
4.2.2.2	Aggiornare le prestazioni erogate nella gravidanza fisiologica rispetto alle Linee Guida	Regione (Servizio Prevenzione/Servizio Sistema Informativo)																
4.2.2.3	Costruire l'Agenda della gravidanza come ricettario di prestazioni per la gravidanza fisiologica	Regione (Servizio Prevenzione)/gruppo di lavoro																
4.2.2.4	Realizzare e diffondere l'Agenda della gravidanza	Regione (Servizio Prevenzione)																
4.2.1.5	Formare gli operatori	Regione (Servizio Prevenzione)																
4.2.1.6	Rendere disponibile presso i consultori l'Agenda della gravidanza	Aziende Sanitarie																
4.2.1.7	Monitorare gli accessi	Regione (Servizio Prevenzione)																

Progetto 4.3

Il latte della mamma è “gustoso”

Descrizione

L'allattamento al seno è il modo naturale di alimentare il lattante ed il bambino. L'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi assicura una crescita, uno sviluppo ed una salute ottimali. Dopo quest'età, l'allattamento al seno, con l'aggiunta di alimenti complementari appropriati, continua a contribuire alla crescita, allo sviluppo ed alla salute del lattante e del bambino.

In Umbria le azioni di promozione dell'allattamento al seno sono state sostenute attraverso due importanti progetti, l'adesione alla Campagna Nazionale di Comunicazione per la Promozione della Salute nei primi anni di vita “Genitori Più” nel 2008 e il progetto Salute Infanzia.

Con l'adesione alla Campagna Genitori Più l'Umbria ha ricondotto a sistema alcune iniziative regionali di promozione della salute rivolte all'infanzia attivate negli ultimi anni, tra le quali le “Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno”, ha attivato sinergie tra gli operatori del SSR che si relazionano con i genitori e i bambini aumentando la collaborazione tra i professionisti ospedalieri e quelli del territorio sui temi della promozione della salute, anche nell'ambito della Rete Regionale dei Pediatri.

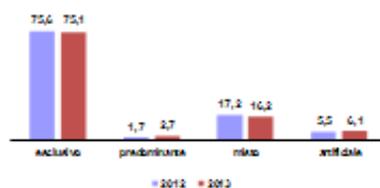
Con il Progetto “Salute infanzia”, avviato nel 2007 con il Piano regionale per l'attuazione di Guadagnare Salute e inserito nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2013, sono state sviluppate da parte dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) azioni volte a promuovere stili di vita sani fin dai primi anni di vita e alla prevenzione dei rischi più comuni per l'età del bambino. I PLS effettuano 7 bilanci di salute nei primi dieci anni di vita del bambino in occasione dei quali, attraverso colloqui finalizzati con i genitori, raccolgono informazioni e fanno counseling breve su diversi temi tra i quali la promozione dell'allattamento al seno.

I PLS registrano in un apposito strumento gestionale i dati relativi all'allattamento al seno al primo, al terzo e al sesto mese di vita del bambino; le informazioni sono raccolte in base a quanto indicato dall'OMS (allattamento esclusivo, predominante, misto e artificiale).

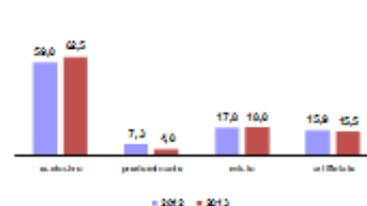
Dagli ultimi dati disponibili, relativi al periodo 2012-2013, si desume che i tassi di inizio, esclusività e durata dell'allattamento al seno sono ben al di sotto dei livelli raccomandati poiché abbiamo un basso tasso di inizio (circa 75%) e una notevole riduzione dell'allattamento esclusivo al 6° mese che si attesta intorno al 29% (vedi figura).

Allattamento (%)

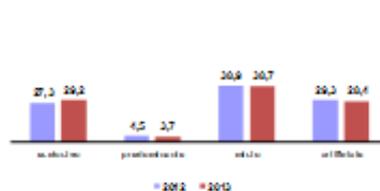
Al 1° bilancio (entro i primi 15 gg di vita)



Al 2° bilancio (al 3° mese +/- 30 gg)



Al 3° bilancio (al 6° mese +/- 30 gg)



Gli ostacoli più comuni per un buon inizio e una buona continuazione dell'allattamento al seno includono:

	<ul style="list-style-type: none"> • insufficiente copertura e qualità dell'educazione prenatale sull'alimentazione del lattante e del bambino fino a tre anni; • pratiche ospedaliere non ottimali che determinano scarso sostegno competente, scarsa informazione e mancanza di indirizzo ed incoraggiamento da parte degli operatori; • precoce ritorno al lavoro in assenza di facilitazioni e sostegno per l'allattamento al seno nei luoghi di lavoro; • mancanza di un più ampio sostegno familiare e sociale in un periodo, quello post-parto, spesso caratterizzato da fragilità psicologica e fisica. <p>Pertanto si ritiene opportuno dare nuovo impulso alla promozione dell'allattamento al seno attraverso alcune azioni strategiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizzare una formazione congiunta sul tema tra pediatri ospedalieri e di Libera Scelta, • enfatizzare il ruolo di sostegno svolto dall'ostetrica, • prevedere la promozione dell'allattamento al seno nei contenuti dell'incontro effettuato dopo la nascita previsto nei CAN e l'attivazione di uno spazio di ascolto puerperale presso il consultorio. <p>La presa in carico precoce del nuovo nato da parte dei PLS, infatti, risulta sistema vincente per la promozione dell'allattamento esclusivo al seno e del benessere genitoriale, soprattutto nei casi più fragili dal punto di vista sociale. La percezione di supporto ricevuto dalla madre favorisce sia l'allattamento sia un attaccamento sicuro che si associa ad un'elevata percentuale di condotte funzionali alla relazione madre bambino.</p> <p>La presa in carico precoce da parte del PLS è stata già in parte garantita col progetto Salute Infanzia, dal momento che a partire dal 2011 il primo bilancio di salute deve essere effettuato entro i primi 15 giorni; in tal senso è stato fondamentale garantire la possibilità di iscrivere il neonato alle liste anagrafiche dei PLS già in ospedale prima della dimissione, cosa fattibile pressoché in tutti i Punti Nascita della regione.</p> <p>Con il progetto si intende pertanto:</p> <p>4.3.1 dare nuovo impulso all'allattamento al seno come strumento per garantire la sana crescita e lo sviluppo del neonato attraverso l'aggiornamento della formazione, anche riguardo alle competenze relazionali, di ostetriche, infermieri e pediatri (ospedalieri e di Libera Scelta);</p> <p>4.3.2 attivare in ambito distrettuale e ospedaliero accessi privilegiati per le donne in puerperio con l'obiettivo di sostenerle o di risolvere eventuali problemi acuti legati all'allattamento al seno.</p>
Gruppo prioritario	Donne che partoriscono negli ospedali umbri
Setting	Consultori, domicilio della donna, Punti Nascita
Gruppi di interesse	Il progetto interessa tutte le donne che partoriscono in qualità di destinatari privilegiati del progetto, tutti i professionisti coinvolti a vario titolo nel processo di avvio e sostegno all'allattamento al seno (ostetriche, pediatri sia ospedalieri che di Libera Scelta, infermieri, psicologi, assistenti sociali) in qualità di operatori ed, infine, futuri padri, nonni, associazioni e mediatori culturali che potremmo definire "sostenitori" proprio in virtù della loro potenziale funzione di sostegno alla donna che allatta.
Misure per le disuguaglianze	Sappiamo come l'approccio alla maternità e all'allattamento al seno cambi notevolmente in ragione della propria cultura. In particolare alcuni popoli hanno tradizioni così profondamente diverse dalle nostre da rendere difficile in questi casi il coinvolgimento della donna. Si ritiene però di poter incontrare alcuni mediatori culturali che operano nelle Aziende Sanitarie per sviluppare occasioni di riflessione con le ostetriche e modalità appropriate di coinvolgimento.
Attività principali	Le attività principali riguarderanno nel 2016 la formazione degli operatori e la revisione del materiale informativo (video o altro) per la promozione dell'allattamento al seno; nel 2017 saranno avviate la riorganizzazione delle attività consultoriali per la strutturazione dello spazio d'ascolto come servizio rivolto a tutte le neo mamme dopo il rientro a casa, e l'organizzazione di un percorso di accesso privilegiato (codice Lilla) sia nel consultorio sia nei Punti Nascita, per garantire continuità

	assistenziale fra ospedale e territorio, per la risoluzione di problematiche legate all'allattamento al seno.
Sostenibilità	L'attivazione in ambito consultoriale di un punto di ascolto puerperale presuppone una modifica organizzativa delle attività del distretto di competenza.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
4.3.1 Promozione dell'allattamento al seno attraverso l'aggiornamento della formazione di ostetriche, infermieri e pediatri (ospedalieri e di Libera Scelta)	4.3.1/1 % operatori formati	/	/	/	80%	/	/
4.3.2 Attivazione in ambito distrettuale e ospedaliero di accessi privilegiati per le donne in puerperio con l'obiettivo di sostenerle o di risolvere eventuali problemi acuti legati all'allattamento al seno	4.3.2/1 % di distretti con 1 spazio di ascolto attivato	/	/	/	/	50% dei distretti	80% dei distretti

Cronogramma 4.3 - Il latte della mamma è “gustoso”

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
4.3.1 Promozione dell’allattamento al seno come strumento per garantire la sana crescita e lo sviluppo del neonato attraverso l’aggiornamento della formazione, anche riguardo alle competenze relazionali, di ostetriche, infermieri e pediatri (ospedalieri e di Libera Scelta)																	
4.3.1.1	Definire il pacchetto formativo e formare gli operatori	Regione (Servizio Prevenzione)															
4.3.1.2	Revisionare il materiale informativo già esistente e pianificarne la diffusione	Regione (Servizio Prevenzione)															
4.3.2 Attivazione in ambito distrettuale e ospedaliero di accessi privilegiati per le donne in puerperio con l’obiettivo di sostenerle o di risolvere eventuali problemi acuti legati all’allattamento al seno																	
4.3.2.1	Rivedere l’organizzazione dell’attività consultoriale per strutturare lo spazio d’ascolto	Aziende Sanitarie (distretti)															
4.3.2.2	Organizzare un percorso di accesso privilegiato (codice Lilla) presso i consultori o presso i PN (in orario notturno e festivo)	Aziende Sanitarie e Ospedaliere															

Progetto 4.4	Il percorso per la valutazione e la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella
Descrizione	<p>Le donne con una storia familiare di carcinoma della mammella si trovano spesso di fronte a una serie di scelte complesse e talvolta difficili, quali l'effettuazione di test genetici e l'utilizzo dei risultati dei test stessi, l'effettuazione della sorveglianza supplementare, la scelta delle misure di prevenzione (comprese talvolta la chirurgia) e, non ultime, le considerazioni circa la fertilità e la pianificazione familiare.</p> <p>Anche nella nostra regione per quello che riguarda la valutazione e la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella sono presenti alcune criticità che possono essere così sintetizzate:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. le donne non ricevono informazioni univoche e non hanno un punto di riferimento rispetto al rischio di sviluppare un carcinoma della mammella su base ereditaria e familiare; 2. esistono difformità nei tempi, nella metodologia e negli strumenti di valutazione del rischio; 3. anche quando la donna viene identificata come a rischio non esiste un percorso di presa in carico multidisciplinare. <p>Pertanto, già nel corso del 2013, anticipando le linee strategiche previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, è stato avviato un gruppo di lavoro con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • individuare le modalità e i criteri per l'identificazione delle donne a rischio, • condividere gli strumenti da adottare per la valutazione dei livelli di rischio incrementale, • definire i percorsi per la diagnosi e i protocolli per la sorveglianza. <p>L'ipotesi è quella di creare una rete per l'individuazione e la presa in carico delle donne con rischio eredo-familiare che si basa sul modello "Hub and Spoke", con l'obiettivo di garantire</p> <ul style="list-style-type: none"> • appropriatezza e qualità nei livelli assistenziali, • equità nelle condizioni di accesso e di erogazione, • salvaguardia rigorosa degli aspetti etici associati alla diagnostica genetica, • adeguato counselling. <p>I centri "Spoke", rappresentati da tutti i servizi di senologia delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e dai consultori, dovrebbero essenzialmente reclutare, attraverso una prima valutazione del rischio eredo-familiare di tumore della mammella, le donne da inviare al centro Hub.</p> <p>Nei centri di riferimento "Hub", identificati nelle strutture di senologia delle due Aziende Sanitarie che effettuano lo screening mammografico, con sede a Perugia e Foligno, un'equipe multidisciplinare, costituita dal radiologo senologo, dallo psicologo e dal genetista, effettua l'attribuzione del profilo di rischio, comunica alla donna l'eventuale esistenza del rischio su base eredo-familiare, fornisce counselling e orientamento sia alle donne da avviare a consulenza genetica sia a quelle da avviare a sorveglianza periodica.</p> <p>Ai MMG spetta invece il compito di fornire una corretta informazione sul rischio alle donne che a loro si rivolgono e di orientarle rispetto ai percorsi individuati.</p> <p>Con il progetto si intende quindi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.4.1 individuare le modalità e i criteri per l'identificazione delle donne a rischio e condividere gli strumenti da adottare per la valutazione dei livelli di rischio incrementale attraverso la produzione di linee di indirizzo; 4.4.2 definire i percorsi per la valutazione e la gestione del rischio su base eredo-familiare e i protocolli di sorveglianza; 4.4.3 realizzare una fase pilota di reclutamento delle donne in una parte del territorio regionale per poter verificare la fattibilità del percorso e le eventuali criticità.
Gruppo prioritario	Donne che accedono ai centri di senologia o allo screening
Setting	Consultori, servizi di senologia, ambulatori MMG, Centro regionale di riferimento per la Genetica, Laboratorio Unico di Screening
Gruppi di interesse	<p>Il progetto interessa, pertanto,</p> <ul style="list-style-type: none"> • le donne che accedono al consultorio o ai servizi di senologia per effettuare controlli o test

	<p>di screening sia opportunistico che organizzato. Le donne che accedono allo screening vengono prese in considerazione in occasione del primo accesso (destinatari);</p> <ul style="list-style-type: none"> tutti i professionisti coinvolti a vario titolo nel percorso (ostetriche, TSRM, radiologi, chirurghi, oncologi, genetisti, ginecologi, etc.) in qualità di operatori ed, infine, una serie di figure professionali quali MMG, psicologi e associazioni di volontariato che potremmo definire sostenitori in quanto dovrebbero avere una funzione di orientamento e sostegno per facilitare la presa in carico della donna.
Prove di efficacia	NICE (National Institute for health and Care Excellence) Familial breast cancer- Classification and care of people at risk of familial breast cancer and management of breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer June 2013
Trasversalità	Il progetto coinvolgerà professionisti sia delle Aziende Sanitarie che delle due Aziende Ospedaliere
Attività principali	Nel periodo 2015-2016 le attività principali saranno finalizzate a mettere a punto il percorso attraverso l'individuazione di un gruppo multidisciplinare, la stesura di linee di indirizzo e ad effettuare la formazione degli operatori coinvolti e dei MMG. Nel 2017 si realizzerà una fase pilota che prevede il reclutamento delle donne solo in una parte del territorio regionale; questa fase permetterà di valutare la fattibilità del percorso; infine nel corso del 2018 dopo una prima fase di valutazione ed eventuale aggiustamento, si procederà ad estendere il reclutamento a tutta la regione.
Rischi e management	Come accade molto spesso i rischi maggiori si annidano nel mettere a punto la macchina organizzativa, ma da tempo ormai la Direzione Salute ha annunciato la volontà di attivare questo percorso
Sostenibilità	L'intero progetto si fonda sul principio di creare un percorso teso a selezionare le donne che effettivamente hanno il rischio connesso con la mutazione del BRCA1 e BRCA2, a partire da un gruppo individuato come sospetto che, come già dimostrato anche nell'esperienza dell'Emilia Romagna, sarà costituito da un numero veramente contenuto di donne. La spesa per i test genetici sarà quindi altrettanto contenuta.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formola calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
4.4.1 Individuare modalità, criteri e strumenti per l'identificazione e la valutazione delle donne a rischio attraverso la produzione di linee di indirizzo	4.4.1/1 Linee di indirizzo condivise	/	/	/	Delibera regionale	/	/
4.4.2 Definire i percorsi per la valutazione e la gestione del rischio su base eredo-familiare e i protocolli di sorveglianza	4.4.2/1 % operatori formati	/	/	/	100%	/	/
4.4.3 Realizzare una fase pilota di reclutamento delle donne nell'area della ex USL 2 e della ex USL 3 i	4.4.3/1 % consultori che effettuano il reclutamento nei territori della sperimentazione	/	/	/	/	50%	100%

Cronogramma 4.4 - Il percorso per la valutazione e la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
4.4.1 Individuare modalità, criteri e strumenti per l'identificazione e la valutazione delle donne a rischio attraverso la produzione di linee di indirizzo																
4.4.1.1	Individuare gruppo di lavoro multidisciplinare (radiologi, TSRM, genetista, oncologi, psicologi)	Regione (Servizio Prevenzione)														
4.4.1.2	Definire le Linee di indirizzo e deliberarle	Regione (Servizio Prevenzione)														
4.4.2 Definire i percorsi per la valutazione e la gestione del rischio su base eredo-familiare e i protocolli di sorveglianza																
4.4.2.1	Definire il percorso e i protocolli di sorveglianza	Regione (Servizio Prevenzione) / Aziende Sanitarie e Ospedaliere														
4.4.2.2	Formare gli operatori coinvolti nel percorso (ostetriche, TSRM, radiologi) e i MMG	Regione (Servizio Prevenzione)														
4.4.2.3*	Implementare software Demetra rispetto a quanto individuato nel percorso	Software house														
4.4.3 Realizzare una fase pilota di reclutamento delle donne nell'area della ex USL 2 e della ex USL 3																
4.4.3.1	Realizzare la fase pilota di reclutamento	Aziende Sanitarie														
4.4.3.2	Valutare la fase pilota	Regione (Servizio Prevenzione)														
4.4.3.3	Estendere il reclutamento a tutta la regione	Aziende Sanitarie e Ospedaliere														

Progetto 4.5 L'importante è che tu possa partecipare

Descrizione	<p>Il carcinoma cervicale è il primo cancro a essere riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come totalmente riconducibile a un'infezione, nella fattispecie da virus del papilloma umano (HPV).</p> <p>Nella Regione Umbria è attivo, già dal 1999, il programma di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina, rivolto a tutte le donne tra i 25 e i 64 anni e basato sull'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni.</p> <p>Dal 2009 anche alle donne tra i 18 e i 24 anni che accedono spontaneamente alle strutture pubbliche che erogano prestazioni di screening per effettuare un Pap-test, la prestazione è offerta gratuitamente, con l'invito a presentarsi a cadenza triennale, evitando interventi inutili ed invasivi, data l'alta percentuale di infezioni da HPV che regrediscono spontaneamente in questa fascia d'età.</p> <p>Con il <i>Piano Sanitario Regionale 2009-2011</i> è stato avviato un processo di pianificazione degli aspetti strategici relativi agli screening oncologici che ha portato, tra l'altro, allo sviluppo e acquisizione di un sistema informativo unico regionale per i tre programmi di screening (Demetra) fondato su una anagrafica unica regionale dinamica.</p> <p>Con la DGR n. 101/2012 sono stati compiuti ulteriori passi: la costituzione, in seno alla Macroarea Sanità Pubblica dei due Dipartimenti di Prevenzione della regione, del cosiddetto "Centro Screening" e l'attivazione del "Laboratorio Unico di Screening" (LUS) a valenza regionale per gli screening della cervice uterina e del colon-retto.</p> <p>A partire dal 2013, in linea con le evidenze prodotte dalla letteratura internazionale e con i risultati emersi dal "Report italiano di <i>Health Technology Assessment</i>" sulla ricerca del DNA di Papillomavirus umano come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino, la nostra Regione offre alle donne di età compresa tra i 35 e i 64 anni il test di screening con HPV primario (hr-HPV DNA test) ogni cinque anni, mentre alle donne tra i 25 e i 34 anni continua ad essere offerto un pap-test a cadenza triennale.</p> <p>I dati di copertura stimati dal sistema di sorveglianza PASSI mostrano che nel quadriennio 2011-2014 l'85,6% (IC 83,9-87,1) delle donne 25-64enni ha eseguito negli ultimi 3 anni un esame clinico diagnostico della cervice uterina di queste il 63,5% all'interno dello screening organizzato e il 21,9% come prevenzione individuale.</p> <p>Tali dati campionari risultano in linea con quanto rilevato dal L.U.S. che registra non solo gli esami delle donne che usufruiscono del programma di screening ma anche quelli provenienti dall'attività specialistica privata e ospedaliera.</p> <p>Tuttavia, nonostante gli importanti livelli di adesione sopra richiamati, nel periodo 2008-2013, presso il L.U.S. (già Unità Operativa di Citologia dell'ex USL 2), sono state effettuate 89 diagnosi di sospetto carcinoma invasivo della cervice uterina, confermati istologicamente, di cui ben il 71% in donne mai sottoposte ad un esame di screening.</p> <p>Appare pertanto prioritario intervenire per raggiungere le donne che non hanno mai eseguito un esame per la prevenzione di tale patologia in quanto, seppur rappresentino nel complesso una piccola percentuale della popolazione target, è tra queste che si annida il maggior rischio di sviluppare lesioni HPV-relate di alto grado o francamente maligne.</p> <p>Per avere una stima della grandezza del target su cui potenzialmente agire, sono state conteggiate, grazie ai dati forniti da Demetra e dal L.U.S., le donne risultate "mai aderenti" nel 2013, intendendo con tale definizione le donne:</p> <ul style="list-style-type: none">• non aderenti a tre inviti consecutivi con ultimo invito nel 2013,• che hanno avuto almeno tre inviti a distanza di almeno trenta mesi dal precedente nel periodo 1/1/2006 – 31/12/2013,• che non hanno effettuato un test di screening nel periodo che va dalla data dell'invito più vecchio al 30/04/2014. <p>Le donne 35-64enni così selezionate sono risultate essere ben 11.236 pari al 17% delle invitate nel 2013; si tratta di una nicchia di popolazione che sembrerebbe non aver eseguito alcun esame per la</p>
--------------------	---

prevenzione del carcinoma uterino per almeno 8 anni.

Con il presente progetto si intende quindi introdurre l'offerta attiva dell'auto-prelievo per le donne di 35-64 anni "mai aderenti" allo screening, quale strategie per favorire l'adesione di questo specifico target, potenzialmente più vulnerabile. Esistono in commercio strumenti pratici e facili da utilizzare per eseguire l'auto-prelievo di cellule di sfaldamento del canale cervico-vaginale; esempi di test diagnostici attualmente in uso in Europa sono Quintip (prodotto da Aprovix) e Evalyn brush (prodotto da Rovers Medical Devices BV) costituiti da una bacchetta di plastica simile a quella utilizzata per i prelievi cervico-vaginali in microbiologia.

In occasione dell'avvio dello screening coloretale, è stato siglato un accordo con Postel, in base al quale ai cittadini di età compresa tra 50 e 74 anni viene inviato un kit, contenente la provetta da restituire al L.U.S. con il campione di feci, per la determinazione del sangue occulto fecale; dal 2013, nel rispetto delle "Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto dei materiali infettivi e dei campioni diagnostici" (Circolare del Ministero della Salute 3/2003) la busta preaffrancata inviata con il kit è una nuova busta plastificata di sicurezza a tre involucri.

La nostra Regione è pertanto tecnicamente preparata per gestire con le medesime modalità anche l'invio di un kit per l'auto-prelievo di campioni cervico-vaginali su cui effettuare l'analisi per la presenza di hr-HPV DNA.

La modalità con cui si intende mettere in atto tale strategia è analoga a quella utilizzata per lo screening coloretale, ovvero prevede l'invio a domicilio di un kit costituita da:

- lettera di invito;
- depliant informativo sull'HPV test;
- depliant con le istruzioni per eseguire il prelievo, nel retro del quale verrà strutturato un breve questionario di gradimento;
- dispositivo per il prelievo delle cellule cervico-vaginali (con apposita codifica);
- busta di ritorno preaffrancata sulla quale sarà apposta un'etichetta da firmare per acquisire il consenso al trattamento dei dati personali.

Il progetto si avvale della collaborazione dei Docenti del Gruppo di ricerca in Scienze Psicologiche del Dipartimento FISSUF – Università di Perugia. Il gruppo di ricerca si occuperà in particolare di fornire strumenti per valutare le barriere psicologiche che potrebbero ostacolare la adesione alla nuova metodologia. Lo strumento verrà inviato con il kit alle mai aderenti. Alle donne "fidelizzate" verrà somministrato dall'ostetrica al momento della consegna del dispositivo. Per le donne "mai aderenti" che non rispediscono il KIT si tenterà un contatto telefonico per la compilazione dello strumento di valutazione.

Le tematiche affrontate nello strumento individuato sono utilizzabili per la formazione degli operatori coinvolti. In particolare, le variabili indagate mirano a valutare la compliance delle donne allo screening. Gli elementi valutati includono la suscettibilità percepita, la serietà, le barriere, i benefici, e la preoccupazione per la salute generale.

L'esame delle cellule prelevate sarà eseguito presso il L.U.S. con tecniche di biologia molecolare *PCR real-time* attraverso una procedura automatizzata di estrazione del DNA virale e successiva amplificazione e rilevazione con tecniche di cito-fluorimetria.

Il progetto prevede anche la definizione del triage da seguire in caso di positività del test.

Attraverso queste azioni si intende perseguire i seguenti obiettivi specifici:

4.5.1. Miglioramento dell'adesione nella popolazione "mai aderenti" e mantenimento dell'adesione nelle donne "fidelizzate".

Per poter meglio indagare quest'ultimo aspetto si prevede inoltre di saggiare l'utilizzo dell'auto-prelievo in un campione randomizzato di circa 10.000 donne "fidelizzate" (ovvero aderenti a tre inviti consecutivi a distanza di almeno 30 mesi).

A queste donne verrà inviato, assieme all'invito tradizionale a presentarsi presso una sede consultoriale, il kit per l'auto-prelievo. Qui la donna verrà accolta da un'ostetrica adeguatamente formata, che annoterà alcune informazioni sul gradimento, dubbi o perplessità in merito all'auto-prelievo e coglierà l'opportunità per offrire alla stessa un breve counseling su stili di vita e

	<p>comportamenti a rischio.</p> <p>Il coinvolgimento nel progetto delle donne “fidelizzate” ha una triplice funzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fungere da “gruppo di controllo” rispetto alle donne “mai aderenti” soprattutto in relazione alla valutazione del gradimento della nuova metodica; • valutare l’opportunità di una eventuale estensione dell’auto-prelievo a tutte la donne 35-64enni; • sensibilizzare le donne alla scelta di corretti stili di vita.
Gruppo prioritario	<p>Donne 35-64enni residenti in Umbria “non aderenti” allo screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina.</p> <p>Donne 35-64enni residenti in Umbria “fidelizzate” allo screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina</p>
Setting	Territorio Umbro, consultori/centri di salute.
Gruppi di interesse	<p><u>Destinatari</u>: Donne 25-64 anni residenti in Umbria</p> <p><u>Sostenitori</u>: Regione Umbria, MMG, Mediatori culturali, Farmacie</p> <p><u>Operatori</u>: Laboratorio Unico di Screening, ostetriche.</p>
Prove di efficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Bosgraaf, Remko P., et al. "Comparative performance of novel self-sampling methods in detecting high-risk human papillomavirus in 30,130 women not attending cervical screening." <i>Int J Cancer</i> (2014). • Ogilvie, Gina S., et al. "Results of a community-based cervical cancer screening pilot project using human papillomavirus self-sampling in Kampala, Uganda." <i>International Journal of Gynecology & Obstetrics</i> 122.2 (2013): 118-123. • Gök, Murat, et al. "Offering self-sampling for human papillomavirus testing to non-attendees of the cervical screening programme: Characteristics of the responders." <i>European journal of cancer</i> 48.12 (2012): 1799-1808. • Rossi, P. Giorgi, et al. "The effect of self-sampled HPV testing on participation to cervical cancer screening in Italy: a randomised controlled trial (ISRCTN96071600)." <i>British journal of cancer</i> 104.2 (2011): 248-254. • Jones, Heidi E., et al. "Women in the Netherlands prefer self-sampling with a novel lavaging device to clinician collection of specimens for cervical cancer screening." <i>Sexually transmitted diseases</i> 35.11 (2008): 916-917. • Champions Health Belief Model Scale (CHBMS) (Champions, 1999): versione italiana usato in decine di paesi per valutare l’aderenza allo screening al tumore alla mammella, lo strumento è anche usato per verificare le barriere per lo screening per il cancro alla cervice. Non si hanno dati di riferimento italiani di confronto ma quelli raccolti con la presente rilevazione potranno essere confrontati con quelli disponibili a livello internazionale e cross cultural
Misure per le disuguaglianze	<p>Il progetto costituisce di fatto uno strumento di contrasto delle disuguaglianze essendo rivolto principalmente a quel sottogruppo di donne che non usufruisce dell’offerta sanitaria gratuita pur avendone maggiormente bisogno.</p> <p>Si prevede inoltre di effettuare, prima dell’invio del kit, una stratificazione della popolazione “mai aderente” per età e paese di provenienza al fine di costruire idonei materiali divulgativi da assemblare nel kit.</p> <p>Un’ulteriore azione di contrasto delle disuguaglianze consisterà nella revisione delle anagrafi comunali affinché non vengano “perse” nella selezione della popolazione target quelle donne straniere che per effetto di matrimonio o divorzio hanno, negli anni in esame, cambiato cognome.</p>
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> • Definire ed individuare le popolazioni “mai aderente” e “fidelizzate”; • Strutturare idonei materiali cartacei per i kit e per le ostetriche; • Adeguare il software Demetra per la tracciabilità delle donne “mai aderenti” e “fidelizzate” al fine della programmazione dell’invio dei kit e per la successiva valutazione; • Individuare il dispositivo per l’auto-prelievo da impiegare; • Adeguare la strumentazione del LUS per l’esecuzione della cito-fluorimetria; • Definire il triage per le donne che eseguono l’auto-prelievo; • Coinvolgere e formare i MMG, le ostetriche e i farmacisti;

	<ul style="list-style-type: none"> • Assemblare ed inviare i kit; • Analizzare i campioni e inviare le lettere con il relativo referto; • Valutare l'intervento in termini di efficacia (detection rate e referral rate) ed efficienza (adesione e costi); • Diffondere i risultati.
Rischi e management	Difficoltà nell'attuare la revisione dei dati delle anagrafi comunali, di ciò si terrà conto nella valutazione degli inviti inesitati.
Sostenibilità	Il costo del dispositivo è stato stimato essere circa 1,2 euro. Non ci sono ulteriori costi aggiuntivi poiché l'invio del kit a domicilio si fonda su un'organizzazione già consolidata.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
4.5.1 Miglioramento dell'adesione nella popolazione "mai aderenti" e mantenimento dell'adesione nelle donne "fidelizzate"	4.5.1/1 Adesione "mai aderenti"	"mai aderenti" che hanno aderito/"mai aderenti" invitate	2011-2013 14% ± 0,7%	14% ± 0,7%	1° semestre 14% ± 0,7%	1° semestre 30% ± 0,7%	/
	4.5.1/2 Adesione "fidelizzate"	"fidelizzate" che hanno aderito/"fidelizzate" invitate	2011-2013 80% ± 1,3%	80% ± 1,3%	1° semestre 80% ± 1,3%	1° semestre 80% ± 1,3%	/

Cronogramma 4.5 - L'importante è che tu possa partecipare

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
4.5.1 Miglioramento dell'adesione nella popolazione "mai aderenti" e mantenimento dell'adesione nelle donne "fidelizzate".																
4.5.1.1	Definire cosa si intende per popolazioni "mai aderenti" e "fidelizzate"	Servizio Prevenzione Direzione Salute e Coesione sociale														
4.5.1.2	Estrarre le donne "mai aderenti"	Software house														
4.5.1.3	Escludere le donne con esami (pap-test per le donne fino a 34 anni e HPV test per le 35-64enni) eseguiti privatamente o in strutture pubbliche ma al di fuori del programma di screening, tramite linkage Demetra-Athena	Software house														
4.5.1.4	Effettuare il campionamento randomizzato delle donne "fidelizzate"	Software house														
4.5.1.5	Analizzare la composizione per età, cittadinanza e area di residenza delle donne "mai aderenti"	Software house														
4.5.1.6	Predisporre i materiali cartacei: Lettera di invito Materiale informativo Questionario di gradimento Champions Health Belief Model Scale (CHBMS)	Servizio Prevenzione Direzione Salute e Coesione sociale Gruppo di ricerca in Scienze psicologiche Dipartimento FISSUF														
4.5.1.7	Predisporre i materiali web da diffondere attraverso il portale dei MMG	Servizio Prevenzione Direzione Salute e Coesione sociale														
4.5.1.8	Adeguare il software Demetra al fine della tracciabilità delle donne invitate e successivamente aderenti all'auto-prelievo	Software house														
4.5.1.9	Creare apposite tabelle per la categorizzazione della tipologia di invito ("mai aderenti" e "fidelizzate")	Software house														
4.5.1.10	Predisporre l'invio a ciascun MMG dell'elenco delle proprie assistite che risultano "mai aderenti" sia per verificare la qualità dei dati presenti in Demetra e nel	Software house														

	database del LUS, sia per favorirne l'adesione all'auto-prelievo.																		
4.5.1.11	Individuare il dispositivo per auto-prelievo da utilizzare	Servizio Prevenzione Direzione Salute e Coesione sociale L.U.S																	
4.5.1.12	Definire il triage che seguirà l'auto-prelievo	L.U.S																	
4.5.1.13	Adeguare la strumentazione laboratoristica per l'avvio della ricerca del DNA metilato	L.U.S																	
4.5.1.14	Diffondere il progetto attraverso il portale dei MMG e le farmacie	Servizio Prevenzione Direzione Salute e Coesione sociale																	
4.5.1.15	Formare ostetriche, MMG e farmacisti sulla gestione del progetto e sui contenuti del Champions Health Belief Model Scale (CHBMS)	Servizio Prevenzione Direzione Salute e Coesione sociale Gruppo di ricerca in Scienze psicologiche Dipartimento FISSUF																	
4.5.1.16	Revisionare ed aggiornare le Anagrafi comunali	Regione e Comuni																	
4.5.1.17	Pianificare degli inviti tenendo conto delle nuove categorie di invitate: "mai aderenti" e "fidelizzate"	Software house																	
4.5.1.18	Predisporre l'invio di apposita mail alla impresa deputata all'allestimento kit per assicurarsi l'avvenuta ricezione del file contenente i nominativi delle donne da invitare	L.U.S.																	
4.5.1.19	Fornire i materiali all'impresa per l'allestimento dei kit	Servizio Prevenzione Direzione Salute e Coesione sociale																	
4.5.1.20	Inviare i kit a domicilio	Impresa designata																	
4.5.1.21	Refertare i campioni auto-prelevati	L.U.S.																	
4.5.1.22	Impostare ed eseguire l'analisi dati	Servizio Prevenzione Direzione Salute e Coesione sociale																	
4.5.1.23	Divulgare i risultati emersi	Servizio Prevenzione Direzione Salute e Coesione sociale																	
4.5.1.24	Valutare la messa a sistema dell'auto-prelievo in base ai risultati ottenuti	Servizio Prevenzione Direzione Salute e Coesione sociale																	

Programma 5. Lavoro e salute

Vision

L'Umbria ha compiuto un lungo percorso in tema di salute nei luoghi di lavoro, non solo attraverso il potenziamento dell'attività di vigilanza a partire dall'attivazione dei piani nazionali agricoltura ed edilizia, ma anche grazie all'attività di coordinamento sviluppata in seno al Comitato Regionale di Coordinamento per la Salute e sicurezza sul Lavoro, per migliorare sia il processo di valutazione dei rischi presenti nei diversi contesti produttivi, sia i processi connessi con la formazione dei diversi attori della prevenzione aziendale. La grave crisi economica che stiamo affrontando ci costringe però a ripensare a tutta l'attività in questo ambito, provando da un lato a puntare sul miglioramento della qualità dell'attività di vigilanza attraverso la proceduralizzazione dei principali processi, fino all'attività di audit sulle imprese più mature sotto il profilo della salute e della sicurezza; dall'altra a sviluppare un nuovo approccio alla sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, non solo sperimentando indicatori che ci consentano di misurare la loro reale capacità di incidere sulla salute complessiva dei lavoratori, ma anche coinvolgendoli nel processo di promozione di stili di vita salubri che deve interessare l'intera comunità regionale compresi coloro che, venendo da altri Paesi, sono portatori di consapevolezza e culture diverse.

Con questo programma si vuole quindi mettere in campo progetti non solo con l'obiettivo di perseguire i "colpevoli" del mancato rispetto delle normative, ma al contrario individuare coloro che tra imprenditori, consulenti, medici competenti, rappresentano una risorsa per la comunità, facendosi promotori di forme di premialità, convinti come siamo che è proprio nelle condizioni più critiche che bisogna progettare l'innovazione.

Il programma pertanto è volto a perseguire i seguenti obiettivi generali:

Valorizzare la funzione delle Istituzioni che si occupano di prevenzione negli ambiti di lavoro, fornendo supporto al mondo del lavoro.

Favorire il miglioramento della qualità degli interventi di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro posti in essere sia dal sistema pubblico, attraverso l'avvio di un percorso di qualità e di accreditamento dei Servizi, sia dal sistema delle imprese e dei consulenti delle stesse, attraverso la condivisione di procedure e linee guida con tutti i portatori di interesse.

Promuovere, attraverso la condivisione con le imprese, interventi mirati allo sviluppo della responsabilità sociale, all'applicazione dei principi di etica all'impresa e all'adozione di buone prassi, anche nella piccola e media impresa.

Sviluppare, con le Istituzioni competenti, l'attivazione di meccanismi di premialità rivolti alle imprese eticamente responsabili.

Il programma intende contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi centrali nazionali: 7.2; 7.3; 7.4; 7.5; 7.6; 7.7; 7.8; 8.7; 8.8; 8.9 (riportati per esteso nel quadro logico regionale) attraverso i progetti sotto elencati:

- 5.1 Sorveglianza sanitaria di qualità: sperimentazione di indicatori di effettività e di efficacia dell'attività del medico competente
- 5.2 Le malattie muscoloscheletriche e i tumori professionali: un progetto di sorveglianza e prevenzione
- 5.3 I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza: da anello debole del sistema aziendale della prevenzione a interlocutore competente del management e del sistema di controllo
- 5.4 Un "cantiere complesso" come modello di sicurezza, prevenzione e promozione della salute
- 5.5 Dagli interventi di vigilanza alle buone prassi consolidate per favorire il benessere organizzativo
- 5.6 Riorientare la vigilanza: dai piani di intervento nazionali alla efficacia degli interventi locali
- 5.7 Una APP per "amica"

<p>Progetto 5.1</p>	<p>Sorveglianza sanitaria di qualità: sperimentazione di indicatori di effettività e di efficacia dell'attività del medico competente</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Il tavolo di progettazione del PRP, in seno al quale erano presenti le rappresentanze dei medici competenti, le associazioni sindacali e datoriali oltre che gli operatori dei Servizi PSAL, ha evidenziato come il MC nella sua attività non si possa più limitare alla “semplice” esecuzione delle visite mediche ai lavoratori. Il medico competente (MC) infatti, in un contesto lavorativo profondamente diverso rispetto al passato che ha cambiato i rapporti tra salute e lavoro, è chiamato a svolgere un'attività complessa e articolata, che richiede competenze mediche specialistiche, ma anche la capacità di integrarsi ed integrare il sistema aziendale, nonché di affrontare problematiche interdisciplinari, attraverso il confronto con altre professionalità in un contesto condizionato fortemente da vincoli normativi e procedurali. Sebbene l'espressione del giudizio di idoneità rimanga l'attività cardine, il medico competente è protagonista di molti altri processi, dalla collaborazione con il datore di lavoro e con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi in azienda, al suo coinvolgimento – attraverso l'espressione di pareri tecnici – in alcune scelte strategiche aziendali legate alla gestione delle risorse umane (disabili, neoassunti, non idonei, ecc.), alla tecnologia produttiva (macchinari, sostanze, ecc.) e alla definizione delle procedure, alla prevenzione e il controllo dei comportamenti a rischio, come l'alcol dipendenza e l'assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, anche attraverso l'utilizzo di tecniche quali il counselling. Le criticità evidenziate dal tavolo di progettazione rispetto alla qualità e alla efficacia della sorveglianza sanitaria svolta dai medici competenti sono schematizzate in figura 1-albero dei problemi.</p> <p>Nel 2014, dopo un percorso di condivisione con le associazioni dei medici competenti (SIMLII, ANMA, CONAMECO), con la DGR 1722 sono state approvate le “Linee di indirizzo e standard di qualità per l'attività di sorveglianza sanitaria” con la finalità di promuovere un diverso ruolo del medico competente e di stabilire che l'attività del medico competente possa essere “misurata” attraverso indicatori di qualità definiti di effettività ed efficacia, dove per effettività si intende la reale e concreta interazione tra professionista e contesto lavorativo di riferimento e tale indicatore connota la capacità del MC di influire su specifiche variabili del contesto stesso, mentre per efficacia si intende il riscontro di specifici segni di miglioramento, correlati alla azione del MC, del contesto lavorativo di riferimento e quindi tali indicatori connotano la capacità del MC di modificare “in meglio” specifiche variabili del contesto. Tali indicatori hanno quindi la finalità di misurare l'attività del medico competente non solo dal punto di vista formale, ma anche nella sua capacità di incidere sul sistema della prevenzione aziendale.</p> <p>Il presente progetto, in prosecuzione di quanto avviato negli anni scorsi, intende sperimentare e validare gli indicatori proposti nel documento e, contestualmente, contribuire alla definizione di standard per ciascun indicatore. La definizione di un livello adeguato rispetto a tali indicatori risulta infatti una fase piuttosto complessa sia in quanto gli indicatori misurano fenomeni qualitativi sia per il fatto che l'applicazione degli stessi è condizionata dalla tipologia e dalla dimensione dell'azienda in cui il medico competente si trova ad operare.</p> <p>Proprio al fine di evidenziare la bontà degli indicatori e di raccogliere elementi utili alla definizione degli standard si individuerà un campione di 100 aziende (50 aziende ogni anno) in cui si procederà a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – raccogliere in maniera standardizzata degli elementi utili al calcolo degli indicatori; – elaborare i dati raccolti ed evidenziare le eventuali criticità; – validare gli indicatori ipotizzati; – costruire gli standard di riferimento. <p>La scelta di selezionare il campione di aziende e non di medici competenti nasce dall'idea che l'attività di uno stesso professionista possa essere condizionata dalle variabili aziendali in cui si trova</p>

	<p>ad operare, come la dimensione aziendale, il settore produttivo, lo stato, anche economico, dell'azienda etc.</p> <p>Una volta validati, gli indicatori di cui sopra diventeranno strumento di valutazione nell'attività di controllo e potranno essere utili anche ad individuare possibilità di miglioramento della qualità complessiva della sorveglianza sanitaria.</p> <p>L'obiettivo del presente progetto è quindi:</p> <p>5.1.1 Sperimentare e validare standard di effettività e di efficacia dell'attività di sorveglianza sanitaria al fine di promuovere il miglioramento della qualità.</p>
Gruppo prioritario	Medici competenti
Setting	Luoghi di lavoro
Gruppi di interesse	SPSAL, Datori di lavoro, sindacati, INAIL, Comitato regionale per la Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro
Trasversalità	Il progetto coinvolge professionisti della sanità esterni al SSN.
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> – Costruire gli strumenti e selezionare le aziende in cui effettuare la sperimentazione degli indicatori di effettività ed efficacia; – intervenire nelle aziende selezionate; – elaborare i risultati, validare gli indicatori e produrre gli standard di riferimento.
Rischi e management	Il percorso di condivisione già attivato in una prima fase di messa a punto del progetto rende abbastanza fiduciosi sulla fattibilità dello stesso.
Sostenibilità	Gli indicatori validati possono diventare un utile strumento di miglioramento continuo della qualità della sorveglianza sanitaria utilizzabile oltre la durata del progetto stesso.

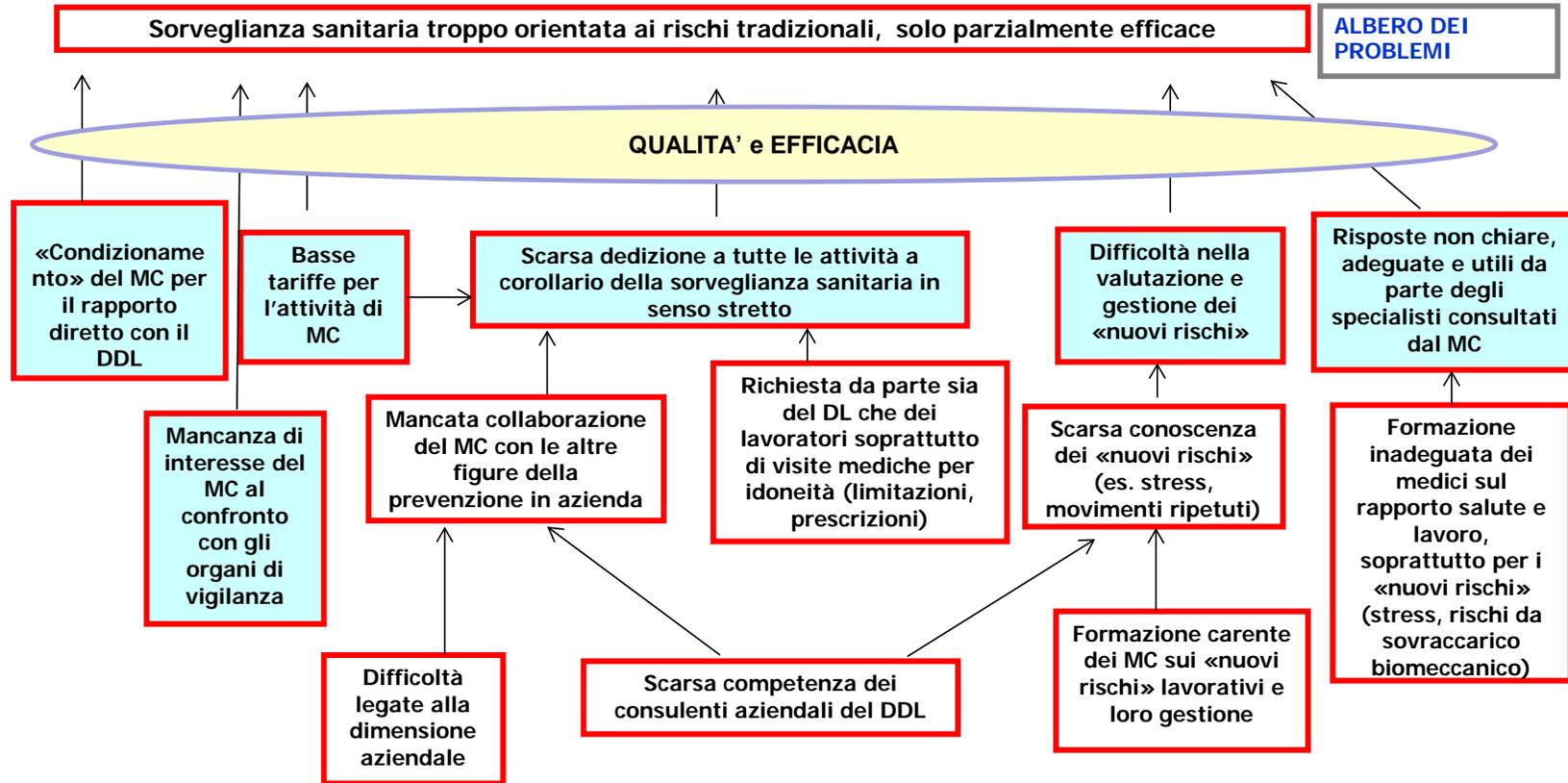
Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formola calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
5.1.1 Sperimentare e validare standard di effettività e di efficacia dell'attività di sorveglianza sanitaria al fine di promuovere il miglioramento della qualità	5.1.1/1 Procedura di accesso alle aziende e strumenti validati	/	/	Procedura prodotta	/	/	/
	5.1.1/2 % di aziende in cui è stato portato a termine l'intervento rispetto al numero di aziende previste	N° aziende oggetto di intervento/ N° aziende programmate X100	/	/	45%	45%	/
	5.1.1/3 Indicatori di effettività e di efficacia sperimentati e validati	/	/	/	/	/	Indicatori di effettività ed efficacia approvati

Cronogramma 5.1 - Sorveglianza sanitaria di qualità: sperimentazione di indicatori di effettività e di efficacia dell'attività del medico competente

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
5.1.1 Sperimentare e validare standard di effettività e di efficacia dell'attività di sorveglianza sanitaria al fine di promuovere il miglioramento della qualità																
5.1.1.1	Informare e sensibilizzare i medici competenti, i datori di lavoro, le associazioni sindacali e i consulenti aziendali rispetto al progetto	Regione/SPSAL														
5.1.1.2	Mettere a punto gli strumenti per la verifica – <i>definire la check list e testarla in un piccolo campione di aziende al fine di validarla</i> – <i>definire la procedura da adottare per intervenire nelle aziende</i>	Regione/SPSAL														
5.1.1.3	Selezionare le aziende nelle quali effettuare la sperimentazione	Regione/SPSAL														
5.1.1.4	Intervenire nelle aziende selezionate con la procedura e gli strumenti definiti e registrare le informazioni su supporto informatico	SPSAL														
5.1.1.5	Elaborare i risultati, evidenziando eventuali criticità	Regione														
5.1.1.6	Formulare gli indicatori, validarli e costruire gli standard di riferimento	Regione/SPSAL/Associazioni medici competenti														
5.1.1.7	Approvare la procedura e gli indicatori validati	Regione														
5.1.1.8	Presentare i risultati a datori di lavoro, associazioni sindacali, consulenti aziendali e medici competenti	Regione/SPSAL/Associazioni medici competenti														

Figura 1 Albero dei problemi



Progetto 5.2	Le malattie muscoloscheletriche e i tumori professionali: un progetto di sorveglianza e prevenzione
Descrizione	<p>Come evidenziato nell'analisi di contesto il fenomeno delle malattie professionali in Umbria è in netto incremento. Da circa 900 malattie nel 2000 si è passati a circa 1400 nel 2012, come risultato anche della sensibilizzazione dei medici (competenti, di famiglia, ospedalieri e ambulatoriali) alla notifica di tali patologie. I dati evidenziano inoltre, in questa Regione così come in Italia, che le patologie muscoloscheletriche sono le malattie professionali a maggiore frequenza e probabilmente il numero di queste patologie è destinato ad aumentare ulteriormente nei prossimi anni per l'invecchiamento della popolazione lavorativa e per i ritmi di lavoro sempre più onerosi. Nonostante questa "epidemia", gli organi di vigilanza evidenziano come nell'analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico le imprese non utilizzino gli strumenti valutativi standardizzati nazionali e internazionali disponibili. Per tale ragione la valutazione del rischio è spesso inadeguata e superficiale, non mette in evidenza le situazioni critiche e non porta quindi all'implementazione di soluzioni di miglioramento dei luoghi di lavoro.</p> <p>Per quanto riguarda la patologia professionale di origine neoplastica, se si confronta il numero di segnalazioni con le stime di malattia professionale attesa nella popolazione, emerge in modo evidente il fenomeno della sotto-notifica legato anche alla sottovalutazione della relazione lavoro-patologia, che tuttora pervade non solo il mondo lavorativo, ma anche quello dei professionisti della sanità.</p> <p>Questo progetto, sulla base di quanto sopradescritto, focalizza l'attenzione proprio su questi due gruppi di patologie, le patologie muscoloscheletriche e i tumori, con la finalità da un lato di migliorarne la sorveglianza epidemiologica e la possibilità di riconoscimento assicurativo, dall'altro di avviare interventi di prevenzione del rischio. Il progetto vuole anche interpretare, nello specifico contesto locale, il Piano Nazionale Cancerogeni e il Piano Nazionale Malattie muscoloscheletriche approvati dal Coordinamento Interregionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro.</p> <p>L'obiettivo di miglioramento della sorveglianza delle malattie professionali (neoplasie e malattie muscoloscheletriche) verrà raggiunto attraverso tre attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> – miglioramento del funzionamento del COR (Centro Operativo Regionale): in Umbria il COR è affidato al Dipartimento di Igiene - Registro Tumori Umbro di Popolazione con compiti di identificazione di tutti i casi di mesotelioma incidenti sul territorio mediante un sistema di ricerca attiva; a questo fa seguito l'intervista al soggetto ammalato (intervista diretta) o ai suoi familiari (intervista indiretta) volta ad ottenere informazioni rispetto alla storia professionale, residenziale, effettuata dal Servizio PSAL. Con questo progetto si intende ridurre il tempo di latenza che intercorre fra diagnosi di mesotelioma e intervista che, come noto, inficia la possibilità di identificare la relazione fra mesotelioma ed esposizione attraverso una modifica dell'estrazione dei casi di mesotelioma da parte del COR, una più tempestiva segnalazione dal COR ai Servizi PSAL (entro una settimana) e la riduzione del tempo fra segnalazione del COR e conclusione dell'intervista da parte dei Servizi PSAL (entro un mese); – attivazione del Registro dei Tumori Naso-sinusal per la stima dell'incidenza dei tumori naso sinusali correlati all'esposizione a polveri di legno duro e di cuoio; – attivazione del COR per i tumori a bassa frazione eziologica, compatibilmente con lo sviluppo del registro nazionale; – costruzione degli elenchi di esposti (lavoratori attualmente coinvolti nelle azioni di bonifica ricavabili dalle relazioni annuali ex art. 9 legge 257) ed ex esposti ad amianto nell'ambito del COR Regionale; – formazione mirata dei medici competenti rispetto a sorveglianza sanitaria e valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico con l'obiettivo di migliorarne la qualità. <p>L'obiettivo di ridurre i rischi per l'apparato muscoloscheletrico e di esposizione ad agenti cancerogeni verrà perseguito con due linee di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> – prevenzione del rischio da sovraccarico biomeccanico per l'apparato muscoloscheletrico: si

	<p>prevede una prima fase di formazione rivolta agli operatori dei servizi, mirata in particolare ad acquisire competenze specifiche rispetto alla valutazione dei rischi da sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscoloscheletrico; tale fase sarà seguita da un addestramento di un sottogruppo di operatori che punti ad un approfondimento delle conoscenze rispetto alla riprogettazione dei posti di lavoro e alle possibili soluzioni migliorative. L'intervento si realizzerà poi in un campione di aziende del settore della Grande Distribuzione Organizzata (GDO) e di aziende che effettuano attività di logistica/magazzinaggio nel settore della GDO alimentare (20 nel 2017 e 10 nel 2018) in cui l'incidenza di malattie muscoloscheletriche è particolarmente elevata. Il campione vuole rappresentare un contesto sufficientemente ampio da consentire ai Servizi non solo la verifica dell'applicazione della norma, quanto piuttosto la ricerca delle buone prassi intraprese dalle aziende per ridurre il rischio, da diffondere all'intero settore. A tal fine l'intervento prevede una analisi del rischio da sovraccarico biomeccanico, sia come analisi della valutazione effettuata dall'azienda che attraverso un confronto con l'indagine diretta effettuata dai Servizi PSAL;</p> <ul style="list-style-type: none"> – prevenzione del rischio cancerogeno: l'Umbria da più di 10 anni è impegnata nella valutazione di tale rischio attraverso programmi di monitoraggio che comprendono anche complesse indagini di igiene industriale nei comparti più a rischio; nel corso del precedente Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 e 2013 i Servizi hanno sottoposto a monitoraggio per agenti cancerogeni circa 100 aziende. Con questo progetto si intende proseguire quest'attività selezionando un ulteriore gruppo di aziende (24 all'anno) in cui, attraverso uno specifico monitoraggio con campionamenti ambientali e personali, verrà valutata l'esposizione a rischi cancerogeni (amianto, IPA, benzene, polveri di legno duro, silice o metalli pesanti) e il processo di valutazione dei rischi condotto dalle stesse e, se necessario, verrà prescritta l'adozione di ulteriori misure di prevenzione del rischio. <p>Gli obiettivi del progetto sono:</p> <p>5.2.1 Migliorare la sorveglianza della patologia neoplastica e delle malattie muscoloscheletriche di sospetta origine professionale;</p> <p>5.2.2 Ridurre il rischio da sovraccarico biomeccanico per l'apparato muscoloscheletrico nel comparto della Grande Distribuzione Organizzata (GDO);</p> <p>5.2.3 Ridurre il rischio da esposizione ad agenti cancerogeni nelle aziende sottoposte a monitoraggio.</p>
Gruppo prioritario	Lavoratori affetti da tumori ad alta frazione eziologica (mesotelioma e tumore naso-sinusale) e da malattie muscoloscheletriche di sospetta origine professionale; Lavoratori esposti a rischio di sovraccarico biomeccanico per l'apparato muscoloscheletrico e di esposizione ad agenti cancerogeni.
Setting	Luogo di lavoro
Gruppi di interesse	Comitato Regionale di Coordinamento per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (DPCM 21 dicembre 2007) COR Umbria Medici competenti
Trasversalità	Il progetto coinvolge professionisti esterni al mondo sanitario pubblico e consulenti delle imprese.
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> – Formare e sensibilizzare i medici competenti rispetto alla qualità della sorveglianza sanitaria e della valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico muscoloscheletrico; – ridefinire le modalità di funzionamento del COR per i mesoteliomi; – attivare il Registro Regionale per i Tumori Naso-sinusali; – attivare il COR per i tumori a bassa frazione eziologica; – verificare l'adeguatezza dei modelli valutativi utilizzati da un campione di aziende per caratterizzare il rischio per l'apparato muscolo-scheletrico in un comparto caratterizzato da un rischio specifico significativo (Grande Distribuzione Organizzata GDO); – effettuare il monitoraggio attraverso indagini di igiene industriale di un campione di aziende a rischio cancerogeno.

Rischi e management	Il notevole incremento di denunce di malattia professionale previsto dal PNP risulta difficile da raggiungere in una regione come l'Umbria in cui tasso di malattia professionale denunciata è già fra i più elevati in Italia.
Sostenibilità	Il miglioramento apportato dalle azioni del progetto è sostenibile nel tempo.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
5.2.1 Migliorare la sorveglianza della patologia neoplastica e delle malattie muscoloscheletriche di sospetta origine professionale	5.2.1/1 Intervista per RENAM entro un mese	N° interviste concluse SPSAL entro un mese dalla segnalazione del COR/N° casi segnalati dal COR nell'anno X 100	/	50%	70%	80%	90%
	5.2.1/2 Intervista per RENATUNS entro un mese	N° interviste concluse SPSAL entro un mese dalla segnalazione del COR/N° casi segnalati dal COR nell'anno X 100	/	/	/	50%	80%
	5.2.1/3 Report su esposizione ad asbesto e comparsa di patologia asbesto correlata	/	/	/	/	/	Report prodotto
	5.2.1/4 Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali	N° denunce 2013 + percentuale del N° denunce 2013	1440 (Baseline – denunce MP 2013)	Incremento del 3% rispetto alla baseline	Incremento del 5% rispetto alla baseline	Incremento del 8% rispetto alla baseline	Incremento del 10% rispetto alla baseline
5.2.2 Ridurre il rischio da sovraccarico biomeccanico per l'apparato muscoloscheletrico nel comparto della Grande Distribuzione Organizzata (GDO)	5.2.2/1 % di aziende sottoposte a intervento	N° aziende oggetto di intervento/ N° aziende programmate X100	/	/	/	25%	65%
5.2.3 Ridurre il rischio da esposizione ad agenti cancerogeni nelle aziende sottoposte a monitoraggio	5.2.3/1 % di aziende sottoposte a monitoraggio	N° aziende oggetto di intervento/ N° aziende programmate X100	/	/	/	25%	65%

Cronogramma 5.2 - Le malattie muscoloscheletriche e i tumori professionali: un progetto di sorveglianza e prevenzione

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
5.2.1 Migliorare la sorveglianza della patologia neoplastica e delle malattie muscoloscheletriche di sospetta origine professionale																
5.2.1.1	Formare e sensibilizzare i medici competenti rispetto alla qualità della sorveglianza sanitaria e della valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico muscoloscheletrico: – <i>definire i bisogni formativi</i> – <i>definire obiettivi e contenuti del corso</i> – <i>realizzare il corso</i>	Regione/SPSAL/Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica														
5.2.1.2	Ridefinire le modalità di funzionamento del COR per i mesoteliomi e in particolare: banca-dati da utilizzare, tempi per la trasmissione dei casi allo SPSAL, tempi di attivazione dell'intervista, tempi per la trasmissione della scheda al RENAM	COR/SPSAL														
5.2.1.3	Produrre un report semestrale alla Regione che riporti i casi incidenti, i casi trasmessi agli SPSAL, quelli indagati e quelli risultati positivi e relativi tempi, che possa contribuire ad implementare l'osservatorio ambiente e salute	COR														
5.2.1.4	Formare gli operatori dei Servizi PSAL sulla tematica cancerogeni professionali e neoplasie	Regione														
5.2.1.5	Istituire formalmente il RENATUNS	Regione														
5.2.1.6	Definire la procedura di ricerca dei casi e di indagine e in particolare: banca-dati da utilizzare, tempi per la trasmissione dei casi allo SPSAL, tempi di attivazione dell'intervista, tempi per la trasmissione della scheda al RENATUNS	COR/SPSAL														
5.2.1.7	Avviare l'attività di indagine sui casi segnalati dal COR ai Servizi PSAL	SPSAL														
5.2.1.8	Produrre un report semestrale alla Regione che riporti i casi incidenti, i casi trasmessi agli SPSAL, quelli indagati e quelli risultati	COR														

	positivi e relativi tempi, che possa contribuire ad implementare l'osservatorio ambiente e salute																		
5.2.1.9	Istituire il COR per i tumori a bassa frazione eziologica compatibilmente con lo sviluppo del registro nazionale	COR/Regione																	
5.2.1.10	Istituire l'elenco dei soggetti esposti ed ex esposti ad amianto attraverso le informazioni reperibili dalle relazioni annuali ex art. 9 della L.257/92 e dei dati INAIL su ex esposti ad amianto	COR/Regione																	
5.2.1.11	Produrre un report sul rapporto tra esposizione e patologia asbesto correlata incrociando le informazioni di cui al punto precedente con altre informazioni derivanti da altre banche dati disponibili	COR																	
5.2.2 Ridurre il rischio da sovraccarico biomeccanico per l'apparato muscoloscheletrico nel comparto della Grande Distribuzione Organizzata (GDO)																			
5.2.2.1	Formare gli operatori dei Servizi PSAL rispetto alla valutazione del rischio ergonomico – <i>Definire i bisogni formativi</i> – <i>Definire obiettivi e contenuti del corso</i> – <i>Realizzare il corso</i>	Regione/ Servizi PSAL/ Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica																	
5.2.2.2	Addestrare un sottogruppo di operatori (8 per ASL) rispetto alla riprogettazione dei posti di lavoro e alle possibili soluzioni migliorative – <i>Definire i bisogni</i> – <i>Definire obiettivi e contenuti dell'addestramento</i> – <i>Realizzare l'addestramento</i>	Regione/ Servizi PSAL/ Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica																	
5.2.2.3	Identificare le imprese/cooperative che appartenenti alla GDO o che effettuano attività di logistica/magazzinaggio nel settore della GDO alimentare per l'intervento	Regione/ Servizi PSAL																	
5.2.2.4	Informare le imprese/cooperative dell'intervento	Regione/ Servizi PSAL																	
5.2.2.5	Definire le procedure e gli strumenti per la valutazione della documentazione aziendale	Regione/ Servizi PSAL																	
5.2.2.6	Acquisire i documenti presso le aziende del campione selezionato	Servizi PSAL																	
5.2.2.7	Effettuare l'indagine diretta	Servizi PSAL																	

Progetto 5.3 I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza: da anello debole del sistema aziendale della prevenzione a interlocutore competente del management e del sistema di controllo

Descrizione	<p>Il D.lvo 81/2008 individua il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale (RLST) come figure cardine per la sicurezza in azienda, assegnando loro precisi diritti e compiti; proprio a sottolineare l'importante ruolo svolto da tali figure, la norma stabilisce che le stesse devono essere destinatarie di una formazione particolare in materia di salute e sicurezza (art. 37, comma 10 del D.Lgs. 81/2008) sia rispetto alla durata che rispetto ai contenuti minimi da approfondire.</p> <p>Il Comitato Regionale di Coordinamento per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, anche attraverso un confronto con portatori di interesse esterni allo stesso (RLS/RLST, Medici competenti, Datori di Lavoro etc.) ha evidenziato come la figura dell'RLS nella realtà sia l'anello debole della catena delle figure aziendali che si occupano di prevenzione in azienda e ha sottolineato alcune criticità:</p> <ul style="list-style-type: none">– lo scarso coinvolgimento di RLS da parte degli Enti che si occupano di vigilanza nel corso delle verifiche ispettive e nella disposizione delle misure di prevenzione e protezione dai rischi e delle eventuali misure di miglioramento;– l'insufficiente scambio di informazioni fra RLS e le altre figure della prevenzione in azienda in primis il datore di lavoro, ma anche RSPP, medico competente, consulenti esterni rispetto a problematiche derivanti dall'analisi dei cicli lavorativi, agli esiti dell'elaborazione epidemiologica dei dati sulla sorveglianza sanitaria, alle risultanze delle indagini di igiene industriale svolte in azienda etc.;– la mancata consultazione del RLS nel processo di valutazione e gestione dei rischi in azienda (proposte e/o critiche su metodi, strumenti, criteri, misure di protezione e prevenzione); <p>E' stato sottolineato come fra le cause alla base di queste criticità vi sia l'inadeguatezza e quindi l'inefficacia della formazione, che tradizionalmente è rivolta a queste figure anche per le seguenti ragioni:</p> <ul style="list-style-type: none">– scelta dei contenuti da approfondire nel percorso formativo: la formazione è tradizionalmente incentrata perlopiù sull'acquisizione di conoscenze di base di tipo normativo- tecnico e non sono trattati gli aspetti relativi all'acquisizione di capacità comunicativa e relazionale;– metodologia di insegnamento: in genere basata quasi esclusivamente su lezioni di tipo frontale;– necessità di dover formare adulti inseriti in contesti lavorativi diversi rispetto allo ad un ruolo che sulla carta richiede autonomia e capacità relazionale. <p>Sulla base di queste riflessioni la Giunta Regionale con la DGR 1724 del 22/12/2014 ha approvato un protocollo d'intesa fra Regione, Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, Associazioni datoriali e sindacali con l'obiettivo di migliorare appropriatezza, qualità e efficacia della formazione offerta agli RLS, costruendo un prototipo di corso di formazione rivolto agli RLS, attraverso una progettazione condivisa con le rappresentanze datoriali e sindacali che aderiscono al protocollo, con caratteristiche innovative rispetto ai format tradizionali, privilegiando tecniche di apprendimento attivo (esercitazione di gruppo, giochi di ruolo, osservazione di video etc.) rispetto alla classica lezione frontale e sperimentare tale modello formativo in uno specifico corso di formazione rivolto ad un gruppo di RLS. Il protocollo prevede anche di "formare" un pool di formatori selezionato dagli Enti e dalle istituzioni che aderiscono al protocollo all'interno delle proprie strutture formative e in possesso dei requisiti previsti dalla normativa per i formatori in materia di salute e sicurezza sul lavoro (DM Lavoro Politiche Sociali e Salute 6 marzo 2013), con uno specifico corso di "formazione per formatori" tenuto da docenti esperti di comunicazione, con l'obiettivo di garantire omogeneità di approccio e riproducibilità del "format" utilizzato.</p> <p>Il prototipo del corso di formazione per RLS e il corso di formazione per formatori, costruiti in collaborazione con la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, approvati dal Comitato Regionale di Coordinamento per la salute e Sicurezza sul lavoro, verrà sperimentato con un gruppo di 100 RLS, sottoposto quindi ad un processo di valutazione, che dovrà prevedere sia la raccolta in modo strutturato dei pareri dei discenti che la definizione e applicazione, condivisa con il pool di formatori,</p>
--------------------	--

	<p>di specifici indicatori di valutazione. Il modello formativo validato verrà quindi adottato dalle agenzie e organismi paritetici di riferimento dei firmatari il protocollo e riprodotto sia nei contenuti che nel metodo.</p> <p>Alla luce di quanto sopradescritto il presente progetto dà attuazione a quanto previsto dal protocollo con l'obiettivo di:</p> <p>5.3.1 Migliorare appropriatezza, qualità e efficacia della formazione rivolta agli RLS attraverso la costruzione, validazione e applicazione di un percorso formativo innovativo.</p>
Gruppo prioritario	<p>RLS delle imprese umbre</p> <p>Lavoratori delle imprese umbre</p>
Setting	Ambiente di lavoro
Gruppi di interesse	<p>Comitato Regionale di Coordinamento per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;</p> <p>Associazioni datoriali;</p> <p>Associazioni sindacali;</p> <p>Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica.</p>
Trasversalità	Le azioni previste nel progetto sono state costruite in modo trasversale con le associazioni datoriali e sindacali.
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> – Costruire il prototipo di corso di formazione per RLS e del corso di formazione per formatori; – elaborare con i formatori i materiali di supporto del corso; – sperimentare il corso di formazione con un gruppo di RLS; – realizzare e valutare i risultati della sperimentazione al fine di validare e approvare il modello formativo; – diffondere il modello formativo (con i materiali di supporto) alle associazioni datoriali e sindacali e alle agenzie formative del territorio.
Rischi e management	Il modello di corso potrebbe non essere riprodotto con le stesse caratteristiche. Il protocollo d'intesa ha proprio la funzione di garanzia che le parti riproducano il modello di corso nei contenuti e nel metodo.
Sostenibilità	Il Comitato ha concordato che per finanziare il progetto si utilizzeranno i fondi di cui all'art. 11 del D.lvo 81/2008 già stanziati per l' "Avviso pubblico per l'attuazione di un piano straordinario di formazione per la sicurezza nei luoghi di lavoro" di cui alla DD 2621 del 20.03.2010 che non sono stati completamente utilizzati dalle agenzie formative per la realizzazione dei progetti approvati.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
5.3.1 Migliorare appropriatezza, qualità e efficacia della formazione rivolta agli RLS attraverso la costruzione, validazione e applicazione di un percorso formativo innovativo	5.3.1/1 Partecipazione al corso di formazione per i formatori	N° di Formatori formati/N° di formatori da formare X100	/	90%	/	/	/
	5.3.1/2 Partecipazione al corso per RLS	N° di RLS formati/N° di RLS da formare X100	/	/	90%	/	/
	5.3.1/3 Modello di corso formativo approvato	/	/	/	/	DGR di approvazione del modello formativo	/

Cronogramma 5.3 - I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza: da anello debole del sistema aziendale della prevenzione a interlocutore competente del management e del sistema di controllo

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
5.3.1 Migliorare appropriatezza, qualità e efficacia della formazione rivolta agli RLS attraverso la costruzione, validazione e applicazione di un percorso formativo innovativo																
5.3.1.1	Costituire il gruppo di progetto (Regione/ Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica/SPSAL/Rappresentanti delle associazioni datoriali e sindacali)	Regione														
5.3.1.2	Selezionare i formatori	Gruppo di progetto														
5.3.1.3	Costruire il prototipo di corso di formazione per RLS	Gruppo di progetto														
5.3.1.4	Costruire il prototipo di corso di formazione per formatori	Gruppo di progetto														
5.3.1.5	Realizzare la formazione dei formatori	Scuola umbra di amministrazione pubblica														
5.3.1.6	Elaborare con i formatori i materiali di supporto del corso	Gruppo di progetto/Formatori														
5.3.1.7	Produrre i materiali di supporto del corso	Regione														
5.3.1.8	Produrre il questionario di valutazione	Gruppo di progetto														
5.3.1.9	Approvare il modello di corso di formazione	Regione														
5.3.1.10	Realizzare un evento di presentazione	Regione/ Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica														
5.3.1.11	Realizzare il corso di formazione per RLS	Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica														
5.3.1.12	Effettuare il focus group con i discenti	Gruppo di progetto														

5.3.1.13	Elaborare i risultati del questionario e dei focus group	Gruppo di progetto															
5.3.1.14	Validare e approvare il modello formativo	Regione															
5.3.1.15	Diffondere il modello formativo (con i materiali di supporto) alle associazioni datoriali e sindacali e alle agenzie formative del territorio	Regione															
5.3.1.16	Presentazione dei risultati	Regione															

Descrizione

I dati sull’andamento infortunistico indicano come il settore delle costruzioni sia tuttora in Italia, così come in Umbria, quello a maggior rischio avendo non soltanto una elevata frequenza di infortuni, ma anche una elevata percentuale di infortuni gravi, con esiti permanenti o mortali. In Umbria nell’anno 2012 le costruzioni hanno contribuito al 14% degli infortuni in occasione di lavoro (pari a 1095 infortuni) e al 16% di quelli gravi (pari a 361 infortuni).

Il sistema di analisi della dinamica e delle cause di infortunio INFORMO dimostra che oltre la metà degli infortuni mortali e gravi sono legati ad aspetti di processo o procedurali (“Attività infortunato” ed “Attività di terzi”); l’elemento in comune che viene messo in luce è che il “problema di sicurezza” maggiormente riscontrato è “l’errore di procedura”, a sua volta legato ad una pratica scorretta o alla carente formazione, informazione o addestramento dei lavoratori.

E’ quindi evidente come fra i fattori che spiegano la non adeguata gestione dei rischi lavorativi vi sia la tendenza sia da parte dei lavoratori che del datore di lavoro a sottovalutare il rischio, la mancanza di una formazione e di un addestramento che orienti in concreto i comportamenti, istruzioni e procedure spesso difficili da comprendere soprattutto per lavoratori con basso livello di istruzione o di altre nazionalità. A questo si aggiunge la mancanza di un effettivo coordinamento delle diverse figure della prevenzione aziendale e delle diverse imprese che operano nello stesso cantiere, nonostante i vincoli stabiliti dalla normativa vigente (artt. 91, 92, 100 D.lvo 81/08). I tempi di realizzazione delle opere rapidi e condizionati dai contratti, la presenza di esternalizzazioni e subappalto con uno scarso controllo nella filiera degli stessi, la carenza di criteri che selezionino effettivamente le imprese più qualificate, sono sicuramente altri importanti fattori concausali. Le criticità sommariamente descritte sopra sono state schematizzate nell’“albero dei problemi” (figura 1).

In Umbria, all’interno del Comitato Regionale di Coordinamento per la Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro e dell’Ufficio operativo, in cui sono rappresentate le istituzioni che si occupano di vigilanza negli ambienti di lavoro, si è avviata una riflessione in merito all’efficacia di una vigilanza impostata secondo linee tradizionali, anche alla luce del fatto che, come già ricordato, il fenomeno infortunistico, seppure in riduzione se considerato globalmente, non accenna a ridursi nella quota di infortuni gravi e mortali, legati in gran parte a fattori organizzativi, difficilmente modificabili attraverso una vigilanza tradizionale. In questi anni il Centro Edile Sicurezza e Formazione di Perugia (CESF), l’ente bilaterale del settore edile, è stato molto propositivo sia sul versante della formazione che della prevenzione in edilizia collaborando con il Comitato e con la Regione alla realizzazione di importanti progetti, quale il progetto europeo “Applying ECVET and ECTS to Certify Learning Outcomes and Qualification of the Entrepreneur in Construction sector” che ha definito le competenze specifiche necessarie per esercitare la professione di imprenditore edile, professione per la quale ad oggi non è necessario alcun requisito. Così come dalla collaborazione dello stesso CESF con INAIL Direzione Regionale e Direzione Territoriale sono stati realizzati importanti progetti di prevenzione nello specifico settore edile, sia per quanto attiene alla formazione degli addetti che per la sperimentazione di soluzioni organizzative e procedurali tecnologiche e innovative (es. Sicurezza Hitech e Babele).

Alla luce delle positive esperienze maturate, nella logica del miglioramento continuo del sistema della prevenzione e puntando alla sinergia operativa dei soggetti che si occupano attivamente delle politiche della salute e sicurezza, il CESF di Perugia ha proposto quindi al Comitato di sperimentare, nel cantiere della ricostruzione post terremoto del 2009 di Marsciano-Spina, due piccoli comuni nella provincia di Perugia, una nuova modalità gestione della sicurezza in cui le imprese che aderiscono al progetto, attraverso il supporto dello stesso ente bilaterale, vanno oltre il mero rispetto degli obblighi normativi mettendo in atto interventi di miglioramento della gestione della sicurezza e di promozione della salute, interpretando così, in un settore in cui per tipologia di attività e dimensioni d’impresa non è comune la certificazione SA 8000, il concetto di responsabilità sociale d’impresa. Il Comitato, anche sulla base delle garanzie di legalità e sicurezza offerte dalle

imprese che hanno aderito al “Protocollo d’Intesa per la legalità” stipulato fra Regione, ANCI Umbria, Comune di Marsciano, CESF, Cassa Edile, ha accolto positivamente tale proposta, che è stata sviluppata nel presente progetto, estendendo la sperimentazione anche ad un grande cantiere in provincia di Terni.

Il progetto, costruito con la partecipazione dei Servizi PSAL, dell’INAIL regionale, della Direzione Territoriale del Lavoro, delle Associazioni sindacali, del CESF di Perugia e del Comitato Paritetico Territoriale di Terni (CPT), ha come obiettivo generale di costruire e validare un modello innovativo di gestione di cantieri definiti “complessi”, che sia riproducibile in cantieri con caratteristiche simili. In questo progetto per “cantiere complesso” si intende:

- un elevato numero di cantieri, anche di piccole dimensioni, che operano in un’area di lavoro limitata (alta densità);
- un cantiere in genere di grandi dimensioni, in cui vi è la presenza contemporanea di molte imprese e molte lavorazioni con elevato rischio di interferenza.

Il progetto si sviluppa attraverso le seguenti azioni:

- costituire un Gruppo di progetto, composto dai rappresentanti dei soggetti partner, per l’attuazione di quanto previsto dal progetto;
- osservare i comportamenti tenuti in cantiere dai lavoratori: in questa fase di “osservazione e registrazione comportamentale” i tecnici di CESF e CPT attraverso sopralluoghi periodici nei cantieri registreranno in modo standardizzato le modalità di svolgimento delle diverse attività per evidenziare le fasi critiche e i comportamenti a rischio e i fattori che hanno determinato il comportamento, con la finalità di produrre una lista di comportamenti scorretti;
- analizzare le informazioni raccolte e confrontare i risultati ottenuti con quanto previsto nelle procedure aziendali codificate, per modificarne i contenuti o renderle più comprensibili; in questa fase i Servizi PSAL e INAIL dovranno supportare gli organismi paritetici e le imprese nell’analisi e nella eventuale modifica delle procedure;
- coinvolgere i lavoratori in un percorso formativo-motivazionale di acquisizione della metodologia dell’osservazione dei comportamenti messi in atto nel cantiere dagli stessi lavoratori, facendoli diventare parte responsabile della sicurezza: in questa fase, attraverso incontri di discussione e formazione con i lavoratori, essi acquisiscono la capacità di osservare i comportamenti scorretti tenuti in cantiere e di registrarli in modo standardizzato. I meccanismi di rinforzo positivo o negativo, che premiano i comportamenti corretti e disincentivano quelli scorretti, ma soprattutto la socializzazione e la discussione dei risultati con tutti i lavoratori coinvolti, hanno la finalità di modificare la percezione del rischio e di innescare nelle imprese un meccanismo virtuoso che favorisca l’adozione e il mantenimento dei comportamenti sicuri. Al fine di rendere agevole la segnalazione del comportamento scorretto da parte del lavoratore si prevede di adottare, attraverso una collaborazione fra CESF, CPT e INAIL, una applicazione per smartphone (App Babele): tale strumento ad oggi, oltre ad un glossario delle parole di più comune uso in edilizia, tradotto nelle otto lingue più diffuse tra i lavoratori edili che non parlano italiano, riporta una serie di schede con immagini esplicative sui rischi professionali più ricorrenti nel settore, sui comportamenti corretti da tenere e sui nomi degli strumenti di lavoro e dei dispositivi di sicurezza tradotti. Tale applicazione andrà implementata in modo da agevolare la segnalazione del comportamento scorretto da parte dei lavoratori e costruire un archivio delle stesse.

Contestualmente alle azioni sopradescritte si intende coinvolgere i medici competenti delle imprese affinché promuovano la disassuefazione dal fumo dei lavoratori impiegati nelle stesse; questa parte del progetto incrocia il progetto “La sfida della promozione della salute nei luoghi di lavoro: i medici competenti impegnati contro l’abitudine al fumo” del programma “Vita da sani” che ha l’obiettivo di costruire un percorso di formazione per i medici competenti che devono acquisire le competenze per effettuare nel corso delle visite di sorveglianza sanitaria annuale il counselling breve antifumo e fornire il materiale di supporto ai lavoratori. I medici competenti dovranno anche informare il lavoratore dei rischi connessi con il consumo di alcol, anche se assunto al di fuori

dell'orario di lavoro. Questa attività verrà monitorata dal Servizio PSAL verificando le cartelle sanitarie e di rischio.

Le imprese che partecipano al progetto si impegnano inoltre a mettere in "trasparenza" la documentazione sulla sicurezza (POS, PSC, Valutazione dei rischi), che deve essere resa digitale e immessa in una piattaforma tecnologica costruita da CESF di Perugia e CPT di Terni con il supporto di INAIL regionale. Dall'altra parte le Istituzioni che si occupano di vigilanza devono definire, all'interno dell'Ufficio Operativo una procedura di accesso in questi cantieri, che migliori l'efficienza delle attività di vigilanza e eviti tra l'altro la sovrapposizione degli interventi.

Per la sperimentazione del modello sono stati scelti i seguenti "cantieri complessi" (sopra definiti):

- l'opera di ricostruzione post terremoto di Marsciano-Spina, in cui si prevede lavoreranno circa 35-40 imprese, in diversi cantieri concentrati nel centro storico di un piccolo borgo medioevale, il paese di Spina;
- la costruzione della "Città della salute", un edificio destinato all'erogazione di servizi sanitari, in cui lavoreranno circa 15 imprese in un unico grande cantiere.

Fra gli indicatori utili a monitorare l'efficacia del modello si è fatta la scelta di utilizzare un indicatore di salute, ovvero la percentuale di diminuzione degli infortuni accaduti rispetto agli attesi. Per il calcolo di tale indicatore si è considerato l'insieme dei piccoli cantieri come un'unica grande entità, il cantiere complesso.

L'indicatore è stato calcolato nel seguente modo:

indicatore su infortuni attesi in base ai dati del triennio 2012-2014: deriva dal rapporto fra la somma del numero di infortuni accaduti in ciascuna azienda e somma del numero di dipendenti di ciascuna azienda nel triennio 2012-2014; il risultato viene diviso per 12 e moltiplicato 100 per calcolare il numero di infortuni per 100 dipendenti per mese;

	N° Infortuni 2012-2014	N° Dipendenti 2012-2014 (somma dei valori annuali)	Valore atteso (N° Infortuni per dipendente per mese)
Azienda 1	a	b	
Azienda 2	c	d	
Azienda 3	e	f	
	(a+c+e)	(b+d+f)	$(a+c+e)/(b+d+f)/12 \times 100$

indicatore su infortuni osservati nel cantiere complesso: deriva dal rapporto fra la somma del numero di infortuni accaduti in ciascuna azienda e somma del numero di dipendenti di ciascuna azienda; il risultato viene diviso per la somma delle mensilità di lavoro delle diverse aziende per calcolare il numero di infortuni per 100 dipendenti per mese;

	N° Infortuni accaduti durante i lavori nel cantiere complesso	N° Dipendenti che hanno lavorato nel cantiere complesso	N° di mesi di lavoro nel cantiere complesso	Valore osservato (N° Infortuni per dipendente per mese)
Azienda 1	g	h	o	
Azienda 2	i	l	p	
Azienda 3	m	n	q	
	(g+i+m)	(h+l+n)	(o+p+q)	$(g+i+m)/(h+l+n)/(o+p+q) \times 100$

Quindi è stata calcolata la percentuale di riduzione del valore osservato da quello atteso: $(\text{valore osservato} - \text{valore atteso}) / \text{valore atteso} \times 100$.

Attraverso le attività sopradescritte il progetto intende raggiungere i seguenti obiettivi specifici:

- 5.4.1 Migliorare la gestione della sicurezza nel cantiere favorendo l'adozione di comportamenti

	<p>sicuri da parte dei lavoratori e del datore di lavoro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5.4.2 Promuovere la disassuefazione dal fumo e l'informazione sul rischio alcol. • 5.4.3 Migliorare l'efficacia e il coordinamento delle attività di vigilanza.
Gruppo prioritario	Imprese e lavoratori del settore delle costruzioni coinvolti nell'intervento.
Setting	Luogo di lavoro: Cantiere della ricostruzione post terremoto di Marsciano-Spina; Cantiere "Città della salute" di Terni.
Gruppi di interesse	Regione, SPSAL, INAIL, DTL Umbria, CESF Perugia, CPT TERNI, Imprese, Sindacati, Medici competenti
Misure per le disuguaglianze	La formazione avrà una attenzione particolare al lavoratore straniero per permettere la partecipazione consapevole al progetto: a tal fine tutti i lavoratori stranieri dovranno effettuare un test di valutazione della conoscenza della lingua italiana e, se necessario, verranno coinvolti in un corso di lingua italiana.
Trasversalità	Il progetto prevede la collaborazione fra Servizi Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro dei due Dipartimenti di Prevenzione dell'Umbria, Direzione Territoriale del Lavoro, INAIL regionale, CESF di Perugia, CPT di Terni, Associazioni sindacali
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> – Predisporre gli strumenti per la realizzazione del progetto – Verificare la documentazione aziendale sulla sicurezza – Osservare e modificare i comportamenti attraverso il coinvolgimento dei lavoratori – Supportare i lavoratori stranieri alla partecipazione al progetto – Modificare le procedure di lavoro adottate dalle aziende – Promuovere la disassuefazione dal fumo attraverso il counselling breve effettuato dai medici competenti – Migliorare il coordinamento delle attività di vigilanza – Elaborare i risultati della sperimentazione
Rischi e management	Il progetto prevede l'applicazione di metodi innovativi, come la BBS, mai sperimentati in settori non industriali ad elevata variabilità come l'edilizia.
Sostenibilità	Il supporto degli organismi paritetici dell'edilizia e risorse regionali garantiscono la sostenibilità del progetto, ma anche la sua riproducibilità.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formola calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
5.4.1 Migliorare la gestione della sicurezza nel cantiere favorendo l'adozione di comportamenti sicuri da parte dei lavoratori e del datore di lavoro	5.4.1/1 APP per la segnalazione realizzata	/	/	APP per la segnalazione attiva	/	/	/
	5.4.1/2 Differenza % fra valore osservato e valore atteso di infortuni	% di diminuzione del valore osservato rispetto al valore atteso = (valore osservato-valore atteso)/valore attesoX100	Cantiere Marsciano: 0,17 Cantiere Terni: da calcolare	Invariato	-5% (0,16)	-10% (0,15)	-10% (0,15)
	5.4.1/3 Report di elaborazione dei risultati	/	/	/	/	/	Report prodotto
5.4.2 Promuovere la dissuasione dal fumo	5.4.2/1 % dei medici competenti delle aziende edili che fanno parte del cantiere "complesso" che hanno partecipato al corso	Medici competenti che hanno partecipato al corso/Medici competenti totaliX100	/	90%	/	/	/
	5.4.2/2 % di schede di counselling compilate	N° schede di counselling compilate/N° di cartelle sanitarie dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno X 100	/	/	50%	70%	/
5.4.3 Migliorare l'efficacia e il coordinamento delle attività di vigilanza	5.4.3/1 Procedura definita	/	/	Procedura prodotta	/	/	/

Cronogramma 5.4 - Un “cantiere complesso” come modello di sicurezza, prevenzione e promozione della salute

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
5.4.1 Migliorare la gestione della sicurezza nel cantiere favorendo l'adozione di comportamenti sicuri da parte dei lavoratori e del datore di lavoro																
5.4.1.1	Costituire il gruppo di progetto (Coordinamento Regione, SPSAL USL Umbria 1 e Umbria 2, DTL Umbria CESF Perugia, CPT Terni, INAIL Umbria)	Regione														
5.4.1.2	Presentare il progetto ai datori di lavoro delle imprese che operano nei cantieri selezionati (incontro di...ore per impresa)	Regione														
5.4.1.3	Predisporre gli strumenti per la realizzazione del progetto <ul style="list-style-type: none"> - <i>procedura di coinvolgimento e di entrata e uscita delle imprese</i> - <i>check list per la valutazione della documentazione aziendale (attività 1.5)</i> - <i>questionario pre-post per la percezione del rischio (attività 1.9)</i> - <i>procedura per condurre le osservazioni e griglia per l'osservazione comportamentale (attività 1.10)</i> - <i>check list e griglie di osservazione comportamentale per i lavoratori (attività 1.11)</i> - <i>programma premi e incentivi e modalità di celebrazione delle premiazioni (attività 1.15)</i> 	Gruppo di progetto														
5.4.1.4	Realizzare il supporto informatico per la messa in trasparenza della documentazione aziendale	CESF Perugia														
5.4.1.5	Acquisire e verificare la documentazione relativa alla sicurezza (POS e PIMUS) inviata in formato elettronico da ciascuna impresa e l'altra documentazione prevista dalla check list	INAIL/CESF Perugia/CPT Terni														

5.4.1.6	Analizzare imprese e cantieri coinvolti (analisi incidenti ultimi tre anni, analisi fasi lavorative a rischio, ...)	INAIL/CESF Perugia/CPT Terni																	
5.4.1.7	Realizzare lo strumento informatico per la segnalazione dei comportamenti scorretti da parte dei lavoratori su smartphone (App Babele)	INAIL/CESF Perugia																	
5.4.1.8	Effettuare un incontro motivazionale con i datori di lavoro delle imprese del cantiere	CESF Perugia e CPT Terni																	
5.4.1.9	Effettuare un incontro motivazionale con i lavoratori: - <i>individuazione del leader;</i> - <i>somministrazione del questionario per la percezione del rischio</i>	CESF Perugia e CPT Terni																	
5.4.1.10	Osservare e registrare i comportamenti mediante una griglia di osservazione (almeno 2 sopralluoghi al mese)	CESF Perugia e CPT Terni																	
5.4.1.11	Sperimentare il processo di osservazione dei lavoratori coinvolti	CESF Perugia e CPT Terni																	
5.4.1.12	Training dei lavoratori rispetto alle tecniche di osservazione (brevi incontri periodici)	CESF Perugia e CPT Terni																	
5.4.1.13	Analizzare i risultati e condividerli periodicamente con le imprese e i lavoratori	Gruppo di progetto																	
5.4.1.14	Produrre un report per ciascuna azienda	CESF Perugia e CPT Terni/SPSAL																	
5.4.1.15	Realizzare i momenti celebrativi e assegnare i premi/riconoscimenti agli osservatori/lavoratori	Gruppo di progetto																	
5.4.1.16	Supportare le imprese per l'accesso ai meccanismi di premialità INAIL	CESF Perugia e CPT Terni																	
5.4.1.17	Supportare i lavoratori stranieri coinvolgendoli attraverso test di conoscenza della lingua italiana ed eventuale accesso al corso di italiano	CESF Perugia e CPT Terni																	
5.4.1.18	Modificare le procedure di lavoro adottate dalle aziende confrontandole con l'analisi dei comportamenti scorretti/corretti	Gruppo di progetto																	

5.4.1.19	Condividere con le imprese e con i lavoratori procedure di lavoro chiare e fruibili per i lavoratori per gestire le fasi più critiche	Gruppo di progetto																
5.4.2 Promuovere la disassuefazione dal fumo																		
5.4.2.1 *	Formazione dei medici competenti delle imprese che operano nel cantiere al counselling breve	Università/ Regione																
5.4.2.2	Counselling breve antifumo alla visita per la sorveglianza sanitaria	Medici competenti																
5.4.2.3	Elaborare i risultati	Regione/SPSAL																
5.4.3 Migliorare l'efficacia e il coordinamento delle attività di vigilanza																		
5.4.3.1	Definire la procedura di accesso nei cantieri complessi	Ufficio operativo																
5.4.4 Validare il modello di gestione della sicurezza																		
5.4.4.1	Elaborare un report con i risultati complessivi e la verifica degli indicatori previsti	Regione/SPSAL																
5.4.4.2	Definire e approvare il modello di gestione	Regione/SPSAL																

Progetto 5.5	Dagli interventi di vigilanza alle buone prassi consolidate per favorire il benessere organizzativo
Descrizione	<p>Nell'ambito della progettazione partecipata per il PRP il gruppo che ha lavorato alla costruzione di questo progetto ha evidenziato come la parziale efficacia della prevenzione dello stress lavoro-correlato e della promozione del benessere organizzativo nelle aziende è legata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • carenza di consapevolezza e cultura da parte del sistema di prevenzione aziendale, in particolare del datore di lavoro; • mancanza di una conoscenza specifica della tematica da parte degli operatori dei servizi di vigilanza, che è alla base della difficoltà ad effettuare un controllo efficace; • non corretta applicazione dei metodi valutativi da parte delle aziende legata sia alla scarsa partecipazione delle figure della prevenzione alla valutazione, che alla difficoltà intrinseca di attuazione del metodo nella piccola e media impresa. <p>La letteratura scientifica ha dimostrato come la sanità sia un settore ad alto rischio di stress lavoro-correlato e particolarmente vulnerabile al burn out: la natura intrinseca del lavoro in sé, svolto spesso in emergenza, l'elevato carico di responsabilità, la scarsa valorizzazione dei professionisti sono solo alcuni dei fattori causali. Negli ultimi anni la drastica riduzione delle risorse economiche dedicate al Servizio Sanitario ha determinato la riduzione degli organici aziendali non più adeguati all'intensità del lavoro, lo scarso controllo da parte degli operatori sul ritmo di lavoro e sulla sua organizzazione, la mancanza di valorizzazione del ruolo degli operatori sanitari. Questo contesto sta senza dubbio amplificando le problematiche legate allo stress lavoro-correlato rendendo ancora più necessario mettere in campo azioni di promozione del benessere organizzativo, proprio in ragione del fatto che vi è una stretta connessione fra qualità dei processi organizzativi e qualità dell'assistenza erogata. Negli ultimi anni è aumentato quindi l'interesse delle aziende, anche di quelle sanitarie, rispetto alla promozione della salute organizzativa, per le possibili ricadute positive sulla produttività dell'intera organizzazione. Molte aziende sanitarie italiane hanno avviato specifici interventi di promozione del benessere organizzativo, ma solo in alcuni casi è stata valutata l'adeguatezza e l'efficacia in termini di risultati ottenuti.</p> <p>Il gruppo per la progettazione partecipata che ha affrontato questo tema ha ritenuto che l'altro settore di interesse per la prevenzione dello stress lavoro-correlato fosse quello delle cooperative sociali per gli elementi di rischio comuni a quelli già evidenziati in sanità e per la scarsa conoscenza da parte del mondo scientifico e dei servizi PSAL della problematica SLC in questo settore.</p> <p>Sulla base delle criticità evidenziate e degli obiettivi generali emersi, sono state sviluppate tre linee di intervento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Migliorare l'attività di controllo e la compliance delle imprese rispetto alla valutazione dello stress lavoro-correlato – in questa Regione i dati di attività dei Servizi PSAL evidenziano che il controllo rispetto alla valutazione del rischio stress si limita a tutt'oggi agli aspetti formali; accanto alla difficoltà ad intervenire con una vigilanza tradizionale per un rischio di valutazione così complessa, vi è anche la non del tutto adeguata conoscenza della tematica da parte degli operatori di vigilanza. Deve essere ricordato che l'Umbria nel 2014 ha aderito al progetto CCM 2013 "Piano di monitoraggio e di intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro-correlato". Il progetto, i cui obiettivi sono stati traslati nel Piano Nazionale Stress lavoro-correlato e sono quindi comuni a tutte le regioni, prevede infatti da una parte di formare gli operatori dei Servizi PSAL rispetto allo stress lavoro-correlato e dall'altra di monitorare, attraverso una griglia di valutazione condivisa fra le regioni lo stato di attuazione dell'obbligo di valutazione dello stress in un campione di aziende. Alla luce di quanto descritto con questa linea di intervento si intende implementare le conoscenze degli operatori dei Servizi rispetto alla tematica stress lavoro-correlato e garantire l'"osservazione" di un campione di aziende secondo i parametri definiti nel progetto nazionale sopracitato. Contestualmente si ritiene importante stendere una procedura ad hoc per uniformare e rendere più efficace la vigilanza rispetto a questa difficile tematica.

	<p>2. Condividere le buone prassi adottate dalle Aziende Sanitarie per favorire il benessere organizzativo tra i propri dipendenti - Con questo progetto ci si propone di intervenire nelle due Aziende Sanitarie e nelle due Aziende Ospedaliere pubbliche della Regione, per indentificare gli interventi già realizzati o in fase di realizzazione finalizzati alla promozione del benessere organizzativo con l'obiettivo di individuare le "buone prassi" e di favorirne l'adozione da parte di tutte le Aziende Sanitarie.</p> <p>3. Aumentare la conoscenza della problematica stress lavoro-correlato nelle cooperative sociali attraverso il confronto della valutazione del management aziendale e la percezione dei lavoratori - questa linea di intervento coinvolge un campione di 20 cooperative sociali nelle quali verrà messa a confronto con una metodologia innovativa la valutazione dei fattori di rischio per stress lavoro-correlato elaborata dal management aziendale e la percezione dei lavoratori. Il metodo prevede quindi diversi step:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificazione dei fattori del contesto lavorativo che correlano con un possibile rischio SLC; - valutazione, da parte delle figure aziendali deputate alla prevenzione (Direzione Aziendale, Medico Competente, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, Rappresentante dei Lavoratori), attraverso un apposito algoritmo, del grado di conformità di ciascun fattore identificato agli standard ritenuti ottimali; - valutazione della percezione dei lavoratori rispetto all'adeguatezza dei fattori alle proprie attese; - confronto fra i risultati delle valutazioni aziendali e delle percezioni dei lavoratori. <p>Attraverso l'analisi delle aree di concordanza e discordanza, tra la valutazione oggettiva e la valutazione soggettiva dei lavoratori si potranno identificare possibili fonti di rischio stress lavoro-correlato in questa specifica attività e condividere all'interno delle stesse aziende possibili interventi di miglioramento.</p> <p>Alla luce di quanto sopra il presente progetto intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Obiettivo 5.5.1</i> Migliorare le attività di controllo da parte degli operatori dei Servizi PSAL rispetto al rischio stress lavoro-correlato; • <i>Obiettivo 5.5.2</i> Promuovere l'adozione di almeno una buona prassi da parte di ciascuna azienda sanitaria coinvolta nell'intervento; • <i>Obiettivo 5.5.3</i> Aumentare la conoscenza della problematica del rischio stress lavoro-correlato nelle cooperative sociali e dei servizi.
Gruppo prioritario	Lavoratori delle piccole e medie imprese coinvolte Personale sanitario delle aziende sanitarie e ospedaliere coinvolte Personale delle cooperative sociali e dei servizi
Setting	Luogo di lavoro
Gruppi di interesse	Medici competenti, management delle aziende sanitarie e delle cooperative sociali, RLS aziende sanitarie e delle cooperative sociali Operatori PSAL
Prove di efficacia	<p><i>Prevenzione dello stress occupazionale nel personale sanitario</i></p> <p>Il training cognitivo-comportamentale (Cognitive-Behavioural Training, CBT) e le tecniche di rilassamento fisico o mentale riducono lo stress moderatamente, confrontate con assenza di intervento, ma non di più rispetto ad interventi alternativi. Il cambiamento degli orari di lavoro può ridurre lo stress, ma altri interventi di tipo organizzativo non hanno un chiaro effetto. Le evidenze sono, tuttavia, di bassa qualità.</p> <p><i>Interventi di prevenzione del Burn Out</i></p> <p>Dovrebbe essere ulteriormente approfondita, ottimizzata e praticata una combinazione di entrambe le tipologie di intervento (rivolti alla persona ed all'organizzazione). Possono essere rafforzati con corsi di aggiornamento.</p> <p><i>Interventi organizzativi per la prevenzione dello stress lavorativo</i></p> <p>Vi è evidenza limitata che gli interventi di livello organizzativo riducono stress, sintomi psicologici o</p>

	<p>assenteismo sul luogo di lavoro quando confrontati con assenza di intervento o altri interventi. Le strategie di partecipazione e autonomia, riprogettazione o ristrutturazione del lavoro, programmi di formazione e istruzione sembrano essere le più efficaci nel produrre risultati positivi. A causa della variabilità degli interventi implementati e degli outcome misurati non è possibile trarre delle conclusioni solide su quali tipi di intervento o strategie sono più efficaci.</p>
Trasversalità	<p>Il progetto, stante la tematica trattata, è per sua natura multidisciplinare e intersettoriale, in quanto l'attuazione prevede il coinvolgimento della sanità pubblica e privata, delle aziende, dei sindacati, ma anche dei consulenti delle aziende che affrontano la tematica dello stress.</p>
Attività principali	<p>Obiettivo 5.5.1</p> <ul style="list-style-type: none"> – Formare gli operatori dei Servizi sul tema dello SLC; – effettuare il controllo di un campione di aziende rispetto all'attuazione dell'obbligo di valutazione dello SLC; – approvare una procedura per la vigilanza sullo SLC. <p>Obiettivo 5.5.2</p> <ul style="list-style-type: none"> – Individuare il campione di aziende sanitarie private; – definire degli strumenti per sviluppare l'intervento; – individuare le buone prassi e promuoverne l'integrazione da parte delle aziende sanitarie. <p>Obiettivo 5.5.3</p> <ul style="list-style-type: none"> – Definire gli strumenti per sviluppare l'intervento nelle cooperative sociali; – intervenire nelle aziende selezionate per valutare attraverso il confronto fra la valutazione del management e le percezioni dei lavoratori, i possibili rischi da stress lavoro correlato; – restituire i risultati alle aziende e proporre soluzioni migliorative.
Rischi e management	<p>Mancanza di risposta al progetto da parte delle aziende sanitarie e ospedaliere selezionate o interventi e documenti meramente formali.</p>
Sostenibilità	<p>Il progetto avvia un processo di sensibilizzazione delle aziende rispetto al tema dello stress lavoro-correlato che produrrà nel tempo la messa in campo di azioni per la riduzione del rischio.</p>

Tabella degli indicatori

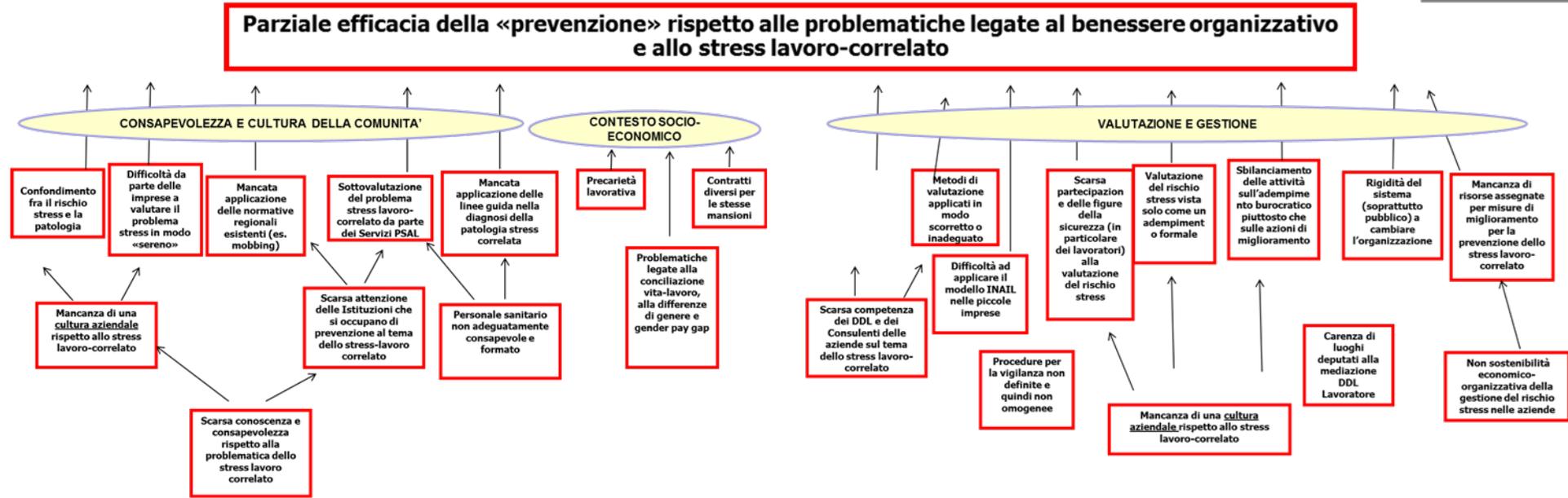
Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
5.5.1 Migliorare la qualità degli interventi degli operatori dei Servizi PSAL rispetto al rischio stress lavoro-correlato attraverso l'implementazione del progetto CCM "Piano di monitoraggio e di intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro correlato"	5.5.1/1 % di aziende ispezionate secondo la procedura CCM	N° aziende ispezionate/ N° aziende previste X 100	/	/	90%	/	/
5.5.2 Promuovere l'adozione di almeno una buona prassi da parte di ciascuna azienda sanitaria coinvolta	5.5.2/1 Procedura di accesso strumenti di valutazione della documentazione delle aziende sanitarie definiti	/	/	Procedura /strumenti di valutazione e prodotti	/	/	/
	5.5.2/2 Buona prassi adottata dalle aziende sanitarie	N° aziende sanitarie che adottano prassi/N° aziende coinvolte X 100	/	/	/	/	90%
5.5.3 Valutare il rischio stress lavoro correlato nelle cooperative sociali	5.3.3/1 % di aziende che aderiscono al progetto	N° aziende coinvolte/N° aziende selezionate X 100	/	/	30%	60%	/
	5.5.3/2 Report finale sull'elaborazione dei risultati dell'intervento nelle cooperative prodotto	/	/	/	/	/	Report prodotto

Cronogramma 5.5 - Dagli interventi di vigilanza alle buone prassi consolidate per favorire il benessere organizzativo

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Obiettivo 5.5.1 Migliorare la qualità degli interventi degli operatori dei Servizi PSAL rispetto al rischio stress lavoro-correlato attraverso l'implementazione del progetto CCM "Piano di monitoraggio e di intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro correlato"																
5.5.1.1	Formare gli operatori del servizio PSAL sullo SLC e sull'utilizzo degli strumenti previsti dal progetto CCM – <i>Definire i bisogni formativi</i> – <i>Definire obiettivi e contenuti del corso</i> – <i>Realizzare il corso</i>	Regione/ Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica														
5.5.1.2	Verificare il campione di aziende selezionato	SPSAL														
5.5.1.3	Elaborare una procedura per la vigilanza sulla base delle indicazioni scaturite dall'applicazione del progetto CCM	Regione/SPSAL														
5.5.1.4	Sperimentare la procedura per la vigilanza in un campione di aziende e valutare i risultati	SPSAL														
5.5.1.5	Approvare la procedura	Regione/SPSAL														
5.5.1.6	Utilizzare la procedura	SPSAL														
Obiettivo 5.5.2 Promuovere l'adozione di almeno una buona prassi da parte di ciascuna azienda sanitaria coinvolta																
5.5.2.1	Definire gli strumenti per sviluppare l'intervento: – <i>Criteri di valutazione della documentazione prodotta delle Aziende Sanitarie</i> – <i>Strumenti per la valutazione delle buone prassi messe in atto dalle aziende per favorire il benessere organizzativo</i>	Regione/SPSAL/INAIL														
5.5.2.2	Presentare il progetto alle aziende sanitarie e ospedaliere in incontri ad hoc e individuare il gruppo di progetto aziendale	Regione/SPSAL/INAIL														

5.5.2.3	Acquisire la documentazione aziendale (valutazione rischio SLC, interventi di promozione del benessere organizzativo già avviati)	Servizio PSAL															
5.5.2.4	Valutare la documentazione aziendale sia in termini di valutazione del rischio SLC che di interventi per la promozione del benessere organizzativo e validare le buone prassi	Regione/SPSAL/INAIL															
5.5.2.5	Costruire un repertorio di buone prassi	Regione/SPSAL/INAIL															
5.5.2.6	Restituire i dati elaborati alle Direzioni sanitarie aziendali	Regione/SPSAL/INAIL															
5.5.2.7	Promuovere l'integrazione di almeno una buona prassi nel sistema di gestione aziendale	Aziende Sanitarie															
Obiettivo 5.5.3 Valutare il rischio stress lavoro correlato nelle cooperative sociali																	
5.5.3.1	Definire degli strumenti per sviluppare l'intervento: – Criteri di selezione delle aziende – Procedura per l'intervento nelle aziende – Questionario/algoritmo per il management – Questionario per i lavoratori	Regione/SPSAL/INAIL															
5.5.3.2	Individuare il campione di cooperative sociali da sottoporre ad accertamento in base a criteri definiti	Regione/SPSAL/INAIL															
5.5.3.3	Presentare il progetto ai datori di lavoro e alle rappresentanze sindacali delle aziende coinvolte	Regione/SPSAL/INAIL															
5.5.3.4	Intervenire nelle aziende selezionate secondo la procedura definita	Servizio PSAL															
5.5.3.5	Registrare ed elaborare i dati e i questionari	Servizio PSAL															
5.5.3.6	Stendere un documento per la restituzione dei risultati alle singole aziende	Regione/SPSAL/INAIL															
5.5.3.7	Incontrare le aziende per la restituzione dei risultati e eventuali indicazioni migliorative	Regione/SPSAL/INAIL															
5.5.3.8	Produrre un report finale	Regione/SPSAL/INAIL															

Figura 1 Albero dei problemi



<p>Descrizione</p>	<p>In Umbria il controllo del territorio attraverso l'attività di vigilanza è sempre stato più che adeguato; questa Regione è infatti fra quelle che hanno garantito una copertura del territorio sempre ampiamente superiore al 5% delle aziende con dipendenti. Contestualmente in questi anni lo sviluppo dei sistemi informativi ha consentito di monitorare l'attività svolta dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, il fenomeno infortunistico e delle malattie professionali, ma anche le modifiche del contesto produttivo di riferimento, orientando così le scelte programmatiche rispetto alla prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro. In particolare ci si riferisce allo sviluppo del sistema gestionale INFODIP, in cui vengono registrate tutte le attività svolte dai Servizi PSAL e alla costruzione nel 2012 del Sistema Informatizzato per la Notifica Preliminare di apertura dei cantieri (SINPOL) per l'inserimento on-line da parte degli utenti obbligati alla trasmissione della notifica preliminare di apertura del cantiere a tutti gli enti destinatari, in primis i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ASL e le Direzioni Territoriali del Lavoro; inoltre attraverso la banca dati dei Flussi Informativi INAIL Regioni, utilizzata a livello regionale nell'ambito dell'Osservatorio Infortuni e Malattie Professionali, è stato possibile analizzare dati del contesto produttivo e di salute della popolazione lavorativa.</p> <p>All'interno del Comitato Regionale di Coordinamento per la Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro e dell'Ufficio operativo in cui sono rappresentate le istituzioni che si occupano di vigilanza negli ambienti di lavoro proprio in ragione degli alti livelli di vigilanza, si è avviata una riflessione in merito all'efficacia di una vigilanza impostata secondo linee tradizionali e soprattutto legata alla necessità di adempiere, almeno per quanto riguarda i Servizi PSAL, all'obbligo previsto dal Patto per la salute nei luoghi di lavoro del 2007, tradotto in LEA, di ispezionare ogni anno il 5% delle imprese con dipendenti presenti sul territorio regionale. Come ricordato nell'introduzione al programma, rispetto alla vigilanza nei luoghi di lavoro il Comitato ha sottolineato in modo forte l'esigenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> – rendere le azioni degli enti deputati alla vigilanza più efficaci, omogenee e soprattutto trasparenti nei confronti delle imprese controllate, andando nella direzione della qualità e anche dell'accreditamento dei Servizi PSAL (così come previsto nella Legge Regionale 18/2012 di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, che impone che anche i Servizi del Dipartimento di Prevenzione così come altri servizi sanitari debbano essere accreditati da parte di un Ente certificatore riconosciuto in ambito comunitario); – utilizzare nuovi strumenti per la vigilanza, come quello dell'audit sulla sicurezza con le aziende, al fine di far crescere il livello di consapevolezza delle stesse e di attivare, con le aziende virtuose, meccanismi di premialità attraverso il coinvolgimento delle Istituzioni che possono avere un ruolo decisionale in questo ambito. <p>In questa logica nel corso dell'anno precedente, si è avviato un percorso di formazione-azione con i Servizi PSAL umbri, con l'obiettivo di migliorare le conoscenze e le competenze di base sui temi della qualità e iniziare il percorso di proceduralizzazione dei principali processi. Il percorso infatti oltre ad approfondire la tematica dal punto di vista metodologico ha portato alla costruzione, per quattro dei principali processi svolti dai Servizi (Procedura per la verifica della conformità degli adempimenti formativi di cui all'art. 37 comma 2 del d.lgs 81/08 -Procedura per lo svolgimento delle indagini per infortunio sul lavoro - Procedura per la gestione delle segnalazioni al Servizio PSAL - Procedura per l'analisi dei documenti di valutazione e gestione del rischio), di procedure condivise e quindi approvate con la DGR 1725 del 22.12.2014.</p> <p>Il gruppo per la progettazione partecipata che ha trattato la tematica della vigilanza nei luoghi di lavoro ha ribadito molte delle riflessioni sopra descritte, ma ha anche sottolineato la necessità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> – valorizzare la funzione assistenziale degli organi di vigilanza in quanto portatori di uno specifico contenuto tecnico, attraverso lo sviluppo di un confronto con aziende e professionisti coinvolti nel sistema della prevenzione; – andare oltre il controllo documentale nelle imprese, sviluppando sempre di più l'analisi dei rischi nelle imprese attraverso indagini di valutazione e di igiene industriale.
---------------------------	--

L'albero dei problemi costruito dal tavolo della progettazione partecipata è rappresentato in fig.1.

Con questo progetto si intende quindi:

- proseguire nel percorso di miglioramento della qualità degli interventi di controllo, implementando la proceduralizzazione dei processi e valutando, attraverso l'audit sui Servizi PSAL, realizzato dal Servizio Prevenzione della Regione Umbria e dai Servizi Qualità delle Aziende sanitarie, l'attuazione delle procedure già approvate. Contestualmente si intende promuovere l'utilizzo di nuovi strumenti per la vigilanza così come già realizzato per la vigilanza in altri ambiti, come quello della sicurezza alimentare; l'idea è quella di avviare un percorso che porterà i Servizi PSAL ad effettuare, in una quota parte delle aziende da controllare, il controllo attraverso l'utilizzo delle metodologie l'audit (ISO 9001). Ciò necessita di dedicare una parte importante del progetto alla formazione degli operatori dei Servizi PSAL e all'addestramento di un gruppo selezionato in ciascuna azienda sanitaria, sulla base delle attitudini e delle caratteristiche personali, che diventerà il gruppo di auditor. Dopo la fase di costruzione degli strumenti per effettuare l'audit seguirà la sperimentazione della metodologia in un contenuto gruppo di aziende selezionate (12 aziende: **2 aziende per ciascuna ASL nel 2017 e 4 aziende per ciascuna ASL nel 2018**);
- rimodulare l'attività di vigilanza in modo da poter contemperare questa visione innovativa dell'attività dei Servizi PSAL, estremamente onerosa sia in termini di professionalità che di risorse dedicate, con la vigilanza "tradizionale", mantenendo comunque un livello di vigilanza al di sopra del Livello Essenziale di Assistenza, pari al **6,5% di aziende del territorio con dipendenti da ispezionare ogni anno, pari a circa 3100 aziende**;
- sviluppare un più efficace ed omogeneo controllo sul territorio rispetto alle verifiche periodiche effettuate dai soggetti privati abilitati (DM 11 aprile) e autorizzati (DPR 462/01), attraverso lo sviluppo delle competenze degli operatori dei Servizi e la condivisione delle procedure da applicare in fase di vigilanza, che verrà attivata in modo strutturato dal 2016 in un numero di **aziende pari a 25-30/anno**;
- istituire un tavolo di confronto permanente fra le istituzioni che fanno parte dell'ufficio operativo e le associazioni datoriali e sindacali, che si incontrino periodicamente (**almeno 2 volte all'anno**) per affrontare tematiche di interesse;
- interpretare in questa regione, in ragione dell'analisi di contesto e dei risultati raggiunti, i cinque piani di intervento nazionali (Piano Nazionale Edilizia, il Piano Nazionale Agricoltura, il Piano Nazionale Cancerogeni, il Piano prevenzione delle malattie muscoloscheletriche, il Piano stress lavoro correlato) approvati dal Coordinamento Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (PISLL). Per quanto riguarda il Piano Nazionale Cancerogeni e il Piano Nazionale Malattie Muscoloscheletriche sono stati sviluppati nel progetto 5.2 "Le malattie muscoloscheletriche e i tumori professionali: un progetto di prevenzione e di sorveglianza", mentre il Piano Nazionale Stress lavoro-correlato è stato sviluppato nel progetto 5.5 "Dagli interventi di vigilanza alle buone prassi consolidate per favorire il benessere organizzativo".

Rispetto invece al settore dell'edilizia con il presente progetto si intende mantenere gli elevati livelli di vigilanza controllando il **25% delle notifiche preliminari pari a circa 1400 cantieri** (l'obiettivo del Piano Nazionale Edilizia è pari al 15%), ponendo una attenzione particolare al settore degli spettacoli e fiere (con particolare riguardo alle installazioni di maggiore complessità) e alle grandi opere infrastrutturali. Accanto alle azioni di vigilanza, si intende inoltre favorire l'applicazione del "Regolamento sulle cadute dall'alto" recentemente approvato in questa Regione in attuazione della legge "16/2013" (Norme in materia di prevenzione delle cadute dall'alto). Il Regolamento riguarda tutte le attività in quota che si svolgono in edilizia, con l'obiettivo di tutelare sia il lavoratore che il committente facendo in modo che nel momento in cui si opera sulle coperture o su facciate particolari di un edificio come quelle continue, ventilate o ampiamente finestrate, siano stabilite a monte le modalità con cui eseguire gli interventi e sia stabilita una procedura unica di affidamento da parte del committente privato all'impresa o al lavoratore autonomo che sale in quota. I Servizi dovranno supportare le imprese e i

professionisti nella applicazione di tale innovativa normativa attraverso momenti di confronto **(2 incontri per ciascuna ASL)**; inoltre in un gruppo di cantieri **pari a 20 per anno** verrà verificata l'applicazione in fase di costruzione dell'edificio del regolamento. Infine per garantire il coordinamento delle attività di controllo da parte delle Istituzioni che se ne occupano, in primis ASL e DTL, si prevede una implementazione del sistema delle notifiche on line SINPOL al fine di rendere reciprocamente visibili e trasparenti i controlli e programmarli di conseguenza.

Nel settore agricoltura, con il precedente PRP 2010-2012 e 2013 si è dato notevole impulso alla attività di vigilanza, arrivando ad ispezionare oltre 300 aziende a fronte delle 200 circa assegnate dal precedente Piano Nazionale Agricoltura. Il mantenimento di un'attività di vigilanza così elevata rischia di essere vessatoria per le imprese che in alcuni casi hanno subito più di un controllo. Pertanto si è fatta la scelta di ridurre le attività di vigilanza **(100 aziende da ispezionare ogni anno)** concentrandola negli ambiti previsti dal Piano Nazionale agricoltura, ovvero allevamenti, verifica delle macchine agricole e impiego dei prodotti fitosanitari. Si intende altresì potenziare l'attività di assistenza alle imprese e ai lavoratori del settore. A tal fine nel progetto 5.7 "Una APP per amica", a cui si rimanda per i dettagli, si intende sviluppare con le Associazioni di categoria e sindacali una APP destinata ai lavoratori stranieri, che nel particolare settore dell'agricoltura costituiscono una quota parte importante della manodopera, che li supporti nella comprensione e nella conoscenza dei rischi lavorativi e delle modalità corrette di agire, ma anche dei propri diritti e doveri rispetto alla prevenzione e alla salute nei luoghi di lavoro;

- sviluppare un intervento di formazione e controllo in materia di REACH e CLP: in questa Regione già dal 2011 è stato istituito il Nucleo regionale per l'applicazione dei regolamenti REACH e CLP, che ha operato effettuando controlli ufficiali sugli adempimenti previsti da tali regolamenti che in Umbria sono stati messi a regime anche attraverso l'approvazione delle "linee guida vincolanti sui controlli ufficiali previsti dai regolamenti REACH e CLP". Contestualmente sono stati avviati percorsi formativi volti a migliorare le conoscenze e le competenze degli operatori incaricati della realizzazione dei controlli ufficiali. Tali attività di formazione e aggiornamento andranno ulteriormente sviluppate e potenziate, considerata la complessità e la continua evoluzione della normativa, il suo impatto sulle normative sociali che regolano la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, dei consumatori e la protezione dell'ambiente, nonché il collegamento con altre norme di settore, quali i regolamenti europei sui fitosanitari, i biocidi, i cosmetici e i detersivi. Con il presente progetto pertanto verrà garantita la formazione degli operatori, sia del gruppo ispettivo REACH/CLP che dei servizi ISP e PSAL, che effettuano i controlli su commercializzazione ed utilizzo di prodotti fitosanitari (ISP) e sulla gestione del rischio chimico negli ambienti di lavoro (PSAL), in merito ai cambiamenti introdotti dai regolamenti REACH e CLP. Inoltre il gruppo REACH promuoverà e contribuirà alla formazione di figure cardine della prevenzione aziendale, in particolare i Responsabili dei Servizi Prevenzione e Protezione delle aziende, rispetto all'applicazione dei regolamenti REACH/CLP.

Per quanto riguarda le attività di vigilanza ci si propone di:

- attuare il Piano regionale per il controllo ufficiale su immissione in commercio e utilizzo di prodotti fitosanitari, in particolare sotto il profilo dell'applicazione dei regolamenti REACH e CLP su un campione di rivendite di prodotti fitosanitari (4 all'anno);
- proseguire l'attività di controllo dei rischi derivanti dall'esposizione a sostanze chimiche pericolose negli ambienti di lavoro, mediante un approfondimento della valutazione del rischio chimico in un campione di aziende del territorio regionale (2 aziende per ASL all'anno) e la verifica della sua coerenza con i contenuti delle schede di sicurezza e degli eventuali scenari di esposizione. Al fine di rendere efficace ed omogenea l'azione di vigilanza saranno utilizzati quali strumenti di lavoro la check list per la valutazione delle SDS e la procedura per l'analisi dei documenti di valutazione e gestione del rischio negli ambienti di lavoro approvate con delibera della giunta regionale.
- Proseguire il "Progetto di formazione nelle scuole tecniche" che prevede il coinvolgimento dei docenti affinché, attraverso un percorso formativo, acquisiscano le competenze per inserire la

	<p>sicurezza nei propri programmi curricolari. Tale progetto ha già coinvolto fra il 2011 e il 2014 24 istituti scolastici e 55 classi attraverso un protocollo d'intesa fra Prefettura, INAIL, Provincia di Terni, Azienda USL, Direzione Territoriale del Lavoro, INPS, e Ufficio Scolastico Regionale, che hanno aderito spontaneamente all'iniziativa. Nel quadriennio 2015-2018 si prevede di coinvolgere almeno 15 istituti.</p> <p>Alla luce di quanto sopra gli obiettivi del progetto sono:</p> <p><i>Obiettivo 5.6.1</i> Costruire un nuovo modello di vigilanza sulle imprese basato sulla metodologia dell'audit;</p> <p><i>Obiettivo 5.6.2</i> Definire e mettere in atto le procedure per i principali processi svolti all'interno dei Servizi PSAL ;</p> <p><i>Obiettivo 5.6.3</i> Rendere più efficace ed omogenea l'attività di vigilanza rispetto alle verifiche periodiche effettuate dai soggetti privati abilitati (DM 11 aprile) e autorizzati (DPR 462/01);</p> <p><i>Obiettivo 5.6.4</i> Mantenere adeguati livelli di vigilanza, in particolare in edilizia e agricoltura;</p> <p><i>Obiettivo 5.6.5</i> Garantire supporto e assistenza alle imprese;</p> <p><i>Obiettivo 5.6.6</i> Realizzare un intervento di formazione e controllo in materia di REACH e CLP.</p>
Gruppo prioritario	<p>Imprese Lavoratori Operatori dei Servizi PSAL Scuole</p>
Setting	Luoghi di lavoro
Gruppi di interesse	Comitato Regionale di Coordinamento per la salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro
Trasversalità	Il progetto ha l'obiettivo di instaurare un nuovo modo di effettuare vigilanza negli ambienti di lavoro; necessariamente vede il coinvolgimento di soggetti interni ed esterni al sistema sanitario.
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> – Realizzare un intervento di AUDIT sulla sicurezza nei luoghi di lavoro in un campione di aziende; – proceduralizzare tutti i principali processi svolti nei Servizi PSAL e garantirne l'attuazione; – avviare una attività di vigilanza sull'attività di verifiche delle attrezzature di lavoro effettuate dai soggetti privati abilitati e autorizzati; – garantire il mantenimento dell'attività di vigilanza, in particolare in edilizia e agricoltura; – avviare una più strutturata attività di assistenza alle imprese attraverso l'istituzione di un tavolo di coordinamento permanente; – elaborare ed attuare il programma di controllo per la verifica del rispetto dei regolamenti REACH e CLP – formare gli operatori dei Servizi PSAL e del gruppo ispettivo REACH/CLP in merito ai cambiamenti introdotti dai regolamenti REACH e CLP e le relative ricadute sulla gestione del rischio chimico negli ambienti di lavoro
Rischi e management	<p>L'utilizzo della metodologia dell'AUDIT nel controllo della aziende:</p> <ul style="list-style-type: none"> – presenta una intrinseca complessità e comporta un grande impegno da parte dei Servizi. – può determinare difficoltà a coniugare la materia della sicurezza sul lavoro, materia regolamentata da norme a risvolti penali, con il sistema di AUDIT che prevede un autocontrollo delle aziende e la non immediata applicazione della sanzione.
Sostenibilità	<p>Le attività di formazione e l'addestramento degli operatori saranno finanziate con i fondi delle sanzioni amministrative ex art.13 comma 6 D.lvo 81/08.</p> <p>Il sistema di AUDIT garantisce un continuo approfondimento sulle procedure in uso e quindi miglioramento nel tempo della qualità delle attività del Servizio PSAL.</p> <p>L'utilizzo delle attività di AUDIT con le imprese rende l'analisi del sistema di prevenzione delle aziende più strutturata e migliora l'efficacia nel tempo delle attività di vigilanza.</p>

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
5.6.1 Costruire un nuovo modello di vigilanza sulle imprese basato sulla metodologia dell'audit	5.6.1/1 N° aziende sottoposte ad audit	N° aziende sottoposte ad audit	/	/	/	4	8
	5.6.1/2 Procedura di AUDIT con le aziende approvata	/	/	/	/	/	Procedura di AUDIT con le aziende approvata con DGR
5.6.2 Definire e mettere in atto le procedure per i principali processi svolti all'interno dei Servizi PSAL	5.6.2/1 Procedure sottoposte ad AUDIT	N° procedure sottoposte ad AUDIT	/	/	Almeno 2	Almeno 2	Almeno 2
	5.6.2/2 Procedure per l'attività SPSAL approvate	/	/	/	/	/	Procedure per l'attività SPSAL approvate con DGR
5.6.3 Rendere più efficace ed omogenea l'attività di vigilanza rispetto alle verifiche periodiche effettuate dai soggetti privati abilitati (DM 11 aprile) e autorizzati (DPR 462/01);	5.6.3/1 N° aziende ispezionate secondo la procedura	N° aziende ispezionate	/	/	25	30	30
5.6.4 Mantenere adeguati livelli di vigilanza, in particolare in edilizia e agricoltura	5.6.4/1 LEA 6,5%	N° aziende ispezionate/N° di aziende con dipendenti X 100	7,5%	6,5%	6,5%	6,5%	6,5%
	5.6.4/2 % di cantieri ispezionati	N° cantieri ispezionati/N° notifiche preliminari X 100	25%	25%	25%	25%	25%
	5.6.4/3 Aziende agricole ispezionate	N° aziende agricole ispezionate	300	200	100	100	100
	5.6.4/4 Indice di frequenza infortuni gravi totali	N° infortuni gravi industria servizi/addetti INAIL industria e servizi X 1000	6,67 (anno 2012)	Invariato	6,40 (-4%)	6,33 (-5%)	6,00 (-10%)
	5.6.4/5 Indice di frequenza infortuni gravi edilizia	N° infortuni gravi settore F ATECO/addetti INAIL industria e	10,27 (anno 2012)	Invariato	9,86 (-4%)	9,75 (-5%)	9,24 (-10%)

		servizi settore F ATECOX 1000					
	5.6.4/6 N° infortuni gravi in agricoltura	N° infortuni gravi agricoltura	364 (anno 2012)	Invariato	349 (-4%)	346 (-5%)	327 (-10%)
5.6.5 Realizzare un intervento di formazione e controllo in materia di REACH e CLP	5.6.5/1 N° aziende ispezionate/ N° aziende programmate	(N° aziende ispezionate per Piano Regionale di Controllo annuale +N° aziende ispezionate per valutazione del rischio chimico)/aziende programmateX10 0	100%	90%	90%	90%	90%

Cronogramma 5.6 - Riorientare la vigilanza: dai piani di intervento nazionali alla efficacia degli interventi locali

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
5.6.1 Costruire un nuovo modello di vigilanza sulle imprese basato sulla metodologia dell'audit																
5.6.1.1	Formare gli operatori dei Servizi PSAL sulla metodologia dell'AUDIT – Definire i bisogni formativi – Definire obiettivi e contenuti del corso – Realizzare il corso	Regione/ Servizi PSAL/ Scuola Umbra di amministrazione Pubblica														
5.6.1.2	Addestrare un sottogruppo di operatori (4-5 per ASL) che costituirà il gruppo di auditor – Definire i bisogni – Definire obiettivi e contenuti dell'addestramento – Realizzare l'addestramento	Regione/ Servizi PSAL/ Scuola Umbra di amministrazione Pubblica														
5.6.1.3	Definire le procedure e gli strumenti (es. check list) per la valutazione dei processi da sottoporre ad audit	Regione/Gruppo di auditor														
5.6.1.4	Individuare il gruppo di aziende in cui sperimentare le procedure e gli strumenti definiti (aziende certificate OHSAS e con numero dipendenti > 15)	Regione/Gruppo di auditor														
5.6.1.5	Realizzare l'intervento di AUDIT nelle aziende	Gruppo di auditor														
5.6.1.6	Elaborare i risultati, definendo le eventuali criticità	Regione/Gruppo di auditor														
5.6.1.7	Revisionare e validare la procedura e gli strumenti	Regione/Gruppo di auditor														
5.6.2 Definire e mettere in atto le procedure per i principali processi svolti all'interno dei Servizi PSAL																
5.6.2.1	Attuare le procedure già approvate	SPSAL														
5.6.2.2	Costituire il gruppo di auditor	Regione/ASL														
5.6.2.3	Definire la check list e pianificare l'audit	Gruppo di auditor														
5.6.2.4	Realizzare l'audit sui Servizi PSAL rispetto alle procedure attivate	Gruppo di auditor														

5.6.2.5	Definire ulteriori processi da sottoporre a procedura	Regione/SPSAL																
5.6.2.6	Costruire le procedure e approvarle	Regione/SPSAL																
5.6.2.7	Attuare le procedure approvate	SPSAL																
5.6.3 Rendere più efficace ed omogenea l'attività di vigilanza rispetto alle verifiche periodiche effettuate dai soggetti privati abilitati (DM 11 aprile) e organismi autorizzati (DPR 462/01)																		
5.6.3.1	Formare gli operatori dei Servizi PSAL rispetto alla vigilanza sulle attrezzature di lavoro e impianti elettrici – Definire i bisogni formativi – Definire obiettivi e contenuti del corso – Realizzare il corso	Regione/ Servizi PSAL/ Scuola Umbra di amministrazione Pubblica																
5.6.3.2	Formazione e addestramento di un sottogruppo di operatori (4-5 per ASL) su verifiche di apparecchiature e impianti a pressione, impianti elettrici installati in luoghi con pericolo esplosione, impianti terra e scariche atmosferiche, che costituirà il gruppo addetto alla vigilanza specifica	Regione/ Servizi PSAL/ Scuola Umbra di amministrazione Pubblica																
5.6.3.3	Definire le procedure per l'attività di vigilanza	Regione/Gruppo impiantistico																
5.6.3.4	Individuare un gruppo di aziende in cui sperimentare la procedura e revisionarla	Gruppo impiantistico																
5.6.3.5	Realizzare l'intervento di vigilanza nelle aziende	Servizi PSAL																
5.6.4 Mantenere adeguati livelli di vigilanza, in particolare in edilizia e agricoltura																		
5.6.4.1	Garantire l'ispezione del 6,5% delle aziende con dipendenti del territorio (pari a circa 3100 aziende ogni anno)	Servizi PSAL																
5.6.4.2	Verificare il 25% delle notifiche preliminari pervenute l'anno precedente (pari a circa 1400 cantieri)	Servizi PSAL																
5.6.4.3	Verificare le installazioni di maggiore complessità negli spettacoli e fiere: – inserire due operatori dei Servizi PSAL nelle Commissioni di pubblico spettacolo – acquisire le informazioni rispetto agli spettacoli e fiere	Servizi PSAL																

	<i>che debbono essere allestiti sul territorio regionale – attuare la vigilanza sui principali spettacoli e fiere</i>																		
5.6.4.4	Verificare a campione l'applicazione del "Regolamento sulle cadute dall'alto"	Servizi PSAL																	
5.6.4.5	Implementare il sistema per le notifiche on line SINPOL al fine di permettere lo scambio informativo rispetto alla vigilanza in edilizia	Regione																	
5.6.4.6	Ispezionare 100 aziende agricole all'anno	Servizi PSAL																	
5.6.5 Garantire supporto e assistenza alle imprese e alla scuola																			
5.6.5.1	Istituire un tavolo di confronto permanente fra le istituzioni che fanno parte dell'ufficio operativo e le associazioni datoriali e sindacali	Ufficio operativo																	
5.6.5.2	Garantire riunioni periodiche (almeno 2 volte all'anno)	Ufficio operativo																	
5.6.5.3	Garantire assistenza alle imprese e ai professionisti per la formazione all'applicazione del "Regolamento sulle cadute dall'alto" attraverso momenti di confronto (2 incontri all'anno per ciascuna ASL)	Servizi PSAL																	
5.6.5.4 *	Sviluppare una APP per smartphone per l'assistenza e la promozione della sicurezza in agricoltura rivolta ai lavoratori stranieri	Regione/Università																	
5.6.5.5	Realizzare la metaformazione dei docenti delle scuole tecniche perché inseriscano il tema della sicurezza nei programmi curriculari (Progetto formazione scuole tecniche)																		
5.6.6 Realizzare un intervento di formazione e controllo in materia di REACH e CLP																			
5.6.6.1	Elaborare il Piano Regionale di Controllo annuale in coerenza con il Piano Nazionale di Controllo annuale	Gruppo ispettivo REACH/Regione																	
5.6.6.2	Attuare il Piano Regionale di Controllo annuale	Gruppo ispettivo REACH																	
5.6.6.6	Formare gli operatori dei servizi pubblici del gruppo ispettivo REACH/CLP e dei servizi ISP e PSAL che effettuano i controlli su commercializzazione ed utilizzo di prodotti	Regione /Scuola Umbra di amministrazione																	

	fitosanitari sui cambiamenti introdotti dai regolamenti REACH e CLP	pubblica															
5.6.6.3	Elaborare il programma di controllo per la verifica del rispetto dei regolamenti REACH e CLP su sostanze e miscele contenute nei prodotti fitosanitari commercializzati presso rivendite presenti nel territorio e	Gruppo ispettivo REACH/Regione															
5.6.6.4	Attuare il programma elaborato (indicatore: l'80% delle ispezioni previste dal programma di controllo elaborato nel I trimestre)	Gruppo REACH															
5.6.6.5	Informare i responsabili aziendali della gestione del rischio chimico negli ambienti di lavoro in riferimento alla tutela della salute, della sicurezza e dell'ambiente alla luce dell'applicazione dei regolamenti europei REACH e CLP (Indicatore: N° 1 iniziativa all'anno)	Gruppo REACH															
5.6.6.7	Informare i responsabili aziendali rispetto agli adempimenti connessi con la gestione del rischio chimico negli ambienti di lavoro, in riferimento alla tutela della salute, della sicurezza e dell'ambiente, in applicazione dei regolamenti europei REACH e CLP	Regione /Scuola Umbra di amministrazione pubblica															
5.6.6.8	Verificare l'adeguatezza delle SDS di sostanze e miscele secondo le disposizioni degli artt. 31 e 32 del regolamento REACH, il rispetto delle disposizioni relative a classificazione, imballaggio ed etichettatura previste dal regolamento CLP, la coerenza della valutazione del rischio chimico con il contenuto delle SDS ed eventuali scenari di esposizione	Gruppo REACH															

Progetto 5.7 Una APP per “amica”

Descrizione

A livello internazionale, esiste una serie crescente di evidenze che segnala il permanere, se non l'aggravarsi, di diffuse disuguaglianze di accesso e utilizzazione dei servizi sanitari a sfavore dei migranti, che finiscono per tradursi spesso in vere e proprie disuguaglianze di salute (Anderson e Huber, 2009). Inoltre, le evidenze disponibili dalla letteratura, sia economica che epidemiologica, segnalano come le disuguaglianze appaiano fortemente determinate da fattori socio-economici, quali livello di istruzione, il reddito, l'appartenenza etnica, la zona geografica di residenza degli individui. Purtroppo, sempre di più, le disuguaglianze di reddito si traducono in vere e proprie iniquità nella salute e nell'uso dei servizi sanitari (Giannoni, 2010). Analisi effettuate a livello dei paesi dell'OCSE e dell'Unione Europea calcolano indici di equità nell'uso dei servizi sanitari evidenziando l'esistenza di problemi di disuguaglianze sperimentate dai cittadini stranieri, ma anche nel nostro paese a causa di differenze di reddito (Giannoni, Casucci, Ismail, 2012).

L'attuale contesto di crisi economica globale ha ulteriormente accentuato il problema delle disuguaglianze sia per la popolazione residente autoctona, ma, ancora di più, per la popolazione migrante che è caratterizzata da livelli di reddito disponibile inferiori rispetto alla popolazione generale con maggiore probabilità di problemi di mancato accesso alle cure sanitarie da parte dei migranti ed di accentuazione del divario già esistente col resto della popolazione (Giannoni, 2010, Giannoni Franzini Masiero e Ismail, 2012).

Peraltro, accanto al crescente tasso di disoccupazione e precariato che caratterizza il lavoro, in questi anni in Italia è sempre maggiore l'incidenza della componente immigrata all'interno del contesto lavorativo (cfr. Rapporti annuali Istat, INAIL, Caritas Migrantes,).

La letteratura scientifica da un lato, le statistiche INAIL e quelle sul mercato del lavoro dall'altro, hanno prodotto nel tempo tutta una serie di evidenze che mostrano come in Italia proprio gli immigrati siano soggetti a rischio più elevato rispetto alla popolazione generale di incidenti sul lavoro, nonché di patologie che sono legate a determinate condizioni di lavoro (Inail, rapporti annuali, annate varie).

Se da una parte si assiste in Italia alla riduzione degli incidenti accaduti a lavoratori italiani, purtroppo in parallelo nel tempo si è verificato un aumento degli infortuni accaduti a residenti stranieri (Giannoni et al., 2010).

Ad esempio, Farchi et al. (2005) hanno indagato a Roma sulle caratteristiche degli incidenti stradali e domestici e degli infortuni sul lavoro avvenuti nel 2000 tra gli immigrati adulti provenienti dai paesi in via di sviluppo. Il 7,7% di tutte le visite al Pronto Soccorso degli immigrati era dovuto a traumi. I ricoveri per incidenti stradali risultavano quelli più frequenti. Dallo studio risulta che gli immigrati hanno un rischio elevato rispetto agli italiani di ricovero per incidenti domestici (OR = 1,59 e OR = 1,37, rispettivamente).

La presenza straniera in Umbria risulta da diversi anni molto rilevante sia ai fini demografici che occupazionali. Dagli anni '70 in poi la crescita demografica della popolazione umbra è da attribuire esclusivamente alla componente immigrata, data la crescita negativa della popolazione autoctona (AUR, 2010).

Dal punto di vista occupazionale l'elevata presenza di forza lavoro straniera risulta essere elemento essenziale per la sopravvivenza dell'economia umbra. L'offerta occupazionale della forza lavoro autoctona risulta essere sempre maggiormente qualificata portando un progressivo disequilibrio fra la richiesta di manodopera non qualificata esercitata dal sistema produttivo umbro e l'offerta di lavoro della popolazione autoctona. In questo quadro il contributo della forza lavoro immigrata diventa fondamentale. Appare quindi strategico rafforzare gli interventi di integrazione per cercare di evitare il rischio ulteriore che le già esistenti disuguaglianze socio-economiche di salute sperimentate dai migranti si aggravino ulteriormente.

Le nuove tecnologie dell'informazione rendono infatti possibile, a costi contenuti favorire nei cittadini stranieri un uso più efficace e efficiente dei servizi pubblici, in particolare di quelli sanitari, tentando tra l'altro di ottenere in tal modo anche un incremento dell'appropriatezza nell'utilizzo di

alcuni di essi, quali per esempio il Pronto Soccorso. Va anche sottolineato come i lavoratori stranieri, per l'età media più bassa rispetto ai lavoratori italiani e per la necessità di comunicazione con la propria comunità nel paese di provenienza, fanno largo uso della telefonia mobile. Pertanto lo sviluppo di applicazioni destinate ai cittadini stranieri su dispositivo mobile potrebbe consentire loro di accedere con maggiore facilità ad informazioni che altrimenti non sarebbero facilmente reperibili né fisicamente, né sulla rete internet.

Nel 2014 la Regione Umbria, in collaborazione con l'Università degli Studi di Perugia ha sviluppato una piattaforma web multilingue (www.hfm.unipg.it), la HFM (Health For Migrants), con l'obiettivo di sistematizzare le informazioni sul corretto uso dei servizi sanitari pubblici rendendole fruibili e di facile utilizzo per i cittadini stranieri. L'infrastruttura informatica ha la finalità di offrire da un lato una modalità innovativa ed attuale di accesso a contenuti e servizi agli utenti, dall'altro uno strumento di valutazione dinamico della performance e del gradimento agli Enti istituzionali promotori. Oltre alla piattaforma web è stata anche costruita una APP per dispositivi mobili, nell'idea che il servizio deve essere al passo con le "configurazioni tecnologiche" dei soggetti interessati.

La combinazione di una piattaforma web nativa per dispositivi portatili e la relativa APP è stata realizzata secondo un percorso unico di sviluppo, prevedendo differenti approfondimenti di informazioni nei due dispositivi.

In particolare, la parte web è stata sviluppata secondo un principio che prevede la possibilità di una fase di consultazione più approfondita, con delle possibili alternative di "dialogo" con le strutture di riferimento al termine di un percorso guidato.

La parte APP, invece, è stata concepita come uno strumento di consultazione di più rapido e semplice approccio offrendo soprattutto il vantaggio di essere immediatamente disponibile ovunque ci si trovi anche perché le sezioni contenutistiche della APP sono visualizzabili anche in modalità off-line.

Questa soluzione, oltre a soddisfare le esigenze richieste, ha permesso anche l'aggiornamento centralizzato delle informazioni fornite, quindi una gestione del sistema e del servizio più efficiente e rapida vista la natura e tipologia del settore.

Per quanto riguarda le tecnologie impiegate per la realizzazione della struttura informatica sono stati utilizzati strumenti open-source per rendere i prodotti accessibili con i principali sistemi operativi.

Accanto a questo strumento l'INAIL Umbria, in collaborazione con il CESF, Formedil e l'Università per stranieri di Perugia, recentemente ha prodotto una APP denominata "Babele - HHP" (acronimo di Help Health Phone) sulla prevenzione e sicurezza nel lavoro edile. Partendo dalla considerazione che le difficoltà linguistiche e culturali sono un elemento di rilievo nell'esposizione ai rischi professionali di chi, non conoscendo il significato delle parole riportate sulla segnaletica di sicurezza o non comprendendo pienamente le istruzioni impartite o i contenuti della stessa attività di formazione, si trova a dover affrontare situazioni di pericolo ed emergenza la APP, oltre ad avere un glossario delle parole di più comune uso in edilizia, tradotto nelle sette lingue più diffuse tra i lavoratori edili che non parlano italiano (albanese, rumeno, serbo/croato, magrebino, inglese, francese e spagnolo), riporta delle schede con immagini esplicative sui rischi professionali più ricorrenti nel settore, sui comportamenti corretti da tenere e sui nomi degli strumenti di lavoro e dei dispositivi di sicurezza tradotti; inoltre la funzione "Help on line" permette di selezionare dalla propria rubrica la persona da avvertire in caso di necessità durante l'esecuzione di una mansione particolarmente rischiosa: premendo lo schermo, infatti, il telefono invia automaticamente un sms di aiuto al numero selezionato.

Inoltre l'INAIL con il progetto "Imprendo sicuro" in collaborazione con il Co.Co.Pro. Inail, la Provincia di Perugia, la Direzione Provinciale del Lavoro di Perugia, la Camera di Commercio di Perugia e la ex Asl 2, nell'ambito dello sviluppo della formazione e informazione dei neo imprenditori in particolare stranieri, ha anche lavorato allo sviluppo di contenuti rispetto alla normativa, alle informazioni utili etc. che potrebbero essere integrati nella APP.

L'obiettivo di questo progetto (Obiettivo 5.7.1) è quindi di implementare la piattaforma HFM sopradescritta e la APP per smartphone, realizzando un nuovo modulo che supporti i lavoratori stranieri nella comprensione e nella conoscenza dei propri diritti e doveri rispetto alla prevenzione e alla salute nei luoghi di lavoro, delle modalità corrette di agire, integrando quanto già prodotto rispetto al settore dell'edilizia con la APP Babele e i contenuti sviluppati attraverso il progetto "Imprendo sicuro". Oltre al settore dell'edilizia, verranno sviluppati i moduli per il settore agricoltura e quello dei servizi alla persona, dato l'esteso impiego in questi settori di manodopera straniera. Una volta prodotta la APP verrà sviluppata una adeguata campagna di comunicazione che coinvolgerà tutti gli interlocutori utili alla diffusione.

Riferimenti

Agenzia Umbra Ricerche (AUR) (2010 e ss.), Rapporto sull'Immigrazione in Umbria, Perugia.

Caritas/Migrantes (2012), Immigrazione Dossier Statistico, Roma.

Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) (2010), Mercato del lavoro, Notiziario trimestrale, www.cnel.it.

Farchi S., Giorgi Rossi P., Chini F., Baglio G., Cacciani L., Lori G., Borgia P., Guasticchi G. (2005), "Injuries in immigrants from non-industrialized countries: analysis of emergency admissions in Lazio, Italy, in the year 2000", Annali di Igiene, 17(4): 335-42.

Giannoni M. (ed.) (2013) Promuovere l'abbattimento delle disuguaglianze di salute tra i gruppi fragili in Umbria, PEHRG (Poverty and Equity in Health Research Group) Report n.1/ 2013, University of Perugia (IT).

Giannoni M., V. Favilli, V. Fanini. (2012). Stima di indicatori di performance dei servizi sanitari delle regioni Italiane in termini di disuguaglianze di salute e uso dei servizi ospedalieri tra la popolazione italiana e quella straniera (2006-2008). In: M. Giannoni, P. Casucci, Z. Ismail. Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane. Franco Angeli, ISBN: 9788856846904, Milan.

V. Fanini, C. Brusco, Giannoni M., M. Raponi (2012). Modalità di finanziamento della Assistenza Sanitaria erogata ai pazienti stranieri nelle regioni italiane. In: M. Giannoni, P. Casucci, Z. Ismail. Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane. Milano: Franco Angeli, ISBN: 9788856846904

Giannoni M. P. Casucci, Z. Ismail (2012). Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane. Milano: Franco Angeli, ISBN: 9788856846904

Giannoni M. (2010) Misurare la performance dei servizi sanitari in termini di equità di accesso e uso dei servizi sanitari nelle regioni: Giannoni M. (ed.) (2010) Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione: misurare la performance dei servizi sanitari, Franco Angeli, Milano.

Giannoni M. and Z. Ismail (2010) Rassegna di letteratura sulle disuguaglianze di salute e accesso ai servizi sanitari relative alla popolazione immigrata in Italia, in: Giannoni M. (a cura di) (2010) Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione: misurare la performance dei servizi sanitari, Franco Angeli, Milano.

Giannoni M., Z. Ismail, D'Urzo E, Federici P., Casucci P: e O. Checconi, (2010) La performance dei servizi sanitari della Regione Umbria in termini di disuguaglianze di salute e uso dei servizi ospedalieri per la popolazione italiana e straniera (2005-2009) in: Giannoni M. (a cura di) (2010) Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione: misurare la performance dei servizi sanitari, Franco Angeli, Milano

Iniziative e Studi sulla Multietnicità (ISMU), Centro Studi Investimenti Sociali (CEN- SIS), Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali (IPRS) (2010), Immigrazione e lavoro, Milano.

Fondazione Ismu (2014) Ventesimo Rapporto sulle migrazioni: 1994-2014, Franco Angeli, Milano

Gruppo prioritario	Lavoratori stranieri
Setting	Luoghi di lavoro

Gruppi di interesse	Consulta regionale immigrazione, rappresentanti delle comunità locali di cittadini stranieri
Misure per le disuguaglianze	Il progetto è stato sviluppato proprio al fine di superare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.
Trasversalità	Il progetto comporta un intenso lavoro di raccordo tra associazioni datoriali, rappresentanze delle comunità straniere, organismi paritetici.
Attività principali	Definire i contenuti della APP per il settore edilizia, agricoltura, servizi alla persona; implementare la piattaforma web e la APP per smartphone; realizzare una campagna di comunicazione per diffondere la APP ai soggetti interessati.
Rischi e management	Il rischio fondamentale è lo scarso utilizzo dello strumento da parte degli utenti per la carente diffusione. Per far fronte a tale rischio una fondamentale attività del progetto è quella di comunicazione dell'iniziativa.
Sostenibilità	Il costo è limitato allo sviluppo dell'applicativo.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
5.7.1 Implementare la piattaforma HFM e la APP per smartphone per supportare i lavoratori stranieri nella comprensione e nella conoscenza dei propri diritti e doveri, e delle modalità corrette di agire rispetto alla prevenzione e alla salute nei luoghi di lavoro nei settori edilizia, agricoltura e servizi alla persona	APP per smartphone realizzata	/	/	/	APP realizzata	/	/

Cronogramma 5.7 - Una APP per “amica”

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
5.7.1 Implementare la piattaforma HFM e la APP per smartphone per supportare i lavoratori stranieri nella comprensione e nella conoscenza dei propri diritti e doveri, e delle modalità corrette di agire rispetto alla prevenzione e alla salute nei luoghi di lavoro nei settori edilizia, agricoltura e servizi alla persona																
5.7.1.1	Definire il gruppo di progetto multidisciplinare	Regione														
5.7.1.2	Rilevare i bisogni attraverso focus group con le associazioni dei migranti	Regione														
5.7.1.3	Definire i contenuti della APP per ciascun settore	Gruppo di progetto/Regione														
5.7.1.4	Realizzare la struttura informatica su contenuti tipo	Software house														
5.7.1.5	Validare le versioni demo	Software house														
5.7.1.6	Verificare e formattare i contenuti	Software house														
5.7.1.7	Realizzare la versione prototipale	Software house														
5.7.1.8	Validare e effettuare test prototipo	Gruppo di progetto														
5.7.1.9	Finalizzare i prodotti Software	Software house														
5.7.1.10	Tradurre il prodotto nelle lingue più utilizzate dalle comunità straniere	Software house /Outsource														
5.7.1.11	Costruire la campagna di comunicazione	Gruppo di progetto														
5.7.1.12	Diffondere il prodotto ai soggetti interessati attraverso il coinvolgimento dei diversi interlocutori possibili (Associazioni migranti, associazioni datoriali e sindacali, INAIL)	Regione														

Programma 6. Conoscere per decidere

Vision

Questo programma può essere definito di “back office”, poiché ha come portatori di interesse gli stessi operatori sanitari che ne sono di fatto fruitori, soprattutto i decisori che si trovano ad utilizzare le informazioni prodotte per prendere decisioni o giustificare scelte. L’idea di unificare tutti i progetti di miglioramento dei diversi software in un unico programma è nata dalla necessità di dare coerenza programmatoria agli interventi che si intende sviluppare nel prossimo quadriennio, calibrandoli sui processi d’avanzamento delle azioni di prevenzione previste negli altri progetti per garantire coerenza, efficacia ed efficienza.

Il programma pertanto è volto a perseguire i seguenti obiettivi generali:

- Favorire il potenziamento dei sistemi informativi gestionali attualmente in uso (S.I.V.A., Demetra e Athena, Anagrafe vaccinale, Infodip) e l’integrazione degli stessi con altre banche dati disponibili al fine di ottenere informazioni necessarie a garantire efficacia ed efficienza delle azioni di prevenzione previste negli altri programmi.
- Favorire il linkage degli archivi delle vaccinazioni anti HPV e quello dello screening cervicale
- Sostenere i sistemi di sorveglianza di popolazione (Passi, Passi d’Argento, OKkio alla salute) sugli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali attraverso la costante manutenzione della rete degli intervistatori.
- Implementare lo screening oftalmologico introducendo un richiamo al 3° anno di età
- Favorire l’utilizzazione dei sistemi di sorveglianza volti a monitorare l’andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (INFORMO, MALPROF, REGISTRO MESOTELIOMI) e l’andamento delle malattie infettive.
- Promuovere il miglioramento del sistema di sorveglianza su incidenti domestici e stradali.
- Promuovere l’implementazione dei sistemi di valutazione delle esposizioni e l’integrazione degli stessi con il G.I.S
- Promuovere l’integrazione di archivi specifici come quelli mantenuti da ARPA con il Registro Tumori Umbro di popolazione per studi di impatto.
- Promuovere l’integrazione tra archivi ARPA, archivi sanitari (SDO e specialistica) per ottenere un’efficace VIS.
- Promuovere la informatizzazione e de materializzazione delle ricette dei farmaci veterinari.

Il programma intende contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi centrali nazionali: 1.10; 1.12; 1.13; 1.14; 1.15; 2.1; 2.2; 6.4; 6.5; 7.1; 8.1; 8.2; 8.3; 8.4; 8.10; 9.1; 9.2; 9.3; 9.4; 9.6; 9.10; 9.11; 9.13; 10.2; 10.3; 10.4; 10.5; 10.6, 10.10 (riportati per esteso nel quadro logico regionale) attraverso i progetti sotto elencati:

- 6.1 Migliorare la sorveglianza delle malattie infettive per azioni di prevenzione e controllo più efficaci
- 6.2 Salute per tutti: dalla one health alla global health
- 6.3 Progetto “pilota” per la valutazione dell’appropriatezza prescrittiva degli antibiotici in chirurgia
- 6.4 Dal monitoraggio dei consumi all’appropriatezza prescrittiva degli antibiotici nei bambini e negli anziani
- 6.5 Antibiotico-resistenze: un’emergenza da monitorare
- 6.6 Un modello regionale per la sorveglianza delle infezioni correlate all’assistenza
- 6.7 Screening pediatrici: un’attività da monitorare
- 6.8 Monitoraggio dell’apporto di iodio con la dieta per prevenire i disordini da carenza
- 6.9 La prevenzione degli incidenti domestici: sorveglianza e informazione
- 6.10 Osservatorio epidemiologico regionale sulle dipendenze

- 6.11 Osservatorio Ambiente e Salute
- 6.12 Sistema Informativo degli screening per la valutazione di qualità
- 6.13 SIVA: da strumento di gestione per i Servizi che si occupano di sicurezza alimentare e sanità animale ad interfaccia per il cittadino
- 6.14 Piano di monitoraggio integrato per la ricerca di contaminanti ambientali in alimenti di origine animale e vegetale prodotti nell'Area della Conca Ternana: una risposta a molte domande
- 6.15 Sulle tracce della prevenzione: la salute animale e dell'uomo a partire dagli animali selvatici
- 6.16 Controllare meno, controllare meglio
- 6.17 Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici per garantire efficacia all'attività di controllo ufficiale

* 2.3 Migliorare l'offerta vaccinale garantendo standard di sicurezza e qualità

* 7.4 Comunicare le cose che conosciamo: dai rapporti alle azioni

Sono indicati con “ * ” i progetti sviluppati in altri programmi, che contribuiscono con alcune attività al raggiungimento di obiettivi propri del programma 6.

I PROGETTI

Progetto 6.1	Migliorare la sorveglianza delle malattie infettive per azioni di prevenzione e controllo più efficaci
Descrizione	<p>Il sistema di sorveglianza nazionale delle malattie infettive è costituito, nel suo insieme, da tre diversi sistemi informativi con finalità e strumenti di utilizzo differenziati.</p> <p>Il sistema di notifica obbligatorio - di cui al Decreto del Ministero della Salute del 15/12/90 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse" - informatizzato in quasi tutto il Paese, prevede che le malattie siano suddivise in 5 classi in base alla gravità della patologia e alla possibilità di mettere in atto misure di prevenzione e controllo. Per rafforzare il sistema di sorveglianza routinario che presentava delle criticità rispetto alle azioni di sanità pubblica da intraprendere e ai bisogni informativi sia a livello nazionale che europeo, sono state quindi attivate numerose sorveglianze speciali per specifiche patologie infettive sostenute da Circolari del Ministero della Salute con indicazioni sul flusso di dati e sulle modalità di utilizzo: questi sistemi permettono una raccolta di dati più tempestiva, mirata, completa e accurata rispetto a quanto previsto dal sistema routinario e, in alcuni casi, prevedono schede di segnalazione cartacee.</p> <p>Sono stati inoltre attivati alcuni sistemi di sorveglianza sindromici, basati su "sintomi", che sono in grado di attirare l'attenzione rispetto a nuovi eventi o anomali incrementi di sindromi patologiche più precocemente rispetto agli altri sistemi di sorveglianza, permettendo la realizzazione di interventi di controllo tempestivi.</p> <p>In Umbria, a partire dal 2008, le Aziende USL utilizzano un "Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella" basato sulle indicazioni del D.M. del 15/12/1990 e supportato da un sistema utilizzabile via web da parte di tutti i medici che fanno diagnosi di malattia infettive e fin dal 2005 anche attivo un sistema regionale di sorveglianza e prevenzione delle meningiti meningococciche. La possibilità di accesso al sistema è garantita anche a tutti i Presidi Ospedalieri delle Az. USL e alle due Aziende Ospedaliere: questo ha reso più facile e rapida la notifica, migliorando la qualità e la tempestività delle informazioni, anche ai fini dei conseguenti provvedimenti di Sanità Pubblica. L'Umbria partecipa anche alle sorveglianze speciali per morbillo, parotite, rosolia, legionellosi, epatiti virali acute, HIV e AIDS, malattia di Creutzfeld-Jacob, malaria, malattie trasmesse da artropodi, malattie sostenute da batteri resistenti alle carbapenemasi.</p> <p>I sistemi di sorveglianza suddetti si differenziano per finalità, flussi, strumenti di rilevazione e informazioni raccolte, richiedendo quindi ai medici che segnalano e/o ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica un notevole dispendio di tempo e di risorse dedicate senza, tuttavia, raggiungere sempre lo scopo di avere a disposizione informazioni in tempo rapido e complete. Infatti le criticità principali sia del sistema di sorveglianza obbligatorio che di quelli speciali sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la sotto-notifica o le notifiche incomplete che rendono più difficile valutare l'andamento epidemiologico delle malattie trasmissibili; • la scarsa tempestività che influenza negativamente sia la possibilità di predisporre le normali misure di sanità pubblica per il controllo delle malattie sia, talora, di identificare in tempi utili segnali di possibili emergenze sanitarie. <p>La possibilità di migliorare la sorveglianza delle malattie infettive passa, in Umbria, sostanzialmente attraverso due linee di intervento.</p> <p>Da un lato è indispensabile coinvolgere i medici che fanno diagnosi (MMG, PLS e ospedalieri) affinché diventino più consapevoli del proprio ruolo nel migliorare le conoscenze relative all'andamento delle malattie infettive, nella prevenzione e nel controllo delle stesse, anche attraverso le indicazioni sugli accertamenti diagnostici da effettuare, sui provvedimenti da adottare nei confronti dei malati, dei loro conviventi e dei contatti /in base alla C.M. n.4 del 13 marzo 1998 e alle ulteriori nuove conoscenze, oltretutto secondo le indicazioni dei Piani nazionali di eliminazione e controllo o ai diversi sistemi di sorveglianza.</p> <p>È peraltro opportuno consentire la raccolta di informazioni più accurate e tempestive rendendo più</p>

	<p>agevole il compito dei Medici che segnalano e quello degli Operatori della Sanità pubblica, attraverso l'implementazione del sistema di sorveglianza attualmente in uso con i flussi provenienti da fonti diverse e con diverse finalità, come già fatto per la tubercolosi.</p> <p>L'obiettivo generale del presente progetto è quello di consentire azioni di prevenzione e controllo più efficaci nei confronti delle malattie individuate come prioritarie, attraverso il miglioramento dei sistemi di sorveglianza e un maggior coinvolgimento dei medici.</p> <p>A tal fine si intende quindi conseguire i seguenti obiettivi specifici:</p> <p>6.1.1 Implementare ed integrare i sistemi di sorveglianza attualmente in uso e rendere più funzionale il S.I, attraverso l'unificazione del sistema di sorveglianza obbligatorio con quelli speciali</p> <p>6.1.2 Migliorare la qualità (completezza dei dati raccolti) delle notifiche attraverso la sensibilizzazione dei medici che fanno diagnosi.</p>
Gruppo prioritario	Popolazione umbra
Setting	Az.USL ((Servizi Igiene e Sanità Pubblica Distretti – Presidi ospedalieri) Az. Ospedaliera, MMG, PLS
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Popolazione umbra - Regione: Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare Aziende USL: Servizi Igiene e Sanità Pubblica Direzioni Presidi Ospedalieri Az. Ospedaliera: Direzioni Sanitarie, Servizio Formazione - Operatori SISP, Direzioni P.O. Operatori delle Direzioni sanitarie e dei reparti interessati delle A.O MMG, PLS, medici della continuità assistenziale
Prove di efficacia	Il progetto risponde alla normativa nazionale sulla sorveglianza delle malattie infettive, e, contestualmente, ai debiti informativi stabiliti da diversi sistemi di sorveglianza speciale.
Trasversalità	Il progetto presuppone una stretta interazione fra i Servizi Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Presidi Ospedalieri di USL e le due Aziende Ospedaliere
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> • Revisionare/integrare le schede in uso nei diversi sistemi di rilevazione e valutare la possibilità di accesso a diversi livelli di diversi Servizi/operatori • Predisporre uno studio di fattibilità per la costruzione di un unico sistema informativo • Produrre un software unico • Sperimentare il software • Validare e attivare il nuovo sistema di sorveglianza su tutto il territorio regionale • Presentare il progetto “Migliorare la sorveglianza ...” alle Direzioni Sanitarie e ai Responsabili delle U.O. più coinvolte dei Presidi ospedalieri • Revisionare le procedure di notifica attualmente in uso nei Presidi Ospedalieri • Individuare i referenti, a livello di Direzioni Sanitarie e di alcune U.O. (P.S., Malattie Infettive, Pediatria, Pneumologia, Laboratorio, ecc.), per la sorveglianza delle m. i. • Progettare e realizzare attività formativa per i “referenti” delle diverse U.O. ospedaliere • Mettere a punto di un modello di report sull'andamento delle notifiche • Elaborare e diffondere report periodici sulla qualità delle notifiche pervenute, con attenzione alla completezza e alla qualità dei dati, da restituire periodicamente a tutti coloro che partecipano alla sorveglianza • Progettare Formazione Obbligatoria per MMG e medici della continuità assistenziale sulla sorveglianza e la diagnosi di alcune malattie prioritarie (TBC, MIB, Morbillo, Rosolia, IST, ecc...) • Realizzare formazione obbligatoria per MMG e medici della continuità assistenziale • Mettere a disposizione dei medici notificatori istruzioni minime e riferimenti ISP per chiarimenti sul sistema di notifica e sulle modalità di utilizzo

Rischi e management	Turnover operatori
Sostenibilità	L'implementazione del sistema di sorveglianza attualmente in uso con i flussi provenienti da fonti diverse e con diverse finalità, una volta andato a regime, permetterà di valutare meglio l'andamento delle malattie infettive in Umbria e di rendere più agevole, da un lato, il compito dei medici che fanno diagnosi e segnalano i casi, dall'altro quello degli operatori della Sanità Pubblica nella prevenzione nel controllo delle patologie trasmissibili.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formola calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.1.1 Implementare ed integrare i sistemi di sorveglianza attualmente in uso e rendere più funzionale il sistema informativo, attraverso l'unificazione del sistema di sorveglianza obbligatorio con quelli speciali	6.1.1/2 Nuovo sistema di sorveglianza informatizzato a regime nelle due Az.USL	/	/	/	/	/	Nuovo sistema di Sorveglianza attivo nelle 2 Az. USL
6.1.2 Migliorare la qualità (completezza dei dati raccolti) delle notifiche attraverso la sensibilizzazione e il coinvolgimento dei medici che	6.1.2/1 Partecipazione al Corso di formazione per i "referenti" delle diverse U.O. ospedaliere	N. referenti partecipanti/N. referenti da formare	/	/	75%	/	/
	6.1.2/2 Notifiche inviate dalle Az. USL al servizio prevenzione, sanità veterinarie, sicurezza alimentare tramite sistema informativo dedicato		100%				100%
	6.1.2/3 Partecipazione Corso di formazione obbligatoria per MMG e medici della continuità assistenziale sulla sorveglianza di alcune malattie prioritarie	N. medici partecipanti/N. medici da formare	/			50%	

	6.1.2/4 Istruzioni minime e riferimenti ISP per chiarimenti sul sistema di notifica e sulle modalità di utilizzo disponibili per i medici notificatori		/				Istruzioni e riferimenti presenti sul sito
	6.1.2/5 Proporzione casi di MIB notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esiste una diagnosi etiologica	N. casi con accertamento di laboratorio/Totale casi	91,6% (2013)				
		N. casi da SIMI/N.casi da SDO	/	/	/	Dati da linkage	+50%
	6.1.2/6 Proporzione casi TBC polmonare e ITL persi al follow-up	Casi TBC polmonare persi al follow-up/Tot. casi TBC polmonare	10,7% dei casi persi al follow up (2013)				5.35% (- 50%)
	6.1.2/7 Proporzione nuove diagnosi con CD4< 350 cell/μl patologie già indicative di AIDS alla prima diagnosi positiva per HIV	Nuove diagnosi di HIV late presenter o casi con CDA<350i di HIV cell/μl / soggetti con nuove diagnosi di HIV	59% (2014)				44%
	6.1.2/8 Proporzione di casi notificati di morbillo e rosolia accertati in laboratorio	N. casi di morbillo o rosolia notificati con accertamento di laboratorio/ Totale casi di morbillo o rosolia notificati	0/0 Un caso di morbillo non testato in laboratorio in un bambino non vaccinato di età inferiore ai 15 mesi con diagnosi clinica e collegato epidemiologicamente ai casi verificatisi in una nave da crociera				100%

Cronogramma 6.1 - Migliorare la sorveglianza delle malattie infettive per azioni di prevenzione e controllo più efficaci

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.1 Implementare ed integrare i sistemi di sorveglianza attualmente in uso e rendere più funzionale il S.I., attraverso l'unificazione del sistema di sorveglianza obbligatorio con quelli speciali																
6.1.1.1	Revisionare/integrare le schede in uso nei diversi sistemi di rilevazione e valutare la possibilità di accesso a diversi livelli di diversi Servizi/operatori	Regione/Az. USL: Servizi ISP														
6.1.1.2	Predisporre uno studio di fattibilità per la costruzione di un unico sistema informativo	Software house														
6.1.1.3	Produrre un software unico	Software house														
6.1.1.4	Sperimentare il software	Az. USL: Servizi ISP/medici che fanno diagnosi														
6.1.1.5	Validare e attivare il nuovo sistema di sorveglianza su tutto il territorio regionale	Regione/Servizi ISP														
6.1.2 Migliorare la qualità (completezza dei dati raccolti) delle notifiche attraverso la sensibilizzazione dei medici che fanno diagnosi																
6.1.2.1	Presentare il progetto "Migliorare la sorveglianza ..." alle Direzioni Sanitarie e ai Responsabili delle U.O. più coinvolte dei Presidi ospedalieri	Regione Az. USL: servizi ISP														
6.1.2.2	Revisionare le procedure di notifica attualmente in uso nei Presidi Ospedalieri	Az. USL: Servizi ISP, Direzioni Presidio / Direz. Sanitarie A. O.														
6.1.2.3	Individuare i referenti, a livello di Direzioni Sanitarie e di alcune U.O. (P.S., Malattie Infettive, Pediatria, Pneumologia, Laboratorio, ecc.), per la sorveglianza delle m. i.	Az. USL: Direzioni di Presidio / Direzioni sanitarie A. O.														
6.1.2.4	Progettare e realizzare attività formativa per i "referenti" delle diverse U.O. ospedaliere	Az. USL: Servizi ISP, Direzioni Presidi,														

		Servizi Formazione															
6.1.2.5	Mettere a punto di un modello di report sull'andamento delle notifiche	Az.USL: Servizi ISP															
6.1.2.6	Elaborare e diffondere report periodici sulla qualità delle notifiche pervenute, con attenzione alla completezza e alla qualità dei dati, da restituire periodicamente a tutti coloro che partecipano alla sorveglianza	Az. USL: Servizi ISP															
6.1.2.7	Linkage tra dati SIMI e dati SDO per verificare congruità e completezza dei dati	Regione Direzioni sanitarie di A.O. e P.O. aziende USL / Servizi ISP															
6.1.2.8	Progettare Formazione Obbligatoria per MMG e medici della continuità assistenziale sulla sorveglianza e la diagnosi di alcune malattie prioritarie (TBC, MIB, Morbillo, Rosolia, IST, ecc...)	Regione /Az. USL: Servizi ISP/ Rappresentanti categoria medici															
6.1.2.9	Realizzare formazione obbligatoria per MMG e medici della continuità assistenziale	Regione /Az. USL: Servizi ISP															
6.1.2.10	Mettere a disposizione dei medici notificatori istruzioni minime e riferimenti ISP per chiarimenti sul sistema di notifica e sulle modalità di utilizzo	Az. USL: Servizi ISP															

Progetto 6.2	Salute per tutti: dalla <i>one health</i> alla <i>global health</i>
Descrizione	<p>Negli ultimi anni, anche a seguito della pubblicazione, nel 2008, del report finale della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, numerosi atenei del mondo hanno arricchito i programmi didattici per futuri operatori sanitari e non, con una formazione sulle disuguaglianze in salute esistenti, sulle cause che le hanno prodotte, sui meccanismi che le alimentano, sui determinanti in salute, aprendo quindi lo spazio ai concetti di Salute Globale. Questa formazione è stata stimolata, anche al di fuori dell'ambito accademico, dai professionisti impegnati in iniziative di cooperazione sanitaria internazionale e nell'aiuto alla marginalità, nella ricerca/divulgazione di tematiche legate alla salute e nell'organizzazione dei servizi territoriali, anche al fine di ipotizzare e sperimentare azioni e scelte organizzative per il contrasto alle disuguaglianze in salute. L'apertura del discorso intorno alla Salute Globale ha dato spessore a ricerche e pratiche riguardanti sia la partecipazione della cittadinanza alle scelte inerenti la salute di tutti, sia temi quali quelli dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della sicurezza e sovranità alimentare, degli impatti sulla salute dell'ambiente fisico, della difesa della dignità e della vita delle persone, della prevenzione e del controllo delle malattie in grado di determinare epidemie tra gli esseri umani e gli animali, del contrasto alle malattie dimenticate e alle patologie emergenti, accanto alla valutazione delle politiche per la salute dei migranti e della capacità di servizi e istituzioni di stimolare e facilitare una reale integrazione. Storicamente la nostra Regione è sempre stata all'avanguardia in questi ambiti, non è un caso che qui si siano diffusi e approfonditi i pensieri e le azioni che hanno portato alle leggi 833 e 180 del 1978, che si siano sviluppati le prime istituzioni italiane sull'Educazione Sanitaria, la Promozione della Salute, l'Antropologia Medica, sulla attenzione alla salute degli animali nella logica della <i>one health</i>, e che l'Umbria abbia, sin dal 2000, le norme regionali sulla salute dei migranti più avanzate del Paese. Per mettere in rete e arricchire le elaborazioni, ipotizzare e sperimentare pratiche e valutare i loro impatti rispetto alla <i>global health</i> è nata quindi l'idea di ricostituire il Centro studi per la Ricerca biostatistica ed epidemiologica in Sicurezza Alimentare (in sigla Ce.R.S.Al.), trasformandolo, attraverso uno specifico protocollo di intesa siglato nella primavera di quest'anno tra Regione, Università, Azienda USL Umbria 1, Comune di Orvieto e Fondazione centro Studi di Orvieto, in Centro di Ricerca e formazione per la Salute Unica e l'Alimentazione (in sigla Ce.R.S.Al.), ampliandone di fatto gli orizzonti e le prospettive nell'ambito di un'attività di Salute Globale e Promozione della Salute.</p> <p>L'idea che sta alla base di questo progetto è quella di configurare il Ce.R.S.Al come struttura di riferimento regionale, luogo in cui docenti e ricercatori universitari, dottorandi, assegnisti di ricerca, studenti di varie discipline, medici professionisti e in formazione specialistica, professionisti sanitari, antropologi, psicologi, sociologi, veterinari, agronomi, economisti, biologi, nutrizionisti, ecc. utilizzando un approccio trans-disciplinare e multi-metodologico, collaborino alla produzione di ricerca, formazione e pratiche negli ambiti della Salute Globale, Salute Unica e Salute Alimentare</p> <p>Il Ce.R.S.Al opererà in linea con la definizione di "Salute Globale", scaturita dalla Rete Italiana Insegnamento Salute Globale (RIISG), che definisce un nuovo paradigma per la salute e l'assistenza sanitaria. Tale paradigma, radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata e sostanziato da ampie evidenze scientifiche, può essere applicato al campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle malattie, così come a quello della promozione della salute a livello individuale e/o di comunità. La Salute Globale pone particolare attenzione all'analisi dello stato di salute e dei bisogni reali della popolazione mondiale, e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socioeconomici, politici, demografici, giuridici ed ambientali, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali. Adottando un'ottica transnazionale, la Salute Globale mette in evidenza le disuguaglianze in salute sia all'interno che tra i Paesi, analizzandole anche attraverso la lente della giustizia sociale. Data la complessità del campo di interesse, la Salute Globale richiede un approccio transdisciplinare e multi-metodologico, che si avvalga del contributo sia delle scienze sociali ed umane che di quelle naturali e</p>

	<p>biomediche. La Salute Globale però non è un ambito meramente accademico: infatti, promuovendo un'etica di responsabilità sociale sia per le istituzioni che per i professionisti coinvolti, abbraccia i campi della ricerca, della formazione e della pratica e mira a generare reali cambiamenti sia nella comunità che nell'intera società, colmando il divario esistente tra evidenza scientifica e decisioni operative</p> <p>Il Ce.R.S.Al intende operare però anche in continuità con il lavoro svolto negli ultimi dieci anni nell'ambito della "Salute Unica" definita come: "Ogni valore aggiunto in termini di salute umana e animale, risparmio finanziario o beneficio per la società e per l'ambiente, derivante dalla stretta collaborazione degli operatori della salute umana, degli animale e dell'ambiente a tutti i livelli organizzativi" (definizione African One Health Conference del 2011) anche al fine di approfondire la tematica connessa con l'emersione e la riemersione di patologie strettamente collegate al rapporto uomo, animale e ambiente come ad esempio le malattie trasmesse da vettori legate ai cambiamenti climatici, le zoonosi legate a nuovi stili alimentari, ecc.</p> <p>Obiettivo specifico</p> <p>6.2.1 Favorire, attraverso progetti di ricerca ed eventi formativi, la diffusione della conoscenza dei determinanti sociali, culturali ed ambientali che condizionano la salute e la malattia, a livello nazionale e internazionale e le azione volte ad intervenire su di essi nella logica della Salute Unica e della Salute Globale.</p>
Gruppo prioritario	Medici, veterinari, psicologi, amministratori dell'area socio-sanitaria
Setting	Sistema Sanitario Medicina Generale Università Organizzazioni Internazionali Organizzazioni Nazionali
Gruppi di interesse	Regione Umbria SSR Direttori Generali e Sanitari delle AUSL Direttori dei Distretti Sanitari Comune di Orvieto Fondazione Centro Studi Città di Orvieto IZS Umbria e Marche Università di Perugia Rappresentanti organizzazioni di cui sopra
Prove di efficacia	<ul style="list-style-type: none"> - Global health: the importance of evidence-based medicine Gretchen L Birbeck¹, Charles S Wiysonge², Edward J Mills³, Julio J Frenk⁵, Xiao-Nong Zhou⁶ and Prabhat Jha⁷ Ukoumunne OC, Gulliford M, Chinn S, Sterne - Evidence-Based Global Health Pierre Buekens, MD, PhD Gerald Keusch, MD Jose Belizan, MD Zulfiqar Ahmed Bhutta, MD, PhD - Evidence-based policymaking in global health – the payoffs and pitfalls - Gavin Yamey¹, Richard Feachem¹
Trasversalità	Il Centro rappresenta uno Spin off per attività sicuramente trasversali e multisetoriali.
Attività principali	<p>Il progetto si articola quindi nelle seguenti fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. realizzazione di un evento – seminario sulla salute globale per l'inaugurazione ufficiale delle attività del Ce.R.S.Al; 2. realizzazione di progetto formativo per gli operatori della sanità pubblica riguardo le malattie infettive emergenti e riemergenti (neglette, trasmesse da vettori e/o zoonosi anche di tipo alimentare) anche in collaborazione con altre università italiane; 3. realizzazione di 2 eventi formativi nell'ambito del progetto di cui al punto 2; 4. individuazione di progetti di ricerca a cui il Ce.R.S.Al. può dare un contributo. 5. Realizzazione di uno o più seminari riguardo l'equità nell'ambito della sanità pubblica.

Rischi e management	Il rischio principale nella realizzazione del progetto deriva dalla mancanza di una struttura definita a supporto delle attività sia di ricerca che formative, fondandosi sia le une che le altre sulla progettazione in capo al Consiglio Direttivo, costituito da rappresentanti della Regione, dell'Università, della Azienda USL, dell'IZS Umbria Marche nonché del Comune, della Fondazione Centro Studi di Orvieto. A ciò si potrà ovviare grazie all'assunzione di responsabilità degli enti firmatari che dovranno prevedere un lavoro in rete
Sostenibilità	I costi previsti per il sistema sanitario sono sostanzialmente legati alla realizzazione della formazione

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.2.1 Favorire, attraverso progetti di ricerca ed eventi formativi, la diffusione della conoscenza dei determinanti sociali, culturali ed ambientali che condizionano la salute e la malattia, a livello nazionale e internazionale e le azioni volte ad intervenire su di essi nella logica della Salute Unica e della Salute Globale	6.2.1/1 Programma formativo redatto	/	/	/	Programma formativo redatto	/	/

Cronogramma 6.2 – Salute per tutti: dalla *one health* alla *global health*

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.2.1 Favorire, attraverso progetti di ricerca ed eventi formativi, la diffusione della conoscenza dei determinanti sociali, culturali ed ambientali che condizionano la salute e la malattia, a livello nazionale e internazionale e le azione volte ad intervenire su di essi nella logica della Salute Unica e della Salute Globale																
6.2.1.1	Realizzare un evento – seminario sulla salute globale per l’inaugurazione ufficiale delle attività del Ce.R.S.AI.	Gruppo di lavoro specifico (comitato scientifico)														
6.2.1.2	Stendere un programma formativo per gli operatori della sanità pubblica, i MMG e i PLS riguardante i temi oggetto della convenzione	Gruppo di lavoro specifico (comitato scientifico)														
6.2.1.3	Individuare almeno due interventi formativi															
6.2.1.4	Sviluppare e realizzare nell’ambito delle attività del Ce.R.S.AI gli interventi	Gruppo di lavoro specifico (comitato scientifico)														

Progetto 6.3	Progetto “pilota” per la valutazione dell’appropriatezza prescrittiva degli antibiotici in chirurgia
Descrizione	<p>Nell’ambito della spesa farmaceutica ospedaliera gli antimicrobici rappresentano un capitolo importante che interessa tutte le realtà assistenziali, sia mediche che chirurgiche ed è gravato da un ampio margine di inappropriata: nel Rapporto dell’Osservatorio Nazionale sull’Impiego dei Medicinali – OSMED - 2014 gli antimicrobici per uso sistemico rappresentano la quarta categoria terapeutica a maggior spesa pubblica, pari a 1,8 miliardi di euro (30,3 euro pro capite).</p> <p>Conoscere i livelli di consumo dei farmaci in ospedale ha due risvolti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - economico: la conoscenza dei livelli di consumo in funzione del controllo della spesa riduce il dispendio di risorse ingiustificato ed inefficace. - di appropriatezza prescrittiva: l’obiettivo primario del miglioramento della prescrizione dei farmaci è in funzione del miglioramento dei livelli assistenziali, non solo finalizzato al mero contenimento della spesa e al corretto utilizzo delle risorse, ma anche all’efficacia del trattamento delle infezioni per modificarne l’andamento dal punto di vista epidemiologico. <p>Determinanti dello sviluppo dell’antibiotico resistenza sono infatti da un lato l’eccesso d’uso degli antibiotici che, per alcune molecole, ha fatto registrare picchi di incremento addirittura del 400% e dall’altro l’impiego non corretto degli stessi.</p> <p>Lo sviluppo dell’antibioticoresistenza in Italia e in tutti i Paesi europei, costituisce un problema di tale rilievo per la tutela della salute dei cittadini che ha spinto istituzioni internazionali come l’Oms a lanciare l’allarme.</p> <p>Per facilitare un comportamento virtuoso nell’uso degli antibiotici in ospedale si ritiene importante implementare linee guida con l’obiettivo di modificare i comportamenti scorretti.</p> <p>L’obiettivo del presente progetto è conoscere il comportamento prescrittivo relativamente all’uso degli antibiotici nelle Aziende Ospedaliere umbre, con particolare attenzione all’ambito chirurgico allo scopo di individuare eventuali aree di inappropriata e quindi condividere delle linee-guida regionali per:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) la profilassi antibiotica delle infezioni della ferita chirurgica; b) la definizione dell’approccio diagnostico e della scelta degli schemi di terapia antibiotica empirica da utilizzare nel caso di sospetto di infezione. <p>Già l’Azienda Ospedaliera di Perugia ha eseguito un percorso di validazione interna delle Linee Guida (LG) del PNLG sull’Antibiotico profilassi perioperatoria nell’adulto verificando, dopo circa due anni dalla loro approvazione, quale impatto avessero avuto nelle U.U.O.O. Chirurgiche. È così risultato che nel 61% di casi la linea guida veniva seguita. L’A.O. stessa ha quindi stabilito che occorrono ulteriori audit clinici con i professionisti per intraprendere azioni correttive e puntare all’obiettivo di aderenza aziendale alla LG dell’85%.</p> <p>Il progetto si sviluppa partendo dal monitoraggio sistematico quantitativo/qualitativo dell’uso degli antibiotici nei principali ospedali umbri per una valutazione critica dei consumi e per individuare, per le diverse aree di degenza, possibili inappropriata prescrittive; quindi le criticità messe in luce saranno condivise con i professionisti coinvolti per arrivare alla definizione e alla implementazione di linee guida regionali sul corretto utilizzo degli antibiotici in chirurgia.</p> <p>Sono pertanto obiettivi specifici del progetto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.3.1 coinvolgere le Direzioni Sanitarie di presidio delle due Az. Ospedaliere e individuare i referenti dei reparti interessati; 6.3.2 migliorare la conoscenza degli andamenti prescrittivi all’uso di antibiotici in chirurgia per individuare eventuali aree di inappropriata prescrittiva; 6.3.3 proporre linee guida regionali concordate per la profilassi antibiotica in chirurgia, la standardizzazione dell’approccio perioperatorio alle infezioni e la scelta di schemi di terapia antibiotica mirati; 6.3.4 dare applicazione e verificare l’implementazione della “Linea guida Regionale per la profilassi antibiotica della ferita chirurgica”.

Gruppo prioritario	Pazienti ospedalizzati ricoverati presso strutture chirurgiche sottoposti ad antibiotico profilassi e/o antibioticoterapia.
Setting	Aree chirurgiche delle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> – Pazienti ospedalizzati ricoverati presso strutture chirurgiche sottoposti ad antibiotico profilassi e/o antibioticoterapia; Personale medico e paramedico delle aree assistenziali interessate. – Regione: Centro Regionale di Farmacovigilanza; Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera, Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare; Direzioni Sanitarie delle Aziende Ospedaliere. – In ogni presidio ospedaliero sarà impegnato il seguente personale: personale delle aree assistenziali interessate, del C.I.O. (Comitato per la valutazione delle Infezioni Ospedaliere), del Servizio Farmaceutico, dell'Ufficio Controllo di Gestione, della Direzione Sanitaria
Prove di efficacia	SNLG : Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto, 2011
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condividere gli obiettivi del progetto e concordare le modalità di realizzazione con le Direzioni Sanitarie di Presidio ▪ Individuare i referenti delle Direzioni Mediche e dei Reparti coinvolti per il coordinamento del progetto a livello di Presidio ▪ Costituire un Gruppo di lavoro per la valutazione e la restituzione dei dati raccolti dai Servizi farmaceutici ai professionisti coinvolti ▪ Raccogliere trimestralmente dai Servizi farmaceutici i dati di consumo quantitativo/qualitativo degli antibiotici e inviarli ai reparti interessati ▪ Valutare le prescrizioni nelle diverse aree di utilizzo, facendo emergere possibili aree di inappropriatezza prescrittiva. ▪ Presentare ai clinici dei reparti coinvolti dei "report" periodici con i risultati della valutazione critica delle prescrizioni ▪ Sulla base del confronto con i professionisti stendere la Linea guida regionale (a partire dalle Linee Guida Italiane) per la profilassi perioperatoria in chirurgia ▪ Condividere la "Linea guida" con le Direzioni Sanitarie delle Aziende Ospedaliere e delle Az. USL, nonché con le Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri delle Az. USL ▪ Implementare l'utilizzo della "Linea guida per la profilassi perioperatoria" ▪ Verificare l'applicazione della "Linea guida per la profilassi perioperatoria"
Rischi e management	<p>Mancata adesione da parte delle Strutture coinvolte.</p> <p>Condivisione della valutazione critica da parte di clinici</p>
Sostenibilità	La maggior parte delle iniziative dovrebbe essere ricompresa nella usuale attività clinica assistenziale. Trattandosi di un progetto pilota, in base alla valutazione finale ne sarà valutata l'estensione, con gli aggiustamenti necessari, nei Presidi ospedalieri delle Az. USL della Regione e/o in area medica.

Tabella degli indicatori progetto 6.3

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.3.1 Conoscere gli andamenti prescrittivi in ambito di antibioticoterapia ospedaliera in chirurgia e valutare criticamente le prescrizioni al fine di individuazione, per i diversi Ospedali ed aree di utilizzo, eventuali aree di inappropriata prescrizione.	6.3.1/1 Dati trimestrali di consumo degli antibiotici per singolo reparto inviati ai reparti coinvolti delle A.O.	4 report/anno	/		4 report	4 report	4 report
6.3.2 Migliorare la conoscenza degli andamenti prescrittivi in ambito di antibioticoterapia ospedaliera in chirurgia e considerare le prescrizioni al fine di individuazione eventuali aree di inappropriata prescrizione	6.3.2/1 Risultati della valutazione critica delle prescrizioni presentati ai clinici dei reparti coinvolti nei tempi stabiliti (almeno 2/anno in ogni A.O)	N. incontri organizzati/N. incontri programmati	/		100%	100%	100%
	6.3.2/2 Applicazione delle linee guida verificata in ogni Reparto coinvolto, secondo modalità individuate dal gruppo di lavoro.	N. interventi con terapia perioperatoria adeguata / N. interventi monitorati	/				80%
6.3.3 Proporre linee guida regionali concordate per la profilassi antibiotica in chirurgia, la standardizzazione dell'approccio perioperatorio alle infezioni e la scelta di schemi di terapia antibiotica mirati	6.3.3/1 Linea guida per la profilassi perioperatoria redatta					DGR approvata	

Cronogramma 6.3 - Progetto “pilota” per la valutazione dell’appropriatezza prescrittiva degli antibiotici in chirurgia

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.3.1 Coinvolgere le Direzioni sanitarie di presidio delle due Az. Ospedaliere																
6.3.1.1	Condividere gli obiettivi del progetto e concordare le modalità di realizzazione con le Direzioni Sanitarie di Presidio	Direzione regionale Salute e Coesione Sociale: Servizio Programmazione socio-sanitaria dell’assistenza distrettuale e ospedaliera – CRFV – Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare														
6.3.1.2	Individuare i referenti delle Direzioni Mediche e dei Reparti coinvolti per il coordinamento del progetto a livello di Presidio	CRFV – Direzioni Sanitarie di Presidio														
6.3.2 Migliorare la conoscenza degli andamenti prescrittivi in ambito di antibioticoterapia ospedaliera in chirurgia e considerare le prescrizioni al fine di individuazione eventuali aree di inappropriata prescrittiva																
6.3.2.1	Costituire un Gruppo di lavoro per la valutazione e la restituzione dei dati raccolti dai Servizi farmaceutici ai professionisti coinvolti	CRFV, Servizi Farmaceutici, Controllo di Gestione, C.I.O Rappresentanti delle Aree chirurgiche coinvolte														
6.3.2.2	Raccogliere trimestralmente dai Servizi farmaceutici i dati di consumo quantitativo/qualitativo degli antibiotici per struttura coinvolta e inviarli ai reparti interessati.	Aziende Ospedaliere: Servizi Farmaceutico, Controllo di Gestione														
6.3.2.3	Valutare le prescrizioni nelle diverse aree di utilizzo, facendo emergere possibili aree di inappropriata prescrittiva.	Gruppo di lavoro: CRFV A.O.: Direzione Medica; Resp. Farmacovigilanza Aziendale C.I.O.														
6.3.2.4	Presentare ai clinici dei reparti coinvolti dei “report” periodici con i risultati della valutazione critica delle prescrizioni	A.O. :Direzione Medica Servizio di Farmacovigilanza Aziendale; C.I.O; CRFV														

6.3.3 Proporre linee guida regionali concordate per la profilassi antibiotica in chirurgia, la standardizzazione dell'approccio perioperatorio alle infezioni e la scelta di schemi di terapia antibiotica mirati																
6.3.3.1	Sulla base del confronto con i professionisti stendere la Linea guida regionale (a partire dalle Linee Guida Italiane) per la profilassi perioperatoria	Direzione regionale Salute e Coesione Sociale: Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera – CRFV – Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare														
6.3.3.2	Condividere la "Linea guida" con le Direzioni Sanitarie delle Aziende Ospedaliere e delle Az. USL, nonché alle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri delle Az. USL	Direzione regionale Salute e Coesione Sociale: Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera – CRFV – Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare														
6.3.4 Dare applicazione e verificare l'implementazione della "Linea guida Regionale per la profilassi antibiotica della ferita chirurgica"																
6.3.4.1	Implementare l'utilizzo della "Linea guida per la profilassi perioperatoria"	Gruppo di Lavoro, referenti Aziendali e dei Reparti coinvolti														
6.3.4.2	Verificare l'applicazione della "Linea guida per la profilassi perioperatoria"	Gruppo di lavoro Direzione regionale Salute e Coesione Sociale: Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera – CRFV – Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare, Aziende Ospedaliere: referenti Aziendali e dei Reparti coinvolti														

Progetto 6.4	Dal monitoraggio dei consumi all'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici nei bambini e negli anziani
Descrizione	<p>L'impiego degli antibiotici nella pratica clinica ha rappresentato sicuramente una svolta della medicina, rendendo possibile la terapia e la profilassi delle infezioni. Tuttavia nel corso del tempo si è andato diffondendo, in particolare nei paesi occidentali, un uso sempre più esteso di questi farmaci anche per il trattamento di patologie ad eziologia prevalentemente virale, raggiungendo addirittura il 30% di utilizzo nei pazienti con diagnosi di influenza. Questo utilizzo, spesso inappropriato, ha provocato un aumento del fenomeno dell'antibiotico-resistenza in generale e la comparsa di patogeni multiresistenti che riducono le possibilità di un trattamento efficace e incrementano il rischio di terapie empiriche inappropriate</p> <p>Il rapporto OsMED (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali) 2013 "L'uso dei farmaci in Italia" mette in risalto il consumo di medicinali e soprattutto degli antimicrobici nei bambini e negli anziani. In particolare:</p> <p><i>"Le fasce di età superiori ai 65 anni evidenziano una spesa pro capite per medicinali a carico del SSN fino a 3 volte superiore al valore medio nazionale; inoltre, per ogni individuo con età maggiore ai 65 anni, il SSN deve affrontare una spesa farmaceutica 6 volte superiore rispetto alla spesa media sostenuta per uno individuo appartenente alle fasce di età inferiori. Tale risultato si realizza per effetto di una prevalenza d'uso dei farmaci, che passa da circa il 50% nella popolazione nella fascia d'età adulta a quasi il 90% negli individui con più di 74 anni ...</i></p> <p><i>...Anche nei bambini (0-4 anni) si registra una prevalenza d'uso dei medicinali superiore a quella nella fascia d'età 15-44 anni (soprattutto tra i maschi): circa la metà dei bambini ha ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno".</i></p> <p><i>... L'analisi del profilo di farmacoutilizzazione per fascia d'età e sesso conferma un maggior consumo di antimicrobici nelle fasce di età estreme, con un livello più elevato nei primi quattro anni di vita (41% della popolazione in questa fascia di età) e dopo i 65 anni (dal 46% al 50% della popolazione in funzione della classe di età); si riscontra anche un più frequente utilizzo di antimicrobici nelle donne, in particolare nelle fasce di età adulta.</i></p> <p><i>Parallelamente, anche la spesa pro capite sostenuta dal SSN aumenta con l'età dei pazienti, fino a raggiungere nei soggetti con più di 74 anni il livello massimo del 31,2 euro e 25,0 euro pro capite rispettivamente negli uomini e nelle donne. di farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata rispetto a quelle prevalenti nell'acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche...</i></p> <p><i>...Nell'ambito delle categorie di antimicrobici erogati in regime di assistenza convenzionata sono presenti ampi spazi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva (vedi sezione 4.2, paragrafo "malattie infettive e uso inappropriato degli antibiotici"). L'amoxicillina in associazione con l'inibitore delle beta-lattamasi è il primo principio attivo tra i farmaci antimicrobici generali di uso sistemico a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata e l'unico in questa categoria a rientrare tra le prime 30 molecole a maggiore impatto sulla spesa e sui consumi.</i></p> <p><i>Invece, sul versante degli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche, prevalgono i medicinali riconducibili al trattamento dell'infezione da HIV. Gli antivirali indicati nel trattamento dell'infezione da HIV registrano complessivamente un andamento crescente sia in termini di spesa, che di consumi, rispetto al 2012".</i></p> <p>Le tabelle che seguono, tratte sempre dal Rapporto OSMED 2013, riportano alcune informazioni sul consumo di antibiotici nelle diverse Regioni italiane, dalle quali si evidenzia che l'Umbria, risulta nella terza fascia di consumo, presenta sostanzialmente negli ultimi quattro anni, consumi stabili e, nell'ultimo anno in esame (2013), mostra un incremento superiore alla media italiana rispetto all'anno precedente.</p>

Figura 7.2.8b. Antibiotici, distribuzione in quartili del consumo 2013 (DDD/1000 ab die pesate)

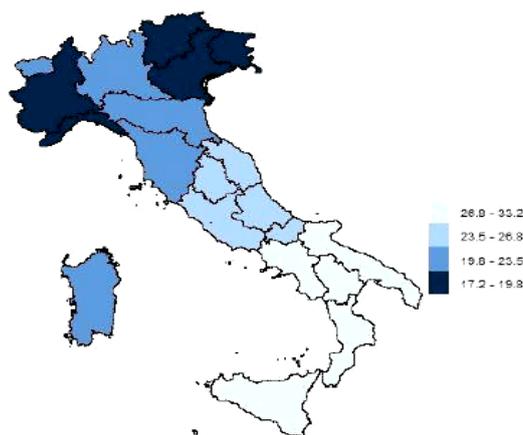


Tabella 7.2.8b. Antibiotici, andamento regionale delle DDD/1000 abitanti die pesate: confronto 2005-2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012	2013	Δ % 13-12
Piemonte	16,6	16,4	17,0	18,2	18,4	17,8	19,9	19,3	19,6	1,5
Valle d'Aosta	18,1	18,3	17,9	17,7	17,9	17,3	20,0	19,5	20,3	4,1
Lombardia	17,5	17,0	17,8	18,1	18,2	17,5	19,6	19,3	19,9	3,0
P.A. Bolzano	12,6	12,2	12,6	12,7	13,0	12,5	15,3	15,0	15,1	0,6
P.A. Trento	16,3	16,3	17,3	17,8	18,0	16,9	19,4	19,0	19,4	2,3
Veneto	16,4	16,5	17,3	17,6	17,6	16,5	19,5	18,6	18,9	1,6
Friuli V.G.	14,1	14,1	14,7	15,2	15,1	15,2	17,9	17,2	18,3	6,4
Liguria	16,3	16,1	16,8	17,0	17,0	16,3	18,3	16,8	17,2	2,2
Emilia R.	17,6	17,4	18,6	19,1	19,5	18,6	21,8	20,3	21,5	5,8
Toscana	19,5	18,9	20,5	21,6	21,7	21,1	22,6	21,6	22,3	3,5
Umbria	22,6	22,0	23,4	24,6	25,1	24,5	27,3	25,1	26,5	5,6
Marche	20,9	20,9	22,2	23,4	23,4	23,0	24,8	23,1	24,9	7,5
Lazio	26,6	26,1	26,5	26,6	26,2	24,9	27,3	25,7	26,7	4,0
Abruzzo	24,4	23,9	24,5	25,5	25,0	24,8	26,2	24,5	26,3	7,5
Molise	22,7	24,4	25,5	26,4	26,9	25,6	26,3	23,3	24,8	6,2
Campania	35,5	35,2	33,7	35,3	37,0	32,6	34,2	31,9	33,2	4,1
Puglia	27,9	28,9	29,9	31,1	32,3	30,5	31,5	29,0	30,4	4,7
Basilicata	25,7	26,7	28,0	28,3	28,8	26,7	28,2	25,6	27,0	5,5
Calabria	29,3	30,4	31,6	32,5	30,9	27,9	29,2	27,7	28,6	3,3
Sicilia	30,1	31,1	30,8	30,4	31,1	28,4	30,6	27,6	27,9	1,0
Sardegna	19,4	18,6	20,3	20,5	20,8	19,8	21,8	21,6	21,3	-1,0
Italia	22,3	22,2	22,9	23,5	23,7	22,3	24,4	23,0	23,8	3,5

* Interruzione di serie storica

Poiché in Umbria è possibile raccogliere informazioni dal sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche convenzionate attivo ormai da anni, **obiettivo** generale del presente progetto è **promuovere l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici nei PLS e MMG attraverso un confronto costante sulla base della reportistica adottata al fine di contribuire a ridurre nel tempo, l'antibiotico resistenza.**

In particolare, costituiscono obiettivi specifici del progetto:

- 6.4.1 Produrre una reportistica ad hoc per descrivere, in termini quantitativi e qualitativi, le prescrizioni di antibiotici sistemici alla popolazione pediatrica e alle persone con età superiore ai 65 anni nelle due Aziende USL umbre.
- 6.4.2 Promuovere l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'informazione/formazione di PLS e MMG.

Il Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria, sicurezza alimentare, con il Servizio Programmazione Socio Sanitaria dell'Assistenza Distrettuale e Ospedaliera della Direzione regionale Salute e Coesione Sociale, in collaborazione con l'ISS e con le Aziende USL, sulla base del monitoraggio della

	prescrizione farmaceutica territoriale nei bambini e negli anziani, intendono proporre un modello che potrà essere esteso in futuro anche a diversi target di popolazione.
Gruppo prioritario	Popolazione umbra di età compresa fra 0 e 14 anni e di età ≥ 65 anni
Setting	Aziende USL dell'Umbria
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Popolazione umbra residente di età ≥ 65 anni e tra 0 e 14 anni - Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare/ Servizio Programmazione Socio Sanitaria dell'Assistenza Distrettuale e Ospedaliera - Direzione regionale Salute e Coesione Sociale Aziende USL: Distretti Servizi farmaceutici - PLS e MMG Operatori Servizi Farmaceutici, Distretti/CdS
Prove di efficacia	<ul style="list-style-type: none"> - Rapporto sul monitoraggio del consumo degli antibiotici in Italia – 2009 http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Rapporto_sulluso_dei_farmaci_antibiotici.pdf - Osservatorio ARNO Bambini 2011 “I profili assistenziali delle popolazioni in età pediatrica” http://sip.it/news/osservatorio-arno-bambini-il-rapporto-2011 - Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio “Piano d'azione di lotta ai crescenti rischi di resistenza antimicrobica (AMR)” COMMISSIONE EUROPEA - Bruxelles, 15.11.2011 - COM(2011) 748 definitivo - Pediatric Infectious Diseases Society (PIDS). Infect Control Hosp Epidemiol 2012; 33(4): 322-327. - Annual epidemiological report 2014 - Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections - http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1292
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> • Definire un format di report periodici sul consumo di antibiotici con valutazione dell'andamento temporale, della variabilità geografica (a livello di AZ. USL e di Distretto) e un approfondimento sul consumo di antibiotici nei bambini e negli anziani, per categorie terapeutiche e principi attivi; • elaborare un report aziendale da inviare ai MMG e PLS con cadenza semestrale con inquadramento della prescrizione territoriale, descrizione del consumo per categorie terapeutiche e principi attivi; • diffondere i report a livello locale e attivare, da parte dei Dirigenti di Distretto, una valutazione condivisa del comportamento prescrittivo con le equipe territoriali di MMG e PLS; • progettare momenti di formazione specifica per PLS e MMG, sulla base delle evidenze disponibili rispetto al consumo di antibiotici; • realizzare attività formativa specifica per PLS e MMG.
Rischi e management	Il rischio può consistere nella non ideale partecipazione dei PLS e dei MMG ai momenti di confronto nelle équipes territoriali, si ritiene quindi importante prevedere anche azioni formative ad hoc
Sostenibilità	Il sistema di monitoraggio specifico per fasce di età che si avvale del sistema di monitoraggio delle prescrizioni a livello territoriale, una volta avviato, non presuppone risorse aggiuntive e può essere utilizzato per valutare le prescrizioni in altre categorie di popolazione.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.4.1 Produrre una reportistica ad hoc per descrivere, in termini quantitativi e qualitativi, le prescrizioni di antibiotici sistemici alla popolazione pediatrica e alle persone con età superiore ai 65 anni nelle due Aziende USL umbre.	6.4.1/1 Report periodici, declinati per Distretto, sul consumo di antibiotici nei bambini e negli anziani prodotti	N. report prodotti e trasmessi ai Distretti/n. report programmati (2/anno)	/	/	2 report /anno	2 report /anno	2 report /anno
6.4.2 Promuovere l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'informazione/formazione di PLS e MMG.	6.4.2/1 Proporzione di corsi per PLS e MMG attivati/corsi programmati	Corsi attivati/corsi inseriti nel Piano Formativo adottato	/	/	/	/	/

Cronogramma 6.4 - Dal monitoraggio dei consumi all'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici nei bambini e negli anziani

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.4.1 Produrre una reportistica ad hoc per descrivere, in termini quantitativi e qualitativi, le prescrizioni di antibiotici sistemici alla popolazione pediatrica e alle persone con età superiore ai 65 anni nelle due Aziende USL umbre.																
6.4.1.1	Definire un format di report periodici sul consumo di antibiotici con valutazione dell'andamento temporale, della variabilità geografica (a livello di AZ. USL e di Distretto) e un approfondimento sul consumo di antibiotici nei bambini e negli anziani, per categorie terapeutiche e principi attivi	Gruppo di lavoro Regione/ISS/Aziende USL														
6.4.1.2	Elaborare un report aziendale da inviare ai MMG e PLS con cadenza semestrale con inquadramento della prescrizione territoriale, descrizione del consumo per categorie terapeutiche e principi attivi;	Aziende USL: Servizi Farmacovigilanza														
6.4.2 Promuovere l'appropriatezza prescrittiva attraverso l'informazione/formazione di PLS e MMG.																
6.4.2.1	Diffondere i report a livello locale e attivare, da parte dei Dirigenti di Distretto, una valutazione condivisa del comportamento prescrittivo con le equipe territoriali di MMG e PLS	Aziende USL: Direttori Distretti														
6.4.2.2	Progettare momenti di formazione specifica per PLS e MMG, sulla base delle evidenze disponibili rispetto al consumo di antibiotici.	Regione/ Rappresentanti MMG e PLS														
6.4.2.3	Realizzare attività formativa specifica per PLS e MMG	Regione/ Rappresentanti MMG e PLS														

Progetto 6.5 Antibiotico-resistenze: un'emergenza da monitorare

Descrizione

Il 7 aprile 2015, in occasione della Giornata Mondiale della Salute, dopo l'allarme rilanciato dal governo inglese per la diffusione di infezioni causate dai batteri resistenti agli antibiotici, considerata un'emergenza mondiale che potrebbe provocare centinaia di migliaia di vittime, è stata ribadita la necessità di intervenire a livello globale. Anche il Ministro della salute ha dichiarato l'importanza della lotta al problema, in quanto in Italia il consumo di antibiotici in ambito umano è uno dei più alti in Europa con un quadro decisamente più preoccupante che in altri Paesi: il fenomeno della resistenza agli antibiotici da parte di 'super batteri' è causa di gravi infezioni che portano a circa 7mila decessi all'anno riconducibili a infezioni ospedaliere da germi multiresistenti, con un costo annuo superiore a 100 milioni di euro (secondo dati dell'Oms e dello stesso Ministero della Salute).

In Europa, i dati sull'andamento dell'antibiotico-resistenza ai carbapenemi dei ceppi di *Klebsiella pneumoniae* vengono riportati ogni anno attraverso la rete europea EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network). Nel 2009 la frequenza di ceppi di *K. pneumoniae* resistenti ai carbapenemi era al di sotto dell'1-2% nella maggior parte dei Paesi europei, mentre invece in Grecia e a Cipro la frequenza era elevata e pari, rispettivamente, a 43,5% e a 17%.

Anche i dati relativi al 2012 confermano che la percentuale di organismi con resistenza a diversi antibiotici, ha continuato a crescere in Europa. I dati della rete EARS-Net mostrano anche grandi variazioni di percentuali di AMR in Europa a seconda del microorganismo e della regione geografica interessata: negli ultimi quattro anni, si è registrata una significativa tendenza all'aumento di resistenza combinata a più antibiotici sia in *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* in più di un terzo della UE / SEE paesi. Poiché la cura di pazienti con infezione da tali batteri multiresistenti viene effettuata con pochi antibiotici di ultima linea, come i carbapenemi, l'aumento delle resistenze a questi ultimi limita fortemente le possibilità di trattamento di pazienti infetti.

In Italia, si è osservato un trend in drammatico aumento di batteri resistenti: mentre nel 2009 solo l'1,3% dei ceppi di *K. pneumoniae* isolati da sangue era resistente, questa percentuale è salita al 16% nel 2010 e al 26,7% ceppi nel 2011 ed è attualmente in corso un'epidemia di infezioni da Enterobacteriaceae produttrici di carbapenemasi, in particolare *Klebsiella pneumoniae*, il cui tasso di resistenza ai carbapenemi è passato al 29%.

L'uso prudente e mirato degli antibiotici è di primaria importanza per ridurre la selezione e controllare la trasmissione di batteri resistenti: le azioni in questo senso vanno potenziate a livello locale, nazionale e anche internazionale, in quanto un altro fattore di rischio è il trasferimento di pazienti tra diversi Paesi.

L'uso degli antibiotici in Ospedale interessa tutte le realtà assistenziali, sia Mediche che Chirurgiche ed è gravato da un ampio margine di inappropriatezza prescrittiva che produce, insieme ai notevoli rischi per la salute dei pazienti e alla diffusione dei microorganismi resistenti, un dispendio di risorse ingiustificato ed inefficace per il Servizio Sanitario Nazionale legata alla inefficacia terapeutica, alle guarigioni ritardate, alla dipendenza non necessaria dall'assistenza medica.

I più frequenti errori riscontrati nella prescrizione di antibiotici in ospedale sono:

- il trattamento "alla cieca" della febbre senza formulare una ipotesi diagnostica di sindrome;
- la scelta "automatica" dell'antibiotico senza predisporre accertamenti volti alla documentazione dell'infezione;
- il trattamento con farmaci ad "ampio spettro" quando le colture evidenziano un unico patogeno;
- il trattamento con antibiotici inefficaci (resistenze, barriere);
- l'uso combinato di più antibiotici non giustificato;
- l'uso di antibiotici potenzialmente "tossici" per lo specifico paziente esistendo alternative più sicure;
- l'uso profilattico ingiustificato;
- l'impiego errato della singola molecola per: via di somministrazione; dose; durata della terapia; mancato riconoscimento di tossicità; mancata considerazione di fattori legati al paziente.

Il fenomeno dell'antibioticoresistenza ha raggiunto proporzioni tali da indurre l'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) a chiedere a ciascun Paese di realizzare anche una serie di

iniziative comunicative rivolte alla popolazione generale. In questa ottica AIFA e ISS, con il patrocinio del Ministero della Salute, hanno realizzato una campagna di comunicazione istituzionale al fine di favorire un impiego appropriato degli antibiotici, informando i cittadini sull'importanza di ricorrere a tale classe di farmaci solo quando realmente necessario e di non interrompere la terapia prima del termine indicato dal medico. Tuttavia, poiché la prescrizione è alla base del consumo degli antibiotici e la maggior parte di questi vengono utilizzati negli ospedali, è chiaro che in questo ambito è indispensabile intervenire.

Peraltro anche le infezioni ospedaliere sono, almeno in parte, prevenibili grazie all'adozione di pratiche assistenziali "sicure" (è dimostrato che alcune pratiche possono prevenire o controllare la trasmissione di infezioni nel 35% dei casi).

La qualità dell'assistenza prestata nelle strutture di assistenza sanitaria può essere misurata valutando l'andamento delle infezioni correlate all'assistenza e, pertanto, una approfondita conoscenza del fenomeno delle antibioticoresistenze, può supportare l'appropriatezza prescrittiva e le diverse strategie finalizzate a limitare la diffusione dei germi multiresistenti.

Come è noto è già attivo un sistema di sorveglianza nazionale che prevede la segnalazione, da parte degli ospedali, dei pazienti con batteriemia causata da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* non sensibili ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi (CPE), come indicato da una specifica circolare del Ministero della Salute del 26 febbraio 2013.

Gli Enterobatteri multi-resistenti in Italia rappresentano una minaccia per la sanità pubblica, perché frequentemente causano infezioni, sia in ambito ospedaliero che comunitario e la diffusione progressiva e rapida di questi batteri rende problematico il trattamento dei pazienti.

In Umbria sono attivi 11 Laboratori che eseguono indagini microbiologiche ed effettuano le analisi delle resistenze agli antibiotici, tuttavia i risultati di queste analisi non sono mai stati analizzati nel loro insieme, per valutare complessivamente la circolazione dei microrganismi resistenti su tutto il territorio regionale. Alcuni laboratori analizzano anche campioni biologici provenienti dalle strutture di "lungodegenza" (Residenze Protette e RSA), dove sono ricoverati anche pazienti già ricoverati in Aree ospedaliere più "critiche", come Rianimazioni e Terapie intensive che, in alcuni casi, risultano positivi ai batteri produttori di carbapenemasi.

Poiché la diffusione dei microrganismi resistenti anche al di fuori degli ospedali si potrebbe configurare come un'emergenza di sanità pubblica il Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare della Direzione Salute e coesione sociale, sulla base degli obiettivi definiti dal Piano Nazionale della Prevenzione, intende promuovere la raccolta sistematica dei risultati delle analisi di antibioticoresistenza effettuate sul territorio regionale.

Il presente progetto prevede la definizione di un sistema raccolta dei dati relativi alle antibioticoresistenze da tutti i Laboratori di microbiologia dei Presidi Ospedalieri delle Aziende USL e delle due Aziende Ospedaliere, con un focus sui batteri produttori di carbapenemasi e su quelli rilevabili dalle coproculture dai casi di tossinfezioni alimentari (soprattutto salmonellosi) che vengono inviate all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale per l'Umbria e le Marche (Centro di Riferimento Regionale Umbria e Marche per la sorveglianza delle infezioni da batteri enteropatogeni - CRRPE), per il confronto dei dati derivanti da campioni umani con quelli ambientali e provenienti da alimenti di origine animale.

Pertanto l'obiettivo generale del presente progetto è attivare, a partire dai dati che già sono in possesso dei Laboratori di Microbiologia, un sistema di monitoraggio sistematico delle antibioticoresistenze rilevate su tutto il territorio regionale allo scopo di ricostruire la situazione epidemiologica delle infezioni causate da microrganismi resistenti.

Il sistema di monitoraggio delle antibioticoresistenze, insieme alla rilevazione delle I.C.A., nonché ai risultati del progetto "pilota" sull'appropriatezza prescrittiva in chirurgia, fornirà informazioni, oltre che elementi di metodo, per avviare una riflessione con i professionisti finalizzata a promuovere concretamente l'appropriatezza prescrittiva.

Per quanto concerne il consolidamento della sorveglianza "a regime" dei batteri produttori di carbapenemasi (CPE) in tutte le strutture sanitarie assistenziali della Regione si fa riferimento al

	<i>progetto 6.6 "Un modello regionale per la sorveglianza delle Infezioni Correlate all'assistenza".</i>
Gruppo prioritario	Pazienti ospedalizzati ricoverati presso le Aziende Ospedaliere, i Presidi Ospedalieri delle Az. USL, le Residenze Protette e le RSA
Setting	Aziende Ospedaliere Presidi Ospedalieri, Residenze Protette e RSA delle Az. USL
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti ospedalizzati ricoverati presso le A.O., i Presidi Ospedalieri, le Residenze Protette e le RSA delle Az. USL - Regione: Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare; Centro Regionale di Farmacovigilanza; - Aziende USL ed Ospedaliere della Regione Umbria - Personale dei Laboratori di Microbiologia, delle Direzioni Sanitarie e di Presidio, dei C.I.O..
Prove di efficacia	Annual epidemiological ECDC Europa SURVEILLANCE REPORT Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections 2014
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> • Condividere la tipologia, il numero dei batteri per i quali raccogliere i dati di resistenza e le matrici biologiche da sottoporre a sorveglianza con i referenti dei Laboratori individuati dalle Direzioni Sanitarie • Definire il tracciato record, le codifiche per tipologia di antibiotico testato singolarmente o accorpati, per tipo di batteri analizzati e provenienza dei pazienti, nonché i flussi e la periodicità degli stessi. • Sperimentare il sistema di monitoraggio in un gruppo di Laboratori • Validare il sistema di monitoraggio ed estendere la rilevazione a tutti i Laboratori di Microbiologia della Regione • Predisporre "report periodici" relativi alla distribuzione epidemiologica territoriale e regionale dei patogeni responsabili di infezione e dei rispettivi profili di suscettibilità agli antibiotici • Consolidare e assicurare, la sorveglianza "a regime" delle infezioni provocate dai batteri produttori di carbapenemasi (CPE) in tutte le strutture sanitarie assistenziali della Regione.
Rischi e management	I rischi sono connessi con la difficoltà di raccogliere in modo sistematico i dati provenienti dai laboratori. Per superare tale criticità si pensa di condividere ancora una volta strumenti e metodi con i diretti interessati.
Sostenibilità	I laboratori di microbiologia già effettuano le indagini sull'antibioticoresistenza di numerosi batteri presenti su diversi campioni biologici. Una volta avviato e messo a punto il flusso, nonché gli strumenti di raccolta delle informazioni, sarà possibile procedere a regime eventualmente anche ampliando numero e tipologia dei patogeni da monitorare.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.5.1 Costruire, un flusso informativo regionale finalizzato al monitoraggio delle antibiotico resistenze, a partire dai dati che già sono in possesso dei Laboratori di Microbiologia, allo scopo di ricostruire l'andamento epidemiologico delle infezioni causate da microrganismi resistenti.	6.5.1/1 Flusso informativo definito e attivato nei laboratori	N. laboratori partecipanti/ Numero laboratori coinvolti	/	/	/	75%	100%
	6.5.1/2 Report annuali sulla distribuzione epidemiologica territoriale e regionale dei patogeni responsabili di infezione e dei rispettivi profili di suscettibilità agli antibiotici prodotti	1 report/anno	/	/	/	1 report	1 report

Cronogramma 6.5 - Antibiotico-resistenze: un'emergenza da monitorare

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.5.1 Costruire un flusso informativo finalizzato al monitoraggio delle antibioticoresistenze, a partire dai dati che già sono in possesso dei Laboratori di Microbiologia, allo scopo di ricostruire l'andamento epidemiologico delle infezioni causate da microrganismi resistenti																
6.5.1.1	Condividere la tipologia, il numero dei batteri per i quali raccogliere i dati di resistenza e le matrici biologiche da sottoporre a sorveglianza con i referenti dei Laboratori individuati dalle Direzioni Sanitarie	Gruppo di lavoro regionale: Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare / Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera / Direzione regionale Salute e Coesione Sociale / Referenti dei Laboratori														
6.5.1.2	Definire il tracciato record, le codifiche per tipologia di antibiotico testato singolarmente o accorpati, per tipo di batteri analizzati e provenienza dei pazienti, nonché i flussi e la periodicità degli stessi.	Gruppo di lavoro regionale: (vedi sopra)i														
6.5.1.3	Sperimentare il sistema di monitoraggio in un gruppo di Laboratori	Responsabili Laboratori Az. Ospedaliera e Az. USL														
6.5.1.4	Validare il sistema di monitoraggio ed estendere la rilevazione a tutti i Laboratori di Microbiologia della Regione	Responsabili Laboratori A. Ospedaliera e Az. USL														
6.5.1.5	Predisporre "report periodici" relativi alla distribuzione epidemiologica territoriale e regionale dei patogeni responsabili di infezione e dei rispettivi profili di suscettibilità agli antibiotici	Gruppo di lavoro regionale (vedi sopra)														
Consolidare e assicurare, la sorveglianza "a regime" dei batteri produttori di carbapenemasi (CPE) in tutte le strutture sanitarie assistenziali della Regione																
<i>* vedi progetto 6.6</i>																

Progetto 6.6	Un modello regionale per la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza
Descrizione	<p>Il DPR del 23 luglio 1998 “Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000”, prevedeva l’attivazione di un programma per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle infezioni in ogni presidio ospedaliero, orientato sia ai pazienti sia agli operatori sanitari. La Circolare Ministeriale 8/1988 ha ribadito il ruolo del Comitato di lotta delle infezioni ospedaliere (CM 52/1985) come organo deputato alla scelta delle strategie più idonee e prevede sistemi di sorveglianza di vario tipo: basati sul laboratorio, su studi di prevalenza ripetuti, continuativi su reparti ad alto rischio, orientati per problemi.</p> <p>Inoltre la Commissione Europea, nel documento: “Raccomandazione del Consiglio del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all’assistenza sanitaria” considera le infezioni correlate all’assistenza (I.C.A.) all’interno nel più ampio capitolo dedicato della sicurezza del paziente e indica le azioni che gli stati membri devono mettere in atto per controllare tale rischio. Tra le azioni individuate è ricompresa la sorveglianza della frequenza e della tipologia delle infezioni osservate nei diversi stati, che vengono anche analizzati comparativamente e pubblicati dall’ECDC.</p> <p>Poiché inoltre in Italia, come nel resto dell’Europa, si stanno rapidamente diffondendo negli ultimi anni batteri Gram-negativi, appartenenti soprattutto alla famiglia degli Enterobatteri e alla specie <i>Klebsiella pneumoniae</i>, che risultano resistenti ai carbapenemi (farmaci fondamentali per la cura delle infezioni gravi causate da batteri multi-resistenti) è stata anche avviata nel 2013, con Circolare del Ministero della Salute, l’attività di “Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)”.</p> <p>In questi anni, numerose istituzioni sanitarie e associazioni scientifiche a livello internazionale hanno quindi prodotto linee guida evidence-based sulle misure di prevenzione da adottare per ridurre tali rischi e, in Italia, uno specifico Progetto “Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie - INF-OSS”, finanziato nel 2006 dal CCM e realizzato dalla Regione Emilia-Romagna, ha prodotto un documento contenente indicazioni su specifiche misure di base per il controllo delle infezioni correlate all’assistenza.</p> <p>La programmazione delle attività di prevenzione e controllo non può tuttavia prescindere da una conoscenza approfondita dell’incidenza delle infezioni correlate all’assistenza che indirizzi le scelte preventive.</p> <p>In Umbria, sebbene tutte le Aziende Sanitarie abbiano proprie modalità di sorveglianza delle I.C.A., I Presidi Ospedalieri delle Az. USL e le due Aziende Ospedaliere della Regione hanno già attivato la sorveglianza di diversi “alert organism” (basti pensare che la S.C. di Microbiologia della A.O. di Perugia ha isolato, nel 2013, 1101 Alert Organism) realizzata per lo più attraverso studi di prevalenza, e sia stato formalmente costituito il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere, non è mai stato attivato un sistema di sorveglianza unico delle I.C.A. .</p> <p>I dati e le informazioni prodotti a livello aziendale non sono pertanto tutti sovrapponibili e confrontabili mentre, in base anche ai dati raccolti nel corso dell’attuazione del precedente PRP, il rischio clinico è da considerare ancora elevato.</p> <p>Peraltro ciascuna Azienda ha definito in modo autonomo proprie procedure per attivare interventi di prevenzione e controllo in alcune aree assistenziali.</p> <p>Ferme restando le scelte già operate a livello Aziendale, il presente progetto delinea le azioni che la Regione Umbria intende mettere in atto con tutte le Aziende Sanitarie per una conoscenza più approfondita del fenomeno, allo scopo di programmare interventi finalizzati a minimizzare il rischio di acquisizione di I.C.A. da parte dei pazienti ricoverati nel territorio regionale.</p> <p>La messa a punto di un sistema di rilevazione efficace, che consenta di utilizzare i flussi correnti attualmente in uso, passa innanzitutto attraverso il confronto fra i diversi sistemi informativi utilizzati nelle Az. Ospedaliere e nei Presidi Ospedalieri di USL e, necessariamente, attraverso la scelta di una base dati condivisa.</p> <p>L’obiettivo generale del presente progetto è di produrre, a partire dal 2017, le informazioni</p>

	<p>sull'andamento epidemiologico I.C.A..</p> <p>Questo obiettivo presuppone la costruzione a partire da quelli esistenti, con la collaborazione delle Direzioni di Presidio e dei C.I.O., di un sistema di rilevazione per monitorare, in tutti i Presidi ospedalieri le infezioni causate da alcuni determinati tipi di agenti infettivi, con particolare attenzione a quelle causate da microrganismi multiresistenti.</p> <p>Le informazioni che deriveranno dall'analisi dell'andamento delle I.O., insieme a quelle derivanti dallo studio delle antibioticoresistenze tramite i laboratori e tramite il sistema di segnalazione delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) che verrà implementato, potranno costituire la base per il miglioramento della qualità della pratica assistenziale e della sicurezza di pazienti e operatori.</p> <p>Sono pertanto obiettivi specifici del progetto:</p> <p>6.6.1 Sviluppare strumenti e flussi per migliorare la conoscenza dell'andamento epidemiologico delle I.C.A. in Umbria</p> <p>6.6.2 Consolidare e assicurare, la sorveglianza "a regime" dei batteri produttori di carbapenemasi (CPE) in tutte le strutture sanitarie assistenziali della Regione</p>
Gruppo prioritario	Pazienti ospedalizzati nelle Aziende Ospedaliere e nei Presidi ospedalieri delle Aziende USL
Setting	Aziende Ospedaliere e Presidi Ospedalieri delle Aziende USL
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti ospedalizzati - Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria, Sicurezza Alimentare della Direzione regionale Salute e Coesione Sociale <p>Az. Ospedaliere Presidi Ospedalieri delle Az. USL: Direzioni sanitarie e C.I.O., Reparti interessati, Laboratori</p>
Prove di efficacia	<p>Commissione Europea: Raccomandazione del Consiglio del 9 giugno 2009 (2009/C 151/01) sulla sicurezza dei pazienti (2009/C 151/01) sulla sicurezza dei pazienti.</p> <p>ECDC, Stockholm: 2011 "Risk assessment on the spread of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) through patient transfer between healthcare facilities, with special emphasis on cross-border transfer".</p> <p>Circolare 4968 del 26/2/2013 "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)"</p>
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effettuare una ricognizione estesa a tutte le strutture (Presidi Ospedalieri delle Az. USL e Az. Ospedaliere) su: presenza, organizzazione e attività dei C.I.O, nonché sistema di sorveglianza delle I.C.A in uso, tramite specifico questionario ▪ Valutare gli elementi comuni dei diversi sistemi di sorveglianza in uso, definire gli obiettivi minimi di sorveglianza (n. e tipo agenti sentinella) e i dati da raccogliere dalle Az. Ospedaliere e dai Presidi Ospedalieri delle USL ▪ Condividere un sistema di rilevazione efficace e i flussi da utilizzare ▪ Elaborare un modello di report regionale sull'andamento delle I.C.A ▪ Produrre report regionale annuale ▪ Analizzare le schede di sorveglianza delle infezioni da CPE, inviate dai Servizi ISP al Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare, incrociandole con i dati provenienti dai laboratori relativi alle resistenze ai carbapenemi ▪ Condividere con le Direzioni Sanitarie delle Az. USL e delle Az. Ospedaliere i risultati della valutazione congiunta del monitoraggio delle resistenze ai carbapenemi e della sorveglianza delle infezioni da CPE ▪ Estendere la sorveglianza dei CPE a tutte le strutture di assistenza del territorio regionale
Rischi e management	Scarsa collaborazione dei C.I.O superabile con il coinvolgimento iniziale delle Direzioni di Presidio
Sostenibilità	La maggior parte delle attività dovrebbe essere riconducibile alle attività dei C.I.O., pertanto non comporta aggravio di lavoro agli operatori e alle strutture coinvolte

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.6.1 Sviluppare strumenti e flussi per migliorare la conoscenza dell'andamento epidemiologico delle I.C.A. in Umbria	6.6.1/.1 Sistema di rilevazione efficace e flussi per la raccolta delle informazioni sulle I.C.A. definiti e approvati	/	/	/	/	DGR adottata	/
	6.6.1/2 Report regionale annuale prodotto	1 report/anno	/	/	/	1 report/anno	1 report/anno
6.6.2 Consolidare e assicurare, la sorveglianza "a regime" dei batteri produttori di carbapenemasi (CPE) in tutte le strutture sanitarie assistenziali della Regione.	6.6.2/1 Sorveglianza dei CPE estesa a tutte le strutture ospedaliere (Presidi Osp. delle Az. USL e Aziende Ospedaliere)dell' Umbria	N. Ospedali partecipanti/N. Ospedali della regione	(2014) 33,3% 4/12	/	/	80%	100%

Cronogramma 6.6 - Un modello regionale per la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.6.1 Sviluppare strumenti e flussi per migliorare la conoscenza dell'andamento epidemiologico delle I.C.A. in Umbria																
6.6.1.1	Effettuare una ricognizione estesa a tutte le strutture (Presidi Ospedalieri delle Az. USL e Az.Ospedaliere) su: presenza, organizzazione e attività dei C.I.O, nonché sistema di sorveglianza delle I.C.A in uso, tramite specifico questionario	Regione. Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare/ Servizio Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera Direzione regionale Salute e Coesione Sociale														
6.6.1.2	Valutare gli elementi comuni dei diversi sistemi di sorveglianza in uso, definire gli obiettivi minimi di sorveglianza (n. e tipo agenti sentinella) e i dati da raccogliere dalle A.Ospedaliere e dai Presidi Ospedalieri delle USL	Regione/ Rappresentanti Direzioni di presidio/ C.I.O.														
6.6.1.3	Condividere di un sistema di rilevazione efficace e i flussi da utilizzare	Regione/ Rappresentanti Direzioni di presidio/ C.I.O														
6.6.1.4	Elaborare un modello di report regionale sull'andamento delle I.C.A	Regione														
6.6.1.5	Produrre report regionale annuale	Regione. Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare														

6.6.2 Consolidare e assicurare, la sorveglianza “a regime” dei batteri produttori di carbapenemasi (CPE) in tutte le strutture sanitarie assistenziali della Regione.															
6.6.2.1	Analizzare le schede di sorveglianza delle infezioni da CPE, inviate dai Servizi ISP al Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare, incrociandole con i dati provenienti dai laboratori relativi alle resistenze ai carbapenemi	Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare/S.ISP/ Referenti laboratori													
6.6.2.2	Condividere con le Direzioni Sanitarie delle Az. USL e delle Az. Ospedaliere i risultati della valutazione congiunta del monitoraggio delle resistenze ai carbapenemi e della sorveglianza delle infezioni da CPE	Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare													
6.6.2.3	Estendere la sorveglianza dei CPE a tutte le strutture di assistenza del territorio regionale	Direzioni sanitarie Az. Ospedaliere e Aziende USL													

Progetto 6.7	Screening pediatrici: un'attività da monitorare
Descrizione	<p>Lo <u>screening oftalmologico neonatale</u>, istituito in Umbria con DGR n. 1012 del 19/9/2011, come già riportato nelle premesse del programma “Un invito da non rifiutare” è stato attivato in tutti i Punti Nascita della regione che hanno aderito al Progetto di prevenzione dell'ipovisione congenita a partire dal 2012: ogni anno vengono quindi raccolti ed elaborati i dati degli screening effettuati su tutti i neonati e le informazioni su quelli sottoposti a successivi approfondimenti diagnostici.</p> <p>Uguualmente è stato attivato in forma sperimentale, a partire dal luglio 2010 <u>lo screening audiologico neonatale</u>, che dal 2012 è effettuato a tutti i nuovi nati in tutti i punti nascita della regione: anche questo screening neonatale è quindi da considerarsi a regime.</p> <p>Per entrambi gli screening suddetti verrà proseguito il monitoraggio sistematico in corso presso i punti nascita dell'Umbria.</p> <p>Considerato però che non tutti i difetti visivi sono diagnosticabili alla nascita, lo screening della vista per ambliopia e strabismo, secondo indicazioni cliniche consolidate (PNLG) è raccomandato in tutti i bambini almeno una volta prima dell'inizio della scuola, preferibilmente tra i 3 e i 4 anni. Questo successivo controllo, infatti, consente di verificare che non vi siano deficit visivi che possono portare, in età adulta, a patologie ben più gravi tra cui la perdita della vista e permette di correggere in tempo l'ambliopia o lo strabismo.</p> <p>Anche l'American Academy of Ophthalmology (AAO), l'American Optometric Association, l'American Academy of Pediatrics (AAP) hanno raccomandato l'esame dei neonati e dei lattanti per i problemi oculari e quindi lo screening dell'acuità visiva e dell'allineamento degli occhi all'età di 3 o 4 anni nei bambini e ogni 1-2 anni successivamente durante l'adolescenza.</p> <p>L'AAP Section on Ophthalmology, congiuntamente con l'AAO e l'American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, ha formulato nuove linee guida per lo screening nei bambini specificando quali test utilizzare e i criteri di riferimento. Anche l'American Academy of Family Physicians (AAFP) raccomanda che tutti i bambini siano sottoposti alla valutazione per difetti oculari o di vista a 3-4 anni di età e che comunque i medici prestino attenzione ai problemi della vista durante l'adolescenza e l'infanzia.</p> <p>In Umbria lo <u>screening della vista ai 3 anni</u> viene già effettuato dal Pediatra di Libera Scelta che, nel caso di esito positivo o dubbio, avvia il bambino dallo specialista oculista per la conferma diagnostica e la eventuale cura del caso. Questa prestazione viene già considerata tra le Prestazioni di Particolare Impegno concordate con i PLS, anche se non viene ancora registrata nei Bilanci di Salute: pertanto non è ancora possibile conoscere quanti bambini sono stati effettivamente controllati né quanti di questi sono stati inviati alla visita specialistica.</p> <p>Lo <u>screening per l'ipotiroidismo congenito (IC)</u>, è obbligatorio in Italia da ormai molti anni, insieme a quello per ad altre due malattie (fibrosi cistica e fenilchetonuria), secondo quanto stabilito dalla legge quadro 5 febbraio 1992, n. 104.</p> <p>Lo screening è fondamentale, in quanto i sintomi clinici dell'IC sono spesso sfumati o assenti e, di conseguenza, tanto più precoce è il riconoscimento del deficit e il conseguente trattamento, tanto migliore sarà lo sviluppo neuro-cognitivo del bambino.</p> <p>l'IC rappresenta la più frequente endocrinopatia dell'infanzia, con un'incidenza di 1: 2200 nati vivi (2013), e comporta un impegno socio-sanitario non indifferente per il Paese: infatti, in una proporzione non trascurabile dei soggetti affetti da questa patologia è stato dimostrato il permanere di deficit neurointellektivi minori ed una co-morbidità dovuta a patologie croniche.</p> <p>Dal 1987 è peraltro attivo in Italia il Registro Nazionale degli Ipotiroidei Congeniti (RNIC), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che garantisce la copertura totale di tutti i nati grazie alla collaborazione di 25 Centri di screening italiani per l'ipotiroidismo congenito che collaborano con altri Centri clinici di riferimento, al fine di valutare la frequenza di neonati con valori di TSH alla nascita superiori a 5 µU/ml (che denota assenza o insufficienza di Tiroxina) nel test di conferma.</p> <p>Grazie a questo sistema di collaborazioni lo screening neonatale tiroideo nel nostro Paese ha una copertura del 100% dei nati e rende possibile tracciare una mappa dettagliata dello stato di</p>

	<p>iodocarenza delle diverse aree geografiche.</p> <p>La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 26 febbraio 2009, ha approvato il “Programma nazionale di monitoraggio e sorveglianza della patologia tiroidea ai sensi della legge n.55 del 21 marzo 2005 «Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica».</p> <p>L’intesa, in accordo con le linee guida elaborate da OMS, UNICEF e International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD) ha previsto un piano di monitoraggio che si dovrà basare su diversi indicatori di efficacia relativi alla vendita e al consumo di sale iodato e a valutazioni clinico-epidemiologiche, in campioni rappresentativi della popolazione scolare e neonatale, finalizzate all'accertamento di un adeguato apporto nutrizionale di iodio (escrezione urinaria di iodio, TSH neonatale).</p> <p>Per quanto riguarda la rilevazione del valore del TSH tramite lo screening alla popolazione neonatale, il programma di monitoraggio fa riferimento alla citata rete di laboratori, già attiva sul territorio nazionale costituita dai Centri di Screening che partecipano al Registro Nazionale degli Ipotiroidei Congeniti, strumento epidemiologico le cui attività sono coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità.</p> <p>In Umbria, attualmente, i campioni biologici prelevati da tutti i nuovi nati vengono inviati da ogni Punto nascita al Centro Screening Neonatale dell’Ospedale "A. Meyer" di Firenze, - Sez. Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie, che provvede a inviare l’esito dell’esame ai Centri richiedenti, a valutare l’opportunità di ulteriori approfondimenti sierologici e, in caso di conferma, a trasmettere i dati dei casi positivi al Registro Nazionale degli Ipotiroidei Congeniti presso l’ISS.</p> <p>In ottemperanza all’Intesa Stato-Regioni del 26 febbraio 2009 il Piano Nazionale della Prevenzione, al fine di ridurre i disordini da carenza iodica, ha pertanto previsto l’“Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale in tutte le Regioni”.</p> <p>Sarà quindi necessario avviare l’implementazione del flusso di dati del TSH neonatale verso l’ISS, secondo un protocollo standardizzato che dovrebbe essere prodotto dal Ministero della Salute in collaborazione con ISS: una volta definite le ulteriori informazioni da trasmettere rispetto a quelle già inviate attualmente, sarà avviato un ulteriore sistema informativo da sviluppare nell’ambito di quelli gestiti dalla Direzione regionale Salute e Coesione Sociale.</p> <p>Il presente progetto si propone pertanto due obiettivi specifici</p> <p>6.7.1 Attivare i flussi necessari a valutare l’incidenza dell’ipovisione nei bambini umbri a tre anni di età.</p> <p>6.7.2 Implementare il monitoraggio dell’andamento del TSH neonatale per la valutazione dell’ipotiroidismo congenito.</p>
Gruppo prioritario	Nuovi nati Bambini di 3 anni di età residenti nel territorio regionale
Setting	ambulatori pediatrici.
Gruppi di interesse	Bambini di 3 anni di età residenti nel territorio regionale Regione Umbria/ direzione salute e coesione Sociale Aziende USL e Aziende Ospedaliere Pediatri, Oculisti, Ortottisti
Prove di efficacia	<ul style="list-style-type: none"> • PNLG - Indicazioni cliniche consolidate - Lo screening della vista per ambliopia e strabismo è raccomandato in tutti i bambini una volta prima dell'inizio della scuola, preferibilmente tra i 3 e i 4 anni (raccomandazione “B”). • Raccomandazioni American Academy of Ophthalmology (AAO)- l’American Optometric Association, l’American Academy of Pediatrics (AAP) e Bright Futures -American Academy of Family Physicians (AAFP) • “Raccomandazioni Italiane per la diagnosi, la cura, il follow-up e la sorveglianza dell’IC”. Registro Nazionale degli Ipotiroidei Congeniti (RNIC/ISS) insieme con la Società Italiana per lo studio delle Malattie Metaboliche e lo Screening Neonatale (SIMMESN); Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP)

Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concordare con i PLS l’inserimento delle informazioni sull’esito dello screening nei Bilanci di Salute; ▪ definire i contenuti delle informazioni da inserire nei Bilanci di salute: primo screening, successivi approfondimenti, trattamenti, ecc...; ▪ avviare la rilevazione dello screening effettuato dai PLS; ▪ valutare i risultati ed elaborare rapporti periodici; ▪ concordare con ISS e Punti nascita il formato dei dati richiesti per il monitoraggio del TSH neonatale in ottemperanza all’Intesa S/R e i flussi necessari; ▪ definire il nuovo sistema informativo regionale per il monitoraggio del TSH neonatale; ▪ avviare la sperimentazione del nuovo sistema informativo; ▪ valutare i flussi e la completezza delle informazioni raccolte; ▪ attivare a regime il nuovo sistema di monitoraggio.
Sostenibilità	Le prestazioni dei PLS sono già previste nell’ambito delle PIP

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.7.1 Attivare i flussi necessari a valutare l’incidenza dell’ipovisione nei bambini umbri a tre anni di età	6.7.1/1 Rilevazione dell’ipovisione a tre anni attivata	Report annuale presentato ai PLS	/	/	/	report	report
6.7.2 Implementare il monitoraggio dell’andamento del TSH neonatale per la valutazione dell’IC.	6.7.2/1 Proporzione di punti nascita partecipanti al monitoraggio/totale punti nascita	/	/	/	/	/	/

Cronogramma 6.7 - Screening pediatrici: un'attività da monitorare

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.7.1 Attivare i flussi necessari a valutare l'incidenza dell'ipovisione nei bambini umbri a tre anni di età																
6.7.1.1	Concordare con i PLS l'inserimento delle informazioni sull'esito dello screening nei Bilanci di Salute	Regione PLS														
6.7.1.2	Definire i contenuti delle informazioni da inserire nei Bilanci di salute: primo screening, successivi approfondimenti, trattamenti, ecc...	Regione PLS Software House														
6.7.1.3	Avviare la rilevazione dello screening effettuato dai PLS	Regione PLS Software House														
6.7.1.4	Valutare i risultati ed elaborare rapporti periodici	Regione PLS														
6.7.2 Implementare il monitoraggio dell'andamento del TSH neonatale per la valutazione dell'IC																
6.7.2.1	Concordare con ISS e Punti nascita il formato dei dati richiesti per il monitoraggio del TSH neonatale in ottemperanza all'Intesa S/R e i flussi necessari	Regione ISS Punti nascita														
6.7.2.2	Definire il nuovo sistema informativo regionale per il monitoraggio del TSH neonatale	Regione ISS Punti nascita														
6.7.2.3	Avviare la sperimentazione del nuovo sistema informativo	ISS Punti nascita														
6.7.2.4	Valutare i flussi e la completezza delle informazioni raccolte	Regione ISS Punti nascita														
6.7.2.5	Attivare a regime il nuovo sistema di monitoraggio	ISS Punti nascita														

Progetto 6.8	Monitoraggio dell'apporto di iodio con la dieta per prevenire i disordini da carenza
Descrizione	<p>Lo iodio è un micronutriente essenziale per la sintesi degli ormoni tiroidei che contengono atomi di iodio nella loro molecola (3 per la triiodotironina-T3 e 4 per la tiroxina-T4).</p> <p>La carenza nutrizionale di iodio è la causa più frequente della patologia tiroidea nella popolazione; in particolare, il gozzo è la manifestazione più comune della carenza iodica nell'adulto, ma questa è molto più temibile nella vita intrauterina e nell'età neonatale in cui l'insufficiente produzione di ormoni tiroidei può provocare difetti di sviluppo del sistema nervoso e osseo con conseguenti deficit neuropsichici e accrescimento disarmonico.</p> <p>Per tale ragione, in aggiunta alla profilassi silente (conservazione di alcuni alimenti con additivi contenenti iodio), sono necessari anche programmi di iodoprofilassi.</p> <p>A seguito dell'approvazione della Legge n. 55 del 21 marzo 2005 che definisce, ai fini della iodoprofilassi, le modalità di utilizzo e di vendita del sale alimentare arricchito con iodio, destinato al consumo diretto oppure impiegato come ingrediente nella preparazione e nella conservazione dei prodotti alimentari, è stato introdotto nel nostro Paese un programma nazionale di iodoprofilassi su base volontaria. I dati di monitoraggio attualmente disponibili, pur evidenziando un miglioramento dell'assunzione di iodio a livello di popolazione rispetto al passato, confermano il persistere in Italia di una carenza iodica che, seppure non severa, determina ancora un'alta frequenza di gozzo e di altri disordini correlati da attribuire alla incompleta attuazione dei programmi di iodoprofilassi. La valutazione degli effetti positivi della iodoprofilassi sulla popolazione, in termini di riduzione delle patologie correlate alla iodocarenza, può essere effettuata attraverso alcuni indicatori di efficacia, quali l'analisi della ioduria e della prevalenza di gozzo in campioni della popolazione in età scolare reclutati in specifiche "aree sentinella", attraverso l'analisi dell'andamento nel tempo dei valori di ormone tireotropo (TSH) neonatale e della percentuale di vendita del sale iodato.</p> <p>La misura della ioduria costituisce un indice attendibile dell'introito di iodio con l'alimentazione nella popolazione, in quanto il 90% dello iodio plasmatico è escreto con le urine e solo una piccola quantità con le feci, per cui, in condizioni di equilibrio, lo iodio assorbito dall'apparato gastrointestinale equivale a quello escreto con le urine; considerando che un adulto utilizza circa 80-100 µg di iodio al giorno per produrre gli ormoni tiroidei, un sufficiente apporto iodico corrisponde ad un valore di ioduria uguale o superiore a 100 µg/L. Nei ragazzi in età scolare una ioduria mediana < 100 µg/L indica iodio-insufficienza: se la ioduria è < 20 µg/L la iodio carenza è grave, se compresa tra 20 e 49 µg/L è moderata e se tra 50 e 99 µg/L è lieve.</p> <p>La presenza di gozzo, invece, può essere valutata con l'ispezione e la palpazione del collo e con l'ecografia tiroidea; la WHO ha definito la gravità della carenza iodica nella popolazione in base alla prevalenza di gozzo, determinata con l'ecografia tiroidea, nei ragazzi in età scolare: una prevalenza di gozzo sotto il 5,0% indica sufficienza iodica, tra il 5,0 e il 19,9% carenza lieve, tra il 20,0 e il 29,9% carenza moderata e sopra il 30% carenza grave.</p> <p>Anche il valore del TSH ottenuto allo screening per l'ipotiroidismo congenito nei neonati costituisce un utile strumento per valutare l'apporto di iodio della popolazione generale con la dieta. Infatti la carenza iodica si associa a uno spostamento verso valori più alti del TSH misurati nello screening neonatale dell'ipotiroidismo congenito, espressione di un meccanismo di adattamento della tiroide del neonato. Il rilievo di un valore di TSH > 5 mU/L allo screening neonatale e persistente per qualche settimana in più del 3% dei neonati indica carenza iodica nella popolazione (vedi progetto 6.7).</p> <p>In Umbria, già dagli anni '80 è operativo un osservatorio per la iodoprofilassi che ha sostenuto un'attività di promozione del consumo di sale iodato, condotto studi sulla prevalenza del gozzo e dell'endemia gozzigena e monitorato il consumo del sale iodato.</p> <p>Alla metà degli anni '90 due studi pilota, condotti nelle aree di Gubbio e di Foligno su ragazzi della scuola media di età compresa fra 11 e 14 anni con indagini ecografica (Gubbio) e con il metodo della palpazione del collo, hanno dimostrato dati di prevalenza di gozzo significativamente elevati a</p>

confermare in quelle aree la presenza di una endemia gozzigena.

Successivamente si è proceduto con la realizzazione, sempre nell'area di Gubbio, di un nuovo studio, il cui scopo era valutare la prevalenza del gozzo nella popolazione in esame e comparare questi dati con quelli raccolti sei anni prima (1995) nella stessa area e in bambini della stessa età, prima dell'avvio di una campagna di prevenzione, finalizzata ad incrementare il consumo di sale iodato. I risultati ottenuti dimostravano che la prevalenza del gozzo era significativamente diminuita durante i cinque anni di implementato consumo del sale iodato (dal 29% del 1995 all'8% del 2001) e che l'escrezione urinaria media di iodio era aumentata di circa il 20% (da 98,2 a 119,7 µg/L).

Dopo l'introduzione della Legge n. 55 del 21 Marzo 2005 l'Osservatorio Umbro per la iodoprofilassi, ha inoltre registrato un aumento delle vendite di sale iodato rispetto a quello non iodato in alcune città umbre (Gubbio, Branca, Gualdo Tadino); tuttavia, in altre zone, nonostante l'entrata in vigore della normativa, permane una prevalente vendita di sale non iodato ed i dati risultano variabili anche in alcuni comuni dell'Appennino Umbro.

Ad oggi, dopo circa 10 anni dall'approvazione della legge, i dati dell'OSNAMI indicano che solo la metà del sale per uso alimentare venduto è rappresentato da sale iodato e, in base all'analisi di specifici indicatori biologici, è confermato il persistere in Italia di una condizione di carenza nutrizionale di iodio che, seppure non severa, determina ancora un'alta frequenza di gozzo e di altri disordini correlati. È quindi importante rafforzare l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione sui benefici derivanti dall'utilizzo del sale iodato e tenere alta l'attenzione degli operatori del Sistema Sanitario Nazionale, affinché la iodoprofilassi costituisca anche in Umbria una misura di prevenzione efficiente ed efficace traducendosi in una tangibile riduzione della frequenza delle patologie correlate alla iodocarenza con un conseguente risparmio in termini di costi socio-sanitari.

L'inserimento del "monitoraggio dell'apporto iodico con la dieta per prevenire i disordini da carenza iodica" nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione riveste, pertanto, riveste una notevole rilevanza.

L'obiettivo generale del presente progetto è contribuire a ridurre i disordini da carenza iodica nella popolazione umbra informando i cittadini sull'opportunità dell'acquisto del sale iodato e valutando i cambiamenti nelle quantità consumate anche attraverso la misurazione del volume tiroideo e della ioduria.

Il progetto, il cui rigore scientifico e l'operatività saranno garantiti dal Dipartimento di medicina-Università degli studi di Perugia, prevede, per la valutazione dei parametri biologici il coinvolgimento di un campione di ragazzi delle scuole medie e si divide in due fasi: una di attuazione immediata, in coincidenza con il varo del Piano di prevenzione Regionale, della durata di 6 mesi (1 Settembre 2015-29 Febbraio 2016), in cui verranno analizzati i diversi indicatori dello stato di esposizione iodica della popolazione prima dell'avvio di una specifica campagna di comunicazione ed una seconda fase, che avrà luogo al termine del periodo di applicazione del piano di prevenzione regionale, in cui tali indicatori verranno nuovamente analizzati.

Sono quindi **obiettivi specifici** del progetto:

6.8.1 Realizzare una campagna di comunicazione attraverso il coinvolgimento e la collaborazione attiva con il settore della Grande Distribuzione Organizzata affinché, all'interno dei punti vendita venga promosso l'acquisto consapevole del sale iodato;

6.8.2 Attivare la misurazione, in un campione della popolazione (ragazzi di età fra 11 e 14 anni) del volume tiroideo e della ioduria come previsto dall'Intesa stato/Regioni del 26 febbraio 2009, da realizzare prima dell'avvio e al termine della campagna di comunicazione;

6.8.3 Attivare la vigilanza e il controllo sulla disponibilità di sale iodato nella GDO.

Gruppo prioritario	Ragazzi di età fra 11 e 14 anni Popolazione generale
Setting	Scuola
Gruppi di interesse	Regione, Servizi IAN delle Az. USL, Università degli studi di Perugia, GDO, scuola, famiglie

Prove di efficacia	Il progetto si inserisce nel filone della ricerca-intervento e attraverso metodiche di valutazione oramai consolidate (ioduria e volume tiroideo) vuole proprio valutare l'efficacia delle campagne di prevenzione messe in atto.
Trasversalità	Il progetto coinvolge in modo intersettoriale, la GDO, la scuola, l'Università e il SSR.
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definire accordi con la GDO (attraverso il Gruppo di progetto di cui al progetto 8.2) per favorire l'acquisto del sale iodato, attraverso l'aumento della proporzione di sale iodato messo in vendita rispetto a quello non addizionato di iodio e il contestuale avvio di una campagna informativa per incentivarne l'acquisto ▪ Costruire la campagna di informazione da realizzare all'interno dei punti vendita della GDO ▪ Produrre i materiali informativi ▪ Realizzare la campagna informativa ▪ Definire il campione sul quale effettuare le misurazioni (scuole e n. allievi) ▪ Organizzare, in collaborazione con i Dirigenti scolastici, l'informazione alle famiglie e raccoglierne il consenso ▪ Effettuare la valutazione dei parametri biologici prima e dopo la campagna informativa ▪ Produrre un rapporto sui risultati della prima fase di rilevazione ▪ Produrre un rapporto finale sui risultati ottenuti nelle diverse misurazioni dei parametri biologici ▪ Promuovere le attività di controllo sulla vendita di sale iodato nell'ambito della attività di vigilanza routinaria ▪ Organizzare la registrazione su SIVA e favorire la trasmissione dati al Ministero della Salute e all'ISS

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.8.1 Realizzare una campagna di comunicazione attraverso il coinvolgimento e la collaborazione attiva con il settore della Grande Distribuzione Organizzata affinché, all'interno dei punti vendita venga promosso l'acquisto consapevole del sale iodato;	6.8.1/1 Realizzazione di una campagna informativa nei punti vendita della GDO	/	/	/	Campagna informativa avviata (secondo semestre 2016)	Campagna informativa mantenuta	/
6.8.2 Attivare la misurazione, in un campione della popolazione (ragazzi di età fra 11 e 14 anni) del volume tiroideo e della ioduria come previsto dall'Intesa stato/Regioni del 26 febbraio 2009, da realizzare prima dell'avvio e al termine della campagna di comunicazione	6.8.2/1 Produzione di un rapporto sui risultati della prima fase di rilevazione	/	/	/	Rapporto prodotto	/	/
	6.8.2/2 Produzione di un rapporto finale	/	/	/	/	/	Rapporto prodotto
6.8.3 Attivare la vigilanza e il controllo sulla disponibilità di sale iodato nella GDO	6.8.3/1 Attività di controllo specifica registrata su SIVA	/	/	/	/	Registrazione e effettuata	Registrazione effettuata

Cronogramma 6.8 - Monitoraggio dell'apporto di iodio con la dieta per prevenire i disordini da carenza

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.8.1 Realizzare una campagna di comunicazione attraverso il coinvolgimento e la collaborazione attiva con il settore della Grande Distribuzione Organizzata affinché, all'interno dei punti vendita venga promosso l'acquisto consapevole del sale iodato																
6.8.1.1	Definire accordi con la GDO (attraverso il Gruppo di progetto di cui al progetto 8.2) per favorire l'acquisto del sale iodato, attraverso l'aumento della proporzione di sale iodato messo in vendita rispetto a quello non addizionato di iodio e il contestuale avvio di una campagna informativa per incentivarne l'acquisto	Regione/ GDO														
6.8.1.2	Costruire la campagna di informazione da realizzare all'interno dei punti vendita della GDO <i>Individuare e coinvolgere i beneficiari e i portatori di interesse per la definizione del piano di comunicazione</i> <i>Realizzare i materiali identificativi e informativi della campagna (cartellonistica, depliant, informazioni sul sito web)</i> <i>Distribuire i materiali informativi e curarne l'aggiornamento</i>	Gruppo di progetto Regione/ GDO Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Servizi Veterinari delle ASL, le Istituzioni che si occupano di vigilanza														
6.8. 1.3	Definire le modalità di allestimento delle aree di esposizione "speciale" all'interno dei punti vendita	Gruppo di progetto														
6.8.1.4	Produrre i materiali informativi	Regione														
6.8.1.5	Realizzare la campagna informativa	Regione/ GDO														
6.8.2 Attivare la misurazione, in un campione della popolazione (ragazzi di età fra 11 e 14 anni) del volume tiroideo e della ioduria come previsto dall'Intesa stato/Regioni del 26 febbraio 2009, da realizzare prima dell'avvio e al termine della campagna di comunicazione																

6.8.2.1	Definire il campione sul quale effettuare le misurazioni (scuole e n. allievi)	Dipartimento di medicina-Università degli studi di Perugia															
6.8.2.2	Organizzare, in collaborazione con i Dirigenti scolastici, informazione alle famiglie e raccogliere il consenso	Dipartimento di medicina-Università degli studi di Perugia															
6.8.2.3	Effettuare la valutazione dei parametri biologici prima e dopo la campagna informativa	Dipartimento di medicina-Università degli studi di Perugia															
6.8.2.4	Produrre un rapporto sui risultati della prima fase di rilevazione	Dipartimento di medicina-Università degli studi di Perugia															
6.8.2.5	Produrre un rapporto finale sui risultati ottenuti nelle diverse misurazioni dei parametri biologici																
6.8.3 Attivare la vigilanza e il controllo sulla disponibilità di sale iodato nella GDO																	
6.8.3.1	Promuovere le attività di controllo sulla vendita di sale iodato nell'ambito della attività di vigilanza routinaria	Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione															
6.8.3.2	Organizzare la registrazione su SIVA e favorire la trasmissione dati al Ministero della Salute e all'ISS	Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione, Società che gestisce il sw															

Progetto 6.9	La prevenzione degli incidenti domestici: sorveglianza e informazione
Descrizione	<p>Per garantire un'adeguata valutazione dell'impatto del fenomeno degli incidenti domestici sullo stato di salute della popolazione bisogna partire da fonti di dati correntemente disponibili che abbiano un'ampia copertura e che forniscano informazioni sia sulle eventuali attività di prevenzione realizzate che sull'infortunio (diagnosi di traumatismo o intossicazione/avvelenamento degli infortunati, descrizione delle caratteristiche dell'evento accidentale o violento che ha determinato la lesione corporea).</p> <p>Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) relativo ai 18-69enni contiene, per quanto riguarda la sicurezza domestica, alcune domande riguardo alla percezione degli intervistati circa le condizioni di sicurezza delle proprie abitazioni, il recepimento d'informazioni di prevenzione da operatori sanitari e una domanda sull'occorrenza di infortunio domestico. PASSI d'Argento, riferito alla popolazione di 65 anni e più, indaga sulle cadute riferite negli ultimi 30gg e sulle informazioni ricevute su come prevenirle.</p> <p>Tuttavia, per la quantificazione degli infortuni questo tipo di indagini scontano i problemi connessi alle sorveglianze che sono fondate su interviste a distanza temporale dall'evento acuto e si riferiscono ad un campione che per gli incidenti domestici ha rappresentatività e potenza non ottimali.</p> <p>Pertanto i sistemi di sorveglianza come PASSI e PASSI d'Argento sono sistemi più adatti a raccogliere informazioni sulla percezione del rischio, mentre per la sorveglianza dell'evento incidente domestico sono preferibili fonti quali i registri ospedalieri, in particolare quelli di Pronto Soccorso (PS), come previsto anche dal sistema di indicatori di salute adottati dall'UE (ECHIM) e dalle linee guida dell'OMS sulla sorveglianza degli incidenti.</p> <p>Per la valutazione della percezione dei rischi in ambito domestico sono utili anche le informazioni che sono raccolte in occasione dei bilanci di salute (1°, 2°, 4° e 5°, ovvero nei primi tre mesi, ad un anno e a tre anni di vita) effettuati dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), che in quell'occasione effettuano anche un breve counseling.</p> <p>D'altra parte, la rilevazione codificata delle circostanze dell'incidente, secondo fattori di rischio tipizzati il cui effetto è noto nel determinismo d'incidente, consente sia di definire gruppi di popolazione a rischio sia di predisporre strumenti d'intervento preventivo mirati e volti al controllo e se possibile alla rimozione dei fattori di rischio.</p> <p>In Umbria il flusso dei dati di accesso al Pronto Soccorso (PS) è attivo dal 2010 ed è stato integrato con un tracciato specifico che prevede, in caso di pazienti in arrivo al PS per trauma da incidente domestico, la raccolta di una serie di informazioni che riguardano il tipo di incidente, il luogo di accadimento, la dinamica e l'esito.</p> <p>Dai dati del sistema di sorveglianza PASSI (relativi alla popolazione 18-69) in Umbria le persone che dichiarano che la propria abitazione presenta dei rischi è passato dal 9.5% del 2008 al 5.2% del 2014. Per quanto riguarda la prevalenza di coloro che dichiarano di aver ricevuto nei 12 mesi precedenti l'intervista informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici, (attuale modulo opzionale dalla sorveglianza PASSI) si va dal 7.3% del 2008, al 9.2% del 2009 fino al 13,4% del 2013.</p> <p>Dall'analisi dei dati di accesso al PS emerge che nel 2013 si sono verificati in Umbria oltre 9000 incidenti domestici; i tassi più elevati si riscontrano nei bambini tra 0 e 4 anni e sopra i 65 anni, in particolare nelle donne.</p> <p>I luoghi più frequenti di accadimento sono la cucina e i locali esterni (giardino, garage, cantina) e la tipologia di incidente più frequente la caduta.</p> <p>Dall'analisi dei dati di ricovero ospedaliero emerge che il 17% degli incidenti domestici che si sono verificati nel 2013 ha avuto come esito il ricovero e che il tasso di ricovero per incidente domestico sembra mostrare un trend in discesa.</p> <p>Tuttavia, tali dati possono avere solo una finalità di orientamento generale in quanto il flusso presenta delle criticità riguardanti la qualità (completezza) dei dati trasmessi al Sistema Informativo</p>

	<p>Sanitario Regionale da parte delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, sia perché non tutte le strutture raccolgono questo tipo di informazione (nel 2013, infatti, mancano completamente i dati sugli incidenti per l’Azienda Ospedaliera di Perugia) sia per l’utilizzo frammentario e non codificato di tali informazioni.</p> <p>Con il progetto, pertanto, si intende:</p> <p>6.9.1 migliorare la qualità dei dati del sistema di sorveglianza degli incidenti domestici;</p> <p>6.9.2 identificare la popolazione a maggior rischio e i principali fattori di rischio attraverso l’analisi dei dati di sorveglianza;</p> <p>6.9.3 migliorare l’informazione sugli incidenti domestici e sulle modalità di prevenzione attraverso l’organizzazione di campagne di comunicazione per la popolazione generale o per target specifici e di interventi di educazione nella scuola dell’infanzia;</p> <p>6.9.4 migliorare la sicurezza delle abitazioni attraverso interventi di valutazione e modifica dei rischi domestici.</p>
Gruppo prioritario	Popolazione a maggior rischio (bambini, anziani)
Setting	Pronto Soccorso Abitazioni umbre
Gruppi di interesse	I destinatari sono rappresentati dalla popolazione a maggior rischio di incidente domestico (bambini e anziani) e che saranno individuati in maniera più specifica con l’analisi dei dati di sorveglianza; operatori sanitari quali infermieri ADI, MMG, tutti gli operatori dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d’Argento, operatori dei PS, operatori delle cooperative sociali e anziani volontari in qualità di sostenitori.
Attività principali	<p>Le attività principali riguarderanno nel 2016 l’implementazione e il consolidamento del sistema informativo relativo i dati di accesso al PS per incidente domestico e l’utilizzazione del modulo sulla sicurezza domestica per la rilevazione PASSI. Saranno quindi elaborati tali dati per la sorveglianza degli incidenti domestici, compresi quelli dei bilanci di salute dei PLS, e sarà redatto un report sull’andamento del fenomeno degli incidenti domestici negli ultimi 5 anni, che verrà periodicamente aggiornato negli anni successivi.</p> <p>Inoltre saranno anche raccolti, verificati ed elaborati i dati provenienti dai CAV sul fenomeno degli avvelenamenti.</p> <p>Nel periodo 2017-2018 saranno avviate le attività di informazione e prevenzione degli incidenti sulla base di quanto emerso dal sistema di sorveglianza; sarà pertanto costruita e realizzata una campagna informativa e avviata la formazione di alcune categorie di operatori sanitari e non (MMG, ADI, Terapisti della Riabilitazione, operatori delle Cooperative sociali e anziani “volontari”) sulle modalità di valutazione, con appositi strumenti, dei principali rischi in ambiente domestico e di counseling breve per la prevenzione degli stessi.</p>
Rischi e management	Il rischio principale è rappresentato dalla mancata registrazione dell’avvenuto incidente da parte del Pronto Soccorso, si tenterà di sviluppare una scheda di rapida compilazione.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.9.1 Migliorare la qualità dei dati del sistema di sorveglianza degli incidenti domestici	6.9.1/1 Utilizzo modulo PASSI sulla sicurezza domestica	/	/	/	Modulo utilizzato	Modulo utilizzato	Modulo utilizzato
6.9.2 Identificare la popolazione a maggior rischio e i principali fattori di rischio attraverso l'analisi dei dati di sorveglianza	6.9.2/1 Report su incidenti domestici negli ultimi 5 anni	/	/	/	Report elaborato	Report aggiornato	Report aggiornato
	6.9.2/2 Report su fenomeno degli avvelenamenti	/	/	/	Report elaborato	/	/
6.9.3 Migliorare l'informazione sugli incidenti domestici e sulle modalità di prevenzione	6.9.3/1 Realizzazione campagna informativa	/	/	/		Campagna informativa realizzata	/
6.9.4 Migliorare la sicurezza domestica attraverso interventi di valutazione e modifica dei rischi domestici	6.9.4/1 Elaborazione schede per valutazione rischi nelle abitazioni	/	/	/	Schede elaborate	/	/
	6.9.4/2 % MMG formati	/	/	/		Almeno 50%	Almeno 70%

Cronogramma 6.9 - La prevenzione degli incidenti domestici: sorveglianza e informazione

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.9.1 Migliorare la qualità dei dati del sistema di sorveglianza degli incidenti domestici																
6.9.1.1	Implementare il sistema informativo relativo i dati di accesso al PS per incidente domestico	Regione (Servizio Prevenzione /Servizio Sistema Informativo) /Aziende Sanitarie e Ospedaliere														
6.9.1.2	Consolidare il sistema informativo relativo i dati di accesso al PS per incidente domestico	Aziende Sanitarie e Ospedaliere														
6.9.1.3	Utilizzare il modulo sulla sicurezza domestica per la rilevazione PASSI	Aziende Sanitarie														
6.9.2 Identificare la popolazione a maggior rischio e i principali fattori di rischio attraverso l'analisi dei dati di sorveglianza																
6.9.2.1	Elaborare i dati disponibili per la sorveglianza degli incidenti domestici (accesso al PS, SDO, PASSI e PASSI d'Argento, bilanci di salute dei PLS)	Regione (Servizio Prevenzione) /Aziende Sanitarie														
6.9.2.2	Redigere report per descrivere l'andamento del fenomeno degli incidenti domestici su scala regionale negli ultimi 5 anni	Regione (Servizio Prevenzione)														
6.9.2.3	Raccogliere ed elaborare i dati provenienti dai CAV su fenomeno degli avvelenamenti	Regione (Servizio Prevenzione)														
6.9.3 Migliorare l'informazione sugli incidenti domestici e sulle modalità di prevenzione																
6.9.3.1	Produrre materiali informativi destinati ai genitori dei bambini e agli anziani (opuscoli, materiali multimediali, locandine) e definire modalità di divulgazione	Gruppo di lavoro regionale														
6.9.3.2	Realizzare la campagna informativa	Regione (Servizio Prevenzione)/Aziende Sanitarie														

6.9.4 Migliorare la sicurezza domestica attraverso interventi di valutazione e modifica dei rischi domestici															
6.9.4.1	Definire una scheda di rilevazione dei rischi domestici	Gruppo di lavoro regionale													
6.9.4.2	Formare operatori sanitari ADI, Terapisti della Riabilitazione, MMG e operatori delle Cooperative sociali sulle modalità di valutazione dei principali rischi in ambiente domestico e di counseling breve per la prevenzione degli stessi	Regione (Servizio Prevenzione)													

Progetto 6.10	Osservatorio epidemiologico regionale sulle dipendenze
Descrizione	<p>Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2009–2011 ha inserito l’Area delle Dipendenze tra le priorità della programmazione regionale ed ha attribuito grande importanza alla creazione di un idoneo sistema regionale di osservazione dei fenomeni connessi al consumo e all’abuso di sostanze psicoattive. È innegabile, infatti, che il fenomeno delle dipendenze è un grave problema di salute pubblica prima ancora che un’emergenza in tema di criminalità e sicurezza e i dati degli ultimi dieci anni, riguardanti in particolare la mortalità per overdose e i tassi di prevalenza dei consumi di droghe lecite, confermano questa lettura.</p> <p>Con la DGR n. 1487/2011, <i>“Attivazione, nell’ambito delle attività dell’Osservatorio Epidemiologico Regionale, di un’area specifica inerente le dipendenze, per il monitoraggio permanente del quadro regionale e l’adempimento degli obblighi informativi in materia. Evoluzione e messa a regime del sistema informativo regionale sulle dipendenze”</i>, è quindi stata definita un’attività permanente di sorveglianza epidemiologica di livello regionale, con l’obiettivo generale di offrire supporto tecnico-scientifico alle scelte politico-strategiche finalizzate alla tutela della salute in tema di dipendenze, sia a livello regionale che locale. L’Osservatorio delle Dipendenze si inserisce dentro il contesto più ampio dell’osservazione epidemiologica regionale.</p> <p>Le attività dell’Osservatorio perseguono sempre e comunque l’idea della costruzione di una rete, nella quale la conduzione di studi e ricerche e la produzione d’informazione si alimentano attraverso la collaborazione della Direzione Salute della Regione Umbria (che coordina tutta l’attività, attraverso il Servizio Programmazione sociosanitaria dell’assistenza distrettuale ed ospedaliera ed il Servizio Flussi informativi e mobilità sanitaria), dei Servizi di Epidemiologia delle ASL, dell’Università e di tanti altri soggetti che operano nel campo dell’epidemiologia, ed inoltre di servizi ed istituzioni molteplici impegnate in attività di contrasto, prevenzione, cura e riabilitazione, che costituiscono fonti preziose di dati ed informazioni.</p> <p>I fenomeni connessi al consumo di sostanze psicoattive e le dipendenze, più di altri oggetti di osservazione epidemiologica, si prestano in effetti ad essere studiate secondo l’ottica della rete: innanzitutto perché questo tema investe una dimensione rilevante delle competenze regionali sia dal punto di vista sanitario che sociale; poi, perché riguarda ed impegna molte altre istituzioni, tra cui le Prefetture, le Forze dell’ordine, la Magistratura, l’Amministrazione penitenziaria, gli Enti locali, la Scuola, ed altre. Occorre quindi che tutte le istituzioni siano coinvolte nel processo di osservazione, che diventa prezioso se si rende utile al rinnovamento e al perfezionamento del sistema complessivo di risposta.</p> <p>Proprio per questa dimensione trasversale, le informazioni e i dati sono disponibili a vari livelli e in varie forme.</p> <p>Per il monitoraggio dei consumi sono analizzati i dati delle indagini PASSI, HBSC ed ISTAT, le quali sono prontamente disponibili. L’Osservatorio ha inoltre stipulato una convenzione con l’Istituto di Fisiologia Clinica del CNR al fine di ottenere dati di dettaglio riguardo alle stime di prevalenza dei consumi di sostanze lecite e illecite nella popolazione umbra, attraverso un allargamento della base campionaria delle indagini IPSAD (popolazione generale) ed ESPAD (popolazione studentesca).</p> <p>Per lo studio di altri indicatori, sono analizzati i dati che ogni istituzione possiede per il trattamento di flussi informativi, come ad esempio le SDO per i ricoveri e il flusso SIND per la domanda di trattamento. È evidente come i sistemi informativi, nati per finalità cliniche o organizzative, costituiscano una preziosa fonte di conoscenza anche dal punto di vista epidemiologico. Tale capacità conoscitiva cresce se (nel rispetto delle normative sul trattamento dei dati sensibili) siamo capaci di integrare le banche dati tra di loro o di porre in essere studi di correlazione tra fenomeni rilevati da sistemi informativi diversi.</p> <p>Tra le collaborazioni interistituzionali che hanno consentito di implementare l’Osservatorio, appare particolarmente rilevante il Protocollo d’Intesa siglato tra la Prefettura di Perugia e le istituzioni del territorio perugino, compresa la Regione, che ha coinvolto un’ampia platea di soggetti istituzionali ed attori sociali in una serie di attività congiunte, tra le quali un tavolo tecnico per l’attivazione di</p>

forme permanenti di confronto e scambio informativo-statistico, finalizzate all'integrazione delle conoscenze dei fenomeni connessi alla diffusione e al consumo di sostanze psicoattive. Si considera infatti di vitale importanza utilizzare i flussi informativi disponibili per effettuare letture e/o studi mirati su singoli argomenti di particolare interesse e/o in determinate aree territoriali. Nell'ambito di questo Protocollo, l'Osservatorio assume la funzione di punto di raccolta unico dei diversi dati disponibili.

Dal novembre 2011 (data della sua costituzione) al marzo 2015 l'Osservatorio ha effettuato le seguenti attività:

- ha costruito la propria struttura, impostata come già detto su un'ampia rete informativa,
- ha promosso la messa a regime dei flussi informativi già disponibili ed ha attivato nuovi scambi informativi su indicatori in precedenza non rilevabili,
- ha pubblicato rapporti epidemiologici su temi specifici (Report annuali sulla mortalità per overdose, Rapporto "Carcere e salute – 2012"),
- ha infine prodotto, a marzo 2015, il primo report completo sulle dipendenze in Umbria con i dati aggiornati al 2014.

I dati analizzati dall'Osservatorio si riferiscono ai seguenti macro-indicatori, selezionati a partire dalle indicazioni dell'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona:

- Stime di prevalenza nella popolazione
 - Indagini campionarie sulla popolazione adulta
 - Indagini campionarie sulla popolazione studentesca
 - Consumo problematico di droga
 - Tossicodipendenti ed alcolisti in carcere
- Malattie infettive e mortalità
 - Malattie infettive droga correlate
 - Mortalità acuta droga correlata
- Domanda di trattamento e risposte socio-sanitarie
 - Domanda di Trattamento
 - Iniziative di risposta socio-sanitarie
- Criminalità, sequestri di droga e dati di mercato
 - Crimini droga-correlati
 - Dati sui sequestri
 - Informazioni su prezzi e composizione delle droghe sequestrate

Con il progetto, si intende dare continuità all'Osservatorio, sviluppando ulteriormente le attività di rilevazione degli indicatori e la qualità dei dati, e diffondendo in maniera capillare i rapporti prodotti.

La diffusione delle informazioni, che sarà avviata a partire dai rapporti e ricerche già realizzati, è un passaggio fondamentale affinché il monitoraggio epidemiologico non si traduca in uno sterile esercizio tecnico, ma diventi strumento operativo e di conoscenza, utile ad orientare le scelte strategiche e le pratiche operative.

Oltre alle pubblicazioni, saranno messi a disposizione anche i dati, in forma aggregata, utilizzando la sezione Open Data del portale della Regione Umbria (www.dati.umbria.it).

L'idea è scaturita nell'ambito del citato Protocollo d'Intesa della Prefettura di Perugia, dove l'Osservatorio si è impegnato, rispetto ai flussi informativi provenienti dalle istituzioni coinvolte nel protocollo stesso, a provvedere alla loro sistematizzazione ed elaborazione e a fornire una piattaforma unica di consultazione informatizzata del materiale prodotto. Questa azione consentirà a tutti gli utenti di visualizzare liberamente i dati inseriti, rendendo quindi disponibili anche quei dati che hanno un livello di dettaglio troppo elevato per essere inclusi nei rapporti o che sono suscettibili di essere elaborati statisticamente in modo indipendente.

Infine si darà seguito all'attività di reportistica avviata con il Report 2015 – dati aggiornati al 2014, che estende a tutto campo l'analisi del quadro regionale relativo alla diffusione di sostanze psicoattive e di comportamenti di addiction e ai vari fenomeni ed aspetti associati. Il rapporto,

	<p>peraltro, ha destato notevole interesse negli operatori sociosanitari e delle altre istituzioni impegnate nel campo, ed ha avuto ampio spazio sui media locali.</p> <p>Accanto all'aggiornamento annuale del rapporto complessivo, saranno prodotti studi e pubblicazioni su temi specifici.</p> <p>Tutto l'insieme delle attività descritte si baserà sulla valorizzazione dell'approccio intersettoriale già in atto.</p> <p>Obiettivi specifici del presente progetto sono pertanto:</p> <p>6.10.1 valorizzare l'approccio intersettoriale già attivato, attraverso collaborazioni formali ed informali;</p> <p>6.10.2 diffondere in maniera capillare i rapporti epidemiologici e le ricerche realizzate;</p> <p>6.10.3 mettere a disposizione i dati attraverso una piattaforma di consultazione informatizzata presso la sezione Open Data del portale della Regione Umbria;</p> <p>6.10.4 Migliorare la qualità delle rilevazioni;</p> <p>6.10.5 Realizzare report annuali inerenti il quadro epidemiologico regionale complessivo;</p> <p>6.10.6 Realizzare report di approfondimento su temi specifici;</p>
Gruppo prioritario	Persone consumatrici/dipendenti da sostanze psicoattive legali ed illegali e da comportamenti assimilabili (es.: gioco d'azzardo patologico, dipendenza da internet, ecc.).
Setting	Osservatorio Epidemiologico regionale
Gruppi di interesse	Operatori dei servizi socio-sanitari, del privato sociale accreditato, operatori di altre istituzioni, decisori di livello politico e tecnico, media, cittadini.
Prove di efficacia	<p>L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona ha promosso, ormai da diversi anni, l'adozione del monitoraggio epidemiologico come strumento efficace ad orientare le scelte politiche e strategiche rivolte ai fenomeni connessi all'uso di sostanze, affinché siano fondate su evidenze con valore scientifico (compresa la valutazione di impatto) e non su posizioni ideologiche e morali.</p> <p>Una vasta documentazione in merito, nonché dati e pubblicazioni inerenti i macro indicatori individuati quali chiavi di lettura del fenomeno e una serie di documenti relativi ad aree tematiche specifiche, tra cui la prevenzione, sono reperibili sul sito dell'Osservatorio europeo: www.emcdda.eu.int.</p>
Trasversalità	<p>L'attività dell'Osservatorio regionale si fonda sul concetto di rete epidemiologica. Sono coinvolti nel processo gli operatori dei servizi socio-sanitari e di epidemiologia delle ASL, il personale della Direzione Salute e coesione sociale della Regione, il personale delle forze dell'ordine e delle Prefetture, l'Università di Perugia, l'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR. Ci si avvale inoltre di indagini in atto a diversi livelli (Indagini ISTAT, PASSI, ecc.).</p> <p>Il sistema presenta quindi, tra i suoi punti di forza, il notevole livello di intersettorialità.</p>
Attività principali	<p>Azioni relative ai singoli obiettivi specifici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costituire un gruppo di lavoro di livello regionale, intersettoriale, per il coordinamento delle attività; • adottare/rinnovare accordi di collaborazione e/o convenzioni per l'acquisizione di dati, flussi informativi, ricerche; • realizzare seminari, a cadenza annuale, per la presentazione del rapporto regionale annuale complessivo; • realizzare workshop di approfondimento, rivolti agli operatori dei servizi sociosanitari; • condividere, con i responsabili competenti per la sezione Open Data del portale della Regione, le finalità, i contenuti da inserire e le modalità di inserimento dei dati nella sezione stessa; • preparare i file ed inserirli nella sezione Open Data; • valutare la qualità dei flussi di dati attivati e verificare gli indicatori ancora da rilevare; • realizzare riunioni, linee guida ed altre iniziative per migliorare la qualità dei flussi informativi già attivati, • attivare ulteriori flussi di dati in merito ad indicatori non ancora rilevati; • aggiornare il rapporto regionale annuale complessivo;

	<ul style="list-style-type: none"> • pubblicare, con cadenza annuale, il rapporto regionale complessivo; • individuare, in base alle necessità emerse dal quadro regionale e alle priorità della programmazione, i temi specifici rispetto ai quali attivare analisi e ricerche; • pianificare e realizzare le attività di rilevazione ed analisi dei dati; • realizzare e pubblicare i relativi report.
Rischi e management	<p>I rischi per il completamento degli obiettivi possono derivare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dalla difficoltà di coinvolgere tutti gli operatori e i partner istituzionali utili a sostenere il processo di rilevazione; 2. dalla difficoltà di attuare indagini in relazione ai vincoli imposti dalle normative sul trattamento dei dati sensibili (in particolare, per la rilevazione dell'indicatore "consumo problematico di sostanze illegali"). <p>Il management dei rischi prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.a. la calendarizzazione di riunioni periodiche; 1.b. la stipula di accordi di collaborazione e/o convenzioni; 1.c. attività costanti di restituzione dei risultati delle indagini e contestuale valorizzazione del lavoro di rilevazione ed analisi dei dati 2.a. la formulazione di una proposta progettuale specifica inerente la rilevazione dell'indicatore di consumo problematico di sostanze illegali e la richiesta di parere al Garante della privacy al riguardo.
Sostenibilità	<p>L'Osservatorio è già attivo e si avvale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di professionalità della Direzione regionale Salute e coesione sociale, interne o in rapporto di collaborazione/convenzione; - del supporto di Servizi delle ASL (servizi per le dipendenze; servizi di epidemiologia); - della collaborazione della rete epidemiologica già attivata negli anni precedenti. <p>Il progetto riguarda l'estensione ed ottimizzazione delle attività, che pertanto alla luce dell'esperienza già realizzata sono da ritenersi sostenibili sia in termini di risorse umane ed economiche, che di tempi di realizzazione degli obiettivi.</p>

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.10.3 Mettere a disposizione i dati attraverso una piattaforma di consultazione informatizzata presso la sezione Open Data del portale della Regione Umbria.	6.10.3/1 Avvio area specifica presso la sezione Open data del sito della Regione Umbria	/	/	Area attivata e dati 2014 inseriti	Dati aggiornati	Dati aggiornati	Dati aggiornati
6.10.5 Realizzare report annuali inerenti il quadro epidemiologico regionale complessivo.	6.10.5/1 Pubblicazione Report annuale	/	/	Report pubblicato	Report pubblicato	report pubblicato	Report pubblicato

Cronogramma 6.10 - Osservatorio epidemiologico regionale sulle dipendenze

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.10.1 Valorizzare l'approccio intersettoriale già attivato, attraverso collaborazioni formali ed informali.																
6.10.1.1	Costituire un gruppo di lavoro di livello regionale, intersettoriale, per il coordinamento delle attività.	Regione, operatori ASL														
6.10.1.2	Adottare/rinnovare accordi di collaborazione e/o convenzioni per l'acquisizione di dati, flussi informativi, ricerche.	Regione														
6.10.2 Diffondere in maniera capillare i rapporti epidemiologici e le ricerche realizzate.																
6.10.2.1	Realizzare seminari, a cadenza annuale, per la presentazione del rapporto regionale annuale complessivo.	Regione, Villa Umbra														
6.10.2.2	Realizzare workshop di approfondimento, rivolti agli operatori dei servizi sociosanitari.	Regione, Gruppo di lavoro regionale														
6.10.3 Mettere a disposizione i dati attraverso una piattaforma di consultazione informatizzata presso la sezione Open Data del portale della Regione Umbria.																
6.10.3.1	Condividere, con i responsabili competenti per la sezione Open Data del portale della Regione, le finalità, i contenuti da inserire e le modalità di inserimento dei dati nella sezione stessa.	Regione														
6.10.3.2	Preparare i file ed inserirli nella sezione Open Data.	Gruppo di lavoro														
6.10.4 Migliorare la qualità delle rilevazioni																
6.10.4.1	Valutare la qualità dei flussi di dati attivati e verificare gli indicatori ancora da rilevare.	Gruppo di lavoro														
6.10.4.2	Realizzare riunioni, linee guida ed altre iniziative per migliorare la qualità dei flussi informativi già attivati.	Regione, Gruppo di lavoro														
6.10.4.3	Attivare ulteriori flussi di dati in merito ad indicatori non ancora rilevati.	Regione, Gruppo di lavoro														

6.10.5 Realizzare report annuali inerenti il quadro epidemiologico regionale complessivo.															
6.10.5.1	Aggiornare il rapporto regionale annuale complessivo.	Gruppo di lavoro													
6.10.5.2	Pubblicare, con cadenza annuale, il rapporto regionale complessivo.	Regione													
6.10.6 Realizzare report di approfondimento su temi specifici.															
6.10.6.1	Individuare, in base alle necessità emerse dal quadro regionale e alle priorità della programmazione, i temi specifici rispetto ai quali attivare analisi e ricerche	Regione, Gruppo di lavoro													
6.10.6.2	Pianificare e realizzare le attività di rilevazione ed analisi dei dati.	Gruppo di lavoro, fonti dati													
6.10.6.3	Realizzare e pubblicare i relativi report.	Regione, Gruppo di lavoro													

Progetto 6.11	Osservatorio Ambiente e Salute
Descrizione	<p>Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 è organizzato in 10 macroobiettivi da raggiungere attraverso la collaborazione tra istituzioni, quali il Ministero della Salute, i sistemi sanitari regionali, l'Istituto Superiore di Sanità e tutti i portatori di interesse presenti nella società. Tra questi vi è quello che prevede la necessità di “ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute”. In occasione della conferenza internazionale sull’ambiente e la salute che si è tenuta ad Haifa nell’aprile del 2015 è stato presentato dall’OMS l’ultimo rapporto sul costo economico degli effetti sulla salute dell’inquinamento atmosferico in Europa. Secondo questo rapporto in tutto il mondo i morti per inquinamento atmosferico sono almeno 7 milioni e se pure in Europa va meglio si calcola che siano almeno 600.000 le morti premature attribuibili a questo complesso determinante. Per quanto riguarda l’Italia il numero di morti premature è risultato nel 2010 di poco superiore a 32.400 con un costo complessivo veramente straordinario, in quanto pari a più di 95 miliardi di dollari l’anno corrispondente al 4,7% del PIL. Ridurre l’inquinamento atmosferico diventa quindi una priorità politica. Secondo l’ultimo rapporto sulla qualità dell’aria redatto da ARPA UMBRIA nel 2013 relativamente al particolato fine PM10, che viene controllato con stazioni fisse posizionate nelle principali aree urbane ed industriali della regione, per verificare la concentrazione media annua e il numero di superamenti della concentrazione media su 24 ore, la media annua risulta rispettata in tutte le stazioni, ma con situazioni più alte nella zona di Terni e Foligno. Nel caso del particolato fine PM 2,5 per tutte le stazioni i valori sono risultati sempre inferiori al limite, così come per il monossido di carbonio e per il biossido di zolfo.</p> <p>Nel 2013 è stato effettuato da parte di ARPA il monitoraggio operativo dei corpi idrici sotterranei umbri per i quali sono state riscontrate condizioni di rischio di mancato raggiungimento degli obiettivi di qualità ambientale. Su questi acquiferi, che peraltro sono utilizzati anche per l’approvvigionamento potabile per circa i 2/3 del fabbisogno regionale, viene confermata la contaminazione da nitrati che costituisce la criticità più diffusa per le acque sotterranee umbre, oramai riscontrata da anni e che ha portato alla definizione di aree vulnerabili da nitrati con apposito provvedimento regionale.</p> <p>Il monitoraggio dei prodotti fitosanitari, effettuato a primavera del 2013, non ha invece mostrato positività in nessuno dei corpi idrici monitorati.</p> <p>I risultati del monitoraggio dei microinquinanti organici conferma come la seconda criticità per le acque sotterranee umbre sia rappresentata dai solventi clorurati in particolare dal tetracloroetilene, che inquinano circa 100 Km² dei suddetti acquiferi. Un’ulteriore criticità è rappresentata da elevati tenori in ammonio rilevati localmente in alcuni corpi idrici dei complessi idrogeologici Alluvioni Vallive, Alluvioni delle depressioni quaternarie, e Acquiferi Locali, quasi sempre riconducibili alle condizioni redox della falda e per i quali è necessario procedere alla definizione del Valore di Fondo Naturale. In alcuni corpi idrici sono stati osservati indizi di contaminazione a carattere locale da metalli pesanti. In sintesi sulla base dei dati del monitoraggio operativo del 2013 dei 27 corpi idrici umbri per i quali sono state individuate condizioni di rischio di mancato raggiungimento degli obiettivi, 14 presentano stato chimico buono.</p> <p>Come in molte altre regioni italiane negli ultimi 10 anni però a questa importante attività di monitoraggio della qualità dell’ambiente a scala regionale esercitata da ARPA, e congiuntamente a quelle eseguite a scale di maggior dettaglio per la valutazione dell’inquinamento da radiazioni non ionizzanti e da rumore, dell’inquinamento del suolo non è corrisposta una formazione degli operatori del Servizio Sanitario (medici di sanità pubblica, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e tecnici della prevenzione) tale da dare un contributo adeguato nel sensibilizzare e informare la popolazione sulla relazione ambiente e salute. Più volte nel corso degli ultimi anni proprio i professionisti della sanità pubblica sono stati chiamati dalla popolazione a rispondere a quesiti pressanti rispetto agli effetti sullo stato di salute di alcune condizioni ambientali ritenute critiche (in prossimità di discariche per esempio) o di possibili contaminazioni della catena alimentare da parte di altri (vedi il caso delle diossine e metalli pesanti a Terni) non sempre con</p>

	<p>risultati soddisfacenti. D'altra parte, proprio l'aumento della sensibilità collettiva sulle tematiche ambientali, rende necessario da un lato aggiornare le conoscenze degli operatori sulle evidenze scientifiche sull'impatto dell'inquinamento ambientale (elaborati con modellistica sulla "potenziale" esposizione sulla popolazione residente attraverso mappe con isovalori, sulla salute, dall'altra approfondire tale tematica a livello locale, incrociando proprio i dati forniti da ARPA sul monitoraggio ambientale con quelli provenienti dai flussi amministrativi correnti (SDO e specialistica) e dal Registro Tumori Umbro di popolazione.</p> <p>Obiettivi specifici di questo progetto sono:</p> <p>6.11.1 costituire un vero e proprio Osservatorio Ambiente e Salute, alla quale concorreranno accanto ad ARPA, i servizi di Sanità Pubblica dei due Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL, il Registro Tumori Umbro di Popolazione, il Registro Tumori Animali esistente in Umbria su scala regionale come luogo nel quale trasformare i dati complessi prodotti dalle singole istituzioni in informazioni sintetiche disponibili per professionisti e popolazione.</p> <p>6.11.2 sviluppare percorsi formativi per i MMG e i PLS oltre che per gli operatori di sanità pubblica volti a migliorare le conoscenze di tali operatori in generale sul tema salute-ambiente e più nello specifico su tematiche ambientali di interesse per la regione</p> <p>6.11.3 contribuire alla produzione di rapporti sintetici e integrati da inserire nella specifica piattaforma. Per la costruzione di tale supporto si veda il progetto inserito in <i>Comunicare</i></p>
Gruppo prioritario	Popolazione umbra
Setting	Il territorio umbro
Gruppi di interesse	La Regione, ARPA, IZS UM, Registro Tumori Umbro di popolazione, Associazioni ambientaliste, Comitati di Cittadini, operatori sanitari, MMG e PLS
Trasversalità	Il progetto, come viene rappresentato più sopra, è per definizione un progetto che vedrà il lavoro integrato di più istituzioni
Attività principali	Le attività principali del presente progetto si esplicheranno, come si può desumere dal programma nella costruzione di un vero e proprio osservatorio "ambiente-salute" e nella messa a punto di percorsi formativi per operatori sanitari
Rischi e management	L'attività dell'osservatorio è assolutamente innovativa quindi il rischio sta nella difficoltà a produrre rapporti integrati
Sostenibilità	La Direzione Salute e coesione sociale sosterrà gli studi di impatto che dovessero rivelarsi necessari

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.11.1 Costituire un vero e proprio Osservatorio Ambiente e Salute, alla quale concorreranno accanto ad ARPA, i servizi di Sanità Pubblica dei due Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL, il Registro Tumori Umbro di Popolazione, il Registro Tumori Animali esistente in Umbria su scala regionale come luogo nel quale trasformare i dati complessi prodotti dalle singole istituzioni in informazioni sintetiche disponibili per professionisti e popolazione.	6.11.1/1 Protocollo di intesa siglato	/	/	Protocollo di intesa siglato	/	/	/

Cronogramma 6.11 - Osservatorio Ambiente e Salute

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.11.1 Costituire l'Osservatorio Ambiente e Salute, come luogo nel quale trasformare i dati complessi prodotti dalle singole istituzioni in informazioni sintetiche disponibili per professionisti e popolazione.																
6.11.1	Sigliare protocollo d'intesa fra le varie istituzioni finalizzato alla attivazione dell'osservatorio ambiente e salute	Regione, AAzz.USL, ARPA, Università PG (Dip. Med. sperimentale, Dip. Med. veterinaria) IZS, etc.														
6.11.2	Definire il regolamento e le procedure di funzionamento dell'OAS	Regione, AAzz.USL, ARPA, Università PG (Dip. Med. sperimentale, Dip. Med. veterinaria) IZS, etc.														
6.11.3	Predisporre e condividere il format di presentazione dati [informazioni sintetiche]	Regione, AAzz.USL, ARPA, Università PG (Dip. Med. sperimentale, Dip. Med. veterinaria) IZS, etc.														
6.11.4	Validare format e compilare il medesimo con dati 2012/2013/2014	Regione, AAzz.USL, ARPA, Università PG (Dip. Med. sperimentale, Dip. Med. veterinaria) IZS, etc.														
6.11.5	Eseguire ricognizione retrospettiva e sistematica degli esposti ed eventuali ipotesi di correlazione	Aziende USL, ARPA														
6.11.6	Condividere rapporti ordinari dei singoli Enti	Regione, AAzz.USL, ARPA, Università PG (Dip. Med. sperimentale, Dip. Med. veterinaria) IZS, etc.														
6.11.7	Mettere a punto il format (e metodologia) per la produzione di rapporti condivisi	Regione, AAzz.USL, ARPA, Università PG (Dip. Med. sperimentale, Dip. Med. veterinaria) IZS, etc.														

6.11.1.8	Identificare tematiche prioritarie per la produzione dei rapporti	Regione, AAzz.USL, ARPA, Università PG (Dip. Med. sperimentale, Dip. Med. veterinaria) IZS, etc.																
6.11.1.9	Produrre rapporti condivisi sugli effetti sulla salute dei principali inquinanti	Regione, AAzz.USL, ARPA, Università PG (Dip. Med. sperimentale, Dip. Med. veterinaria) IZS, etc																
6.13.2 Sviluppare percorsi formativi per i MMG e i PLS oltre che per gli operatori di sanità pubblica volti a migliorare le conoscenze di tali operatori in generale sul tema salute-ambiente e più nello specifico su tematiche ambientali di interesse per la regione																		
6.11.2.1	Costruire pacchetto formativo diversificato per le diverse professionalità	Regione, AAzz.USL, ARPA, Università PG																
6.11.2.2	Realizzazione delle iniziative formative	Regione																

Progetto 6.12	Sistema informativo degli screening per la valutazione di qualità
Descrizione	<p>Fin dalla fase di attivazione dei programmi di screening tutte le aziende sanitarie si sono dotate di un software per la gestione dei programmi che, nel periodo 2007-2008, è stato convertito in un software unico per l'intera regione; tale software gestisce attualmente tutti e tre i programmi di screening e viene utilizzato anche a livello regionale per il monitoraggio e la valutazione epidemiologica.</p> <p>Il software Demetra utilizza l'anagrafe unica regionale degli assistibili e si interfaccia con il software che gestisce il RIS (Sistema Informativo delle Radiologie), sul quale refertano i radiologi senologi, e con il software Athena che gestisce i dati delle anatomie patologiche.</p> <p>La valutazione dei programmi di screening è stata finora effettuata a livello regionale utilizzando gli indicatori definiti dai gruppi nazionali GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico), GISCor (Gruppo Italiano Screening Coloretale) e GISCi (Gruppo Italiano Screening Citologico), che hanno consentito da un lato di rispondere al debito informativo nei confronti dell'Osservatorio Nazionale Screening e dall'altro di tenere sotto controllo i processi principali.</p> <p>Tuttavia, la valutazione di qualità dei programmi, intesa come valutazione di processo e di esito, non è sempre facile né affidabile per una serie di criticità che riguardano i flussi informativi.</p> <p>Il modello organizzativo proposto dalla DGR 366/2013, basandosi sul rafforzamento delle funzioni regionali di programmazione e valutazione, aveva già previsto il consolidamento del sistema di monitoraggio degli screening attraverso l'ottimizzazione del software Demetra e degli altri sistemi informatici per la gestione delle informazioni provenienti dal I, II e III livello e la promozione della valutazione di esito attraverso il consolidamento della collaborazione con il Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP).</p> <p>Pertanto una delle priorità è quella di lavorare sulle interfacce con gli altri software: i dati del software del RIS non passano sempre in maniera corretta in Demetra e l'interfaccia con Athena funziona solo per le lesioni del colon retto, per le quali è stata condivisa una checklist di refertazione con i dati utili per lo screening, mentre non è ancora attiva per le lesioni della mammella e per le lesioni della cervice uterina.</p> <p>Per lo screening coloretale circa il 45% dei dati relativi alle colonscopie di approfondimento sono recuperati attraverso il linkage con il flusso delle prestazioni della specialistica ambulatoriale, in quanto solo una parte degli endoscopisti che operano nello screening sono disposti ad inserire i dati relativi alle colonscopie in Demetra e quindi ad effettuare, di fatto, due volte la refertazione.</p> <p>Per risolvere tale criticità è stato proposto alle Aziende Sanitarie di adottare un software unico per la gestione delle endoscopie che si interfacci con Demetra e permetta il recupero di tutti i dati utili alla valutazione epidemiologica, comprese le indicazioni per il follow up.</p> <p>Al lavoro necessario per il recupero dei dati del secondo livello si dovrà affiancare il lavoro finalizzato al corretto utilizzo e alla manutenzione ordinaria del software gestionale anche per assicurare maggiore qualità alla pianificazione delle chiamate. In particolare, nella nostra regione sembra esistere un problema di raggiungimento di alcune fasce della popolazione con una percentuale di inviti inesitati più alta tra i migranti che tra gli italiani.</p> <p>Con il progetto, pertanto, si intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.12.1 migliorare la pianificazione e la gestione operativa del primo livello; 6.12.2 adeguare il software Demetra rispetto ai nuovi protocolli e ai percorsi; 6.12.3 migliorare la qualità dei dati (intesa come completezza, concordanza, etc.) per la valutazione di processo; 6.12.4 mettere a regime la valutazione di esito tramite i dati del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP).
Gruppo prioritario	La popolazione umbra target degli screening oncologici
Setting	Le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere della regione

Gruppi di interesse	La popolazione umbra target degli screening oncologici; gli operatori che lavorano negli screening
Misure per le disuguaglianze	Il lavoro di "pulizia" delle anagrafiche comunali permetterà di raggiungere alcune fasce di donne non altrimenti reperibili
Attività principali	<p>Le attività principali saranno pertanto rappresentate da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'analisi e il recupero degli inviti inesitati e l'acquisizione dei dati provenienti dai flussi delle prestazioni ambulatoriali, riguardanti le colonscopie e le mammografie non di screening, per migliorare la gestione delle chiamate ed evitare inviti per prestazioni già erogate; • il recupero dei dati relativi al secondo livello (caratteristiche degli approfondimenti e delle lesioni identificate) attraverso lo sviluppo delle interfacce esistenti e l'adozione di un software unico per le endoscopie digestive; • l'implementazione di Demetra per la registrazione del rischio eredo-familiare, del risultato della valutazione del rischio e del risultato del test genetico e modifica del software che gestisce il RIS per aggiungere l'informazione sul punteggio di rischio; • l'integrazione di Demetra con la procedura di prenotazione del CUP allo scopo di riservare delle date di appuntamento per l'esecuzione della colonscopia di approfondimento per il paziente risultato positivo al FOBT.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.12.1 Migliorare la pianificazione e la gestione operativa del primo livello	6.12.1/1 Flussi della specialistica ambulatoriale relativi alle colonscopie e mammografie non di screening importate in Demetra	/	/	/	Flussi importati in Demetra	/	/
6.12.2 Adeguare il software Demetra rispetto ai nuovi protocolli e ai percorsi	6.12.2/1 Procedura automatizzata per prenotazione colonscopie	/	/	/	Procedura attivata	/	/
	6.12.2/2 Scheda per prima valutazione del rischio	/	/	/	Scheda attiva	/	/
6.12.4 Implementare la valutazione di esito (RTUP)	6.12.4/1 Valutazione di esito	/	/	/	/	/	Valutazione di esito effettuata

Cronogramma 6.12 - Sistema informativo degli screening per la valutazione di qualità

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.12.1 Migliorare la pianificazione e la gestione operativa del primo livello																
6.12.1.1	Rivedere le funzioni gestionali di base del software Demetra	Servizio Prevenzione/ software house /responsabili aziendali screening														
6.12.1.2	Verifica delle anomalie anagrafiche e recupero degli inviti inesitati, soprattutto per la popolazione migrante	Servizio Prevenzione / software house / responsabili aziendali screening														
6.12.1.3	Importare in Demetra i dati dei flussi di specialistica ambulatoriali relativi alle colonscopie e alle mammografie non di screening	Servizio Prevenzione / software house / CUP / responsabili aziendali screening														
6.12.1.4	Definire modalità e criteri per l'importazione in Demetra dei dati su vaccinate anti-HPV	Servizio Prevenzione/ software house /responsabili aziendali screening														
6.12.2 Adeguare il software Demetra rispetto ai nuovi protocolli e ai percorsi																
6.12.2.1	Attivare procedura automatizzata CUP per le colonscopie di approfondimento e di follow up	Aziende Sanitarie / software house														
6.12.2.2	Adeguare software Demetra ai protocolli e alle checklist individuati	Aziende Sanitarie/ software house														
6.12.2.3	Implementare software Demetra rispetto a quanto individuato nel percorso per la valutazione rischio eredo familiare per carcinoma della mammella	Aziende Sanitarie / software house														
6.12.2.4	Attivare l'invito a follow-up dal software Demetra	Aziende Sanitarie/ software house														
6.12.3 Migliorare la qualità dei dati per la valutazione di																

processo																
6.12.3.1	Implementare interfaccia Demetra-RIS (analisi e correzione criticità)	Gruppo di Progetto /software houses/Regione (Servizio Prevenzione)														
6.12.3.2	Attivare l'interfaccia Demetra-Athena per il passaggio dei dati riguardanti la diagnosi istologica per carcinoma della mammella e carcinoma della cervice uterina	Aziende Sanitarie/ software house														
6.12.3.3	Definire requisiti del software delle endoscopie rispetto all'interfaccia con Demetra	Gruppo di progetto / Regione(Servizio Prevenzione)/ software houses														
6.12.4 Implementare la valutazione di esito (RTUP)																
6.12.4.1	Produrre documento con criteri e modalità per la valutazione di esito	RTUP/Regione Servizio Prevenzione /responsabili aziendali screening														
6.12.4.2	Implementare Demetra con le funzionalità necessarie per la valutazione di esito	Aziende Sanitarie / software house														
6.12.4.3	Effettuare la valutazione di esito	Registro Tumori														

Progetto 6.13	SIVA: da strumento di gestione per i Servizi che si occupano di sicurezza alimentare e sanità animale ad interfaccia per il cittadino
Descrizione	<p>SIVA (Sistema Informativo Veterinaria Alimenti) nasce nel 1999 dalla necessità di gestire l’anagrafe bovina e canina, ma nel corso degli anni, per rispondere alle esigenze, sempre più pressanti dei diversi utenti, quali AASSLL, Regione, Veterinari libero professionisti, ecc., è stato interessato da una serie di sviluppi, di modifiche ed adattamenti. Funzionalmente SIVA permette la gestione della maggior parte delle attività svolte dai Servizi Veterinari e dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL e della Regione, garantendo le attività di verifica, controllo e programmazione delle attività ai vari livelli decisionali. Anche grazie alla presenza dell’anagrafe canina, così come del Registro tumori animale, ormai rappresenta un punto di riferimento imprescindibile per gli operatori dei Servizi delle AASSLL nonché per i veterinari libero professionisti, operatori dell’IZSUM e del Dipartimento di Veterinaria, di operatori di canili, Comuni, ma anche per le forze dell’ordine come il Corpo Forestale dello Stato, N.A.S. ecc. Il lavoro di adeguamento e sviluppo al quale il sistema informativo è stato sottoposto nel corso degli ultimi anni è avvenuto seguendo diverse direttrici. Sostanzioso è stato anche lo sviluppo della cooperazione applicativa, fin qui realizzate, tra i sistemi informativi di diverse amministrazioni con la Banca Dati Nazionale Zootecnica (BDN) relativamente agli allevamenti zootecnici, con il SIGLA (IZSUM) per la preaccettazione dei campioni della sanità animale, con il SIAN (Sistema Informativo dell’Agricoltura) acquisendo in SIVA tutta l’anagrafica dei produttori primari regionali. Così pure importante è stato anche il lavoro di allineamento e standardizzazione della registrazione delle attività, da parte dei Servizi, che hanno operato in SIVA dopo aver messo a punto specifiche linee guida. Lavoro che, da un lato, è propedeutico ad una “ripulitura” delle anagrafiche presenti in SIVA, dall’altro è finalizzato a garantire la necessità della Regione di far fronte alla richiesta di flussi informativi da parte del Ministero della Salute. In questo contesto si inserisce l’importante lavoro di acquisizione in SIVA della Master list, adottata dal Ministero della Salute come nuova classificazione delle imprese alimentari registrate e riconosciute (Reg CE 852/04), in sostituzione della precedente, basata sui codici ATECO delle imprese alimentari, e che è andata costituire l’anagrafe regionale.</p> <p>Nel corso dei prossimi tre anni si intende, quindi, potenziare ulteriormente lo strumento per raggiungere i seguenti obiettivi:</p> <p>6.13.1 Informatizzare alcuni processi decisionali e autorizzativi con particolare attenzione alla dematerializzazione</p> <p>Si intende consentire agli operatori alimentari, allevatori, proprietari di cani, ecc. di operare, direttamente attraverso l’accesso in SIVA, riducendo al minimo tempi e costi. In tal modo si garantirebbe molto la tracciabilità e la digitalizzazione di tutte le attività gestite attraverso il Sistema, a vantaggio di trasparenza ed efficienza.</p> <p>Il progetto si propone di sviluppare almeno tre importanti processi organizzativi, di seguito elencati, gestendoli in modo informatizzato e provvedendo alla loro dematerializzazione documentale.</p> <p>I processi individuati sono i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gestione delle Denunce di Inizio Attività (DIA) 2) Gestione delle certificazioni richieste per tutti gli animali da affezione, in particolare per i cani. 3) Gestione delle richieste di spostamenti di animali dall’allevamento al macello. <p>Una volta implementati tali processi, si procederà alla valutazione dei benefici e delle efficienze effettivamente ottenute che determineranno l’applicazione, della medesima metodologia, a tutta l’attività dei Servizi con modalità e tempistiche da definire al momento.</p> <p>6.13.2 Sviluppare ulteriormente la cooperazione applicativa tra SIVA e sistemi esterni quali quelli del Ministero della Salute e dell’IZSUM.</p> <p>L’obiettivo primario che si vuole perseguire nell’ambito di questo sottoprogetto è quello di rivedere l’attuale architettura di cooperazione applicativa, al fine di migliorarne l’affidabilità e l’efficacia riducendo i costi di manutenzione e sviluppo.</p> <p>Il sistema SIVA attuale è integrato principalmente con la banca dati nazionale (BDN) da cui attinge le</p>

anagrafiche delle aziende zootecniche, in modalità asincrona e con il sistema SIGLA dell'IZSUM con il quale vengono gestite le attività di profilassi e prelievi sugli animali attraverso uno scambio reciproco di informazioni (SIVA invia in preaccettazione le richieste di esami e IZSUM restituisce i risultati).

Per entrambe le realtà cooperative si intende sviluppare miglioramenti sia dal punto di vista funzionale che tecnologico così come di seguito brevemente descritto.

Cooperazione applicativa con BDN

La BDN è nata originariamente per soddisfare la necessità di costituire l'anagrafe bovina informatizzata a seguito dell'emergenza BSE. Le successive disposizioni normative e regolamentari hanno esteso progressivamente tale anagrafe al fine di coprire diverse specie animali e tracciare l'intera filiera alimentare, tutto a includere anche informazioni sui rischi epidemiologici-infettivi, con conseguente evoluzione funzionale della banca dati nazionale (BDN) gestita dal CSN (Centro Servizi Nazionale presso l'IZS Abruzzo e Molise "G. Caporale" che cura la BDN ed i relativi applicativi web). Di seguito ci si riferisce a BDN come l'insieme dei sistemi informativi messi a disposizione dal Ministero.

Parallelamente SIVA ha sviluppato e continua a sviluppare, una serie di procedure complesse per la gestione delle attività dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione che inevitabilmente si sovrappongono a quelle messe a disposizione dal sistema ministeriale, con grande impegno di risorse per apportare modifiche alle funzionalità già implementate e svilupparne di nuove in base all'evoluzione della normativa.

Proprio per la volontà di conciliare l'investimento fin qui realizzato con la necessità di adempiere ai debiti informativi, nei confronti del Ministero, resi sempre più pressanti dai vincoli normativi (LEA) e la previsione di implementare nuove funzionalità in ragione di evoluzioni previste al livello centrale, deve far prendere in considerazione la opportunità di prevedere una evoluzione strategica del modello architetturale di SIVA, finalizzato ad un modello di cooperazione applicativa con la BDN, che abbia delle caratteristiche di disaccoppiamento tra i due sistemi e basato su comunicazioni asincrone.

In particolare la nuova architettura dovrebbe avere le seguenti caratteristiche/requisiti:

1. Permettere all'utente di utilizzare alcune funzionalità interagendo direttamente con il portale della BDN attraverso un sistema di autenticazione federata;
2. Avere comunque una base dati regionale (BDR) completa, ovvero che contenga tutti i dati di interesse della Regione Umbria, indipendentemente dal fatto che le funzionalità ed i servizi che li producono siano erogati dal SIVA (secondo il modello attuale) o dalla BDN;
3. Prevedere quindi lo scambio dei dati tra BDR e BDN in modalità disaccoppiata ed asincrona al fine di realizzare una convalida ed un riallineamento dei dati di propria competenza e interesse;

In pratica si tratterebbe di affiancare, e non sostituire, alle funzionalità attualmente disponibili in SIVA le nuove funzionalità o meglio le modalità di erogazione e d'integrazione dei servizi di BDN con front-end reso disponibile direttamente dal CSN, ma integrato nel SIVA attraverso il sistema di autenticazione federata.

Questo tipo di approccio ha il vantaggio che, almeno per le funzionalità erogate direttamente tramite il front-end della BDN, non occorre svolgere attività di manutenzione, né attività di sviluppo del software che implementa tali funzionalità, per lo meno dal lato presentazione dati, o il front-end cioè dal punto di vista dell'interfaccia utente: l'evoluzione funzionale lato utente generico (il veterinario deputato all'inserimento dei dati tipici degli eventi vita degli animali, ecc.) sarebbe garantita in questi casi direttamente dal CSN.

In questo modo sembrerebbe venir meno la necessità e l'utilità della banca dati regionale in quanto tale; in realtà l'altro obiettivo che si vuole perseguire con questo tipo di operazione, è quello di spostare il focus sui dati, che in questo ambito rivestono un ruolo ed un'importanza molto più rilevante ai fini della gestione del territorio e degli aspetti decisionali legati alla sicurezza alimentare ed alla Sanità pubblica veterinaria, rispetto alle modalità operative con cui la banca dati viene

alimentata.

In pratica quello che si vuole ottenere è una banca dati regionale completa e se possibile estesa per raccogliere tutti i dati d'interesse e provenienti da fonti diverse tra cui la BDN, l'IZS Umbria e Marche, il Ministero della Salute ed altri sistemi/applicativi di interesse locale.

Un altro aspetto che bisogna tenere in considerazione è quello legato alla validazione del dato inserito; l'attuale SIVA svolge un ruolo di validazione a livello locale che viene effettuata prima di inviare i dati alla BDN. Questo tipo di controllo verrebbe meno nel caso i servizi di immissione dati fossero erogati direttamente nella BDN. Occorre quindi prevedere, se possibile, a valle del caricamento dei dati in BDN da parte degli operatori, una successiva validazione da parte del livello regionale sulla BDN.

Tra le criticità rimane in ogni caso quella introdotta dalla fase di convalida/conferma dei dati inseriti direttamente in BDN, questa fase richiederà infatti una progettazione ed una implementazione di procedure ad hoc da parte del CSN.

Cooperazione applicativa con IZSUM

Per quanto riguarda le modalità di cooperazione applicativa già implementate nei confronti del sistema informativo dell'IZSUM, sono da ritenersi valide e collaudate. Per questo l'attività del progetto sarà indirizzata al consolidamento delle procedure di preaccettazione e recupero dei risultati e soprattutto all'estensione delle medesime ai prelievi di alimenti e a tutti gli altri tipi di campionamenti gestiti da SIVA.

6.13.3 Reingegnerizzare il datawarehouse, al fine di ottenere un 'cruscotto' decisionale, per la realizzazione di report di verifica e controllo, utilizzabile per la programmazione

L'obiettivo che si vuole perseguire nell'ambito di questo progetto è la costituzione di un datawarehouse (DWH) regionale che permetta la consultazione e l'analisi dei dati raccolti a vari livelli al fine di fornire un valore aggiunto in termini di capacità di verifica, controllo e programmazione.

Il DWH regionale infatti, oltre ai dati di dettaglio nudi e crudi, fornisce un insieme di strumenti che permettono di analizzare i dati con diversi livelli di aggregazione e permette quindi di conoscere l'andamento dei fenomeni legati alla sicurezza alimentare ed alla sanità animale a supporto delle decisioni che, in questo ambito, gli operatori, soprattutto a livello direzionale, sono chiamati a prendere quotidianamente.

Il sistema attuale si basa su una componente tecnologica ormai obsoleta che non ne permette l'evoluzione desiderata e ne mette a rischio nell'immediato futuro il corretto funzionamento dato che potrebbe non essere più compatibile con le nuove evoluzioni tecnologiche delle infrastrutture di base che ne permettono l'utilizzo (sistema operativo, browser ecc.).

Nella condizione di dover reingegnerizzare completamente l'attuale procedura è quindi importante capire come costituire il nuovo database analitico (BD) del DWH regionale al fine di rendere efficiente ed efficace l'attività di analisi e l'utilizzo degli strumenti.

È auspicabile che la base dati del DWH sia separata dalla base dati del SIVA pur facendone parte integrante sia per ragioni di efficienza sia perché:

- la BD del DWH deve contenere dati integrati, cioè provenienti da fonti diverse sia strutturate che non strutturate; ad esempio in essa verranno integrati dati prodotti direttamente dal SIVA, dati provenienti dalla BDN, dati provenienti dal Ministero, dall'IZS Marche/Umbria o prodotti con altri sistemi o applicazioni di Office Automation;
- la BD del DWH ha una caratteristica di staticità, ovvero non viene popolata direttamente dagli utenti tramite le applicazioni, ma i dati sono importati ad intervalli regolari con strumenti e procedure dedicate (ETL) attraverso una fase di pre-processing in cui le informazioni vengono estratte dalle fonti originarie e dopo un processo di armonizzazione vengono inserite nel DWH; nella BD del DWH i dati sono organizzati in modo diverso rispetto a quella su cui si appoggia il SIVA, per facilitarne l'analisi ed il recupero (OLAP), ovvero interrogazioni complesse con funzioni statistiche e quindi:

- sono de-normalizzati: la ridondanza in questi casi facilita l'efficienza delle interrogazioni e non

- inficia la consistenza dei dati essendo questi statici;
- sono multidimensionali: per effettuare l'analisi multidimensionali, ovvero per analizzare i dati da punti di vista, assi diversi;
- non necessitano dell'integrità referenziale e dei vincoli d'integrità, cioè regole che servono per rendere valide le associazioni tra le tabelle e per eliminare gli errori in inserimento, cancellazione, o modifica dei dati collegati tra loro;
- hanno una dimensione storica in quanto le analisi necessitano di un orizzonte temporale il più ampio possibile, mentre i sistemi gestionali possono lavorare su una fotografia attuale di breve durata;
- sono organizzati per aree di interesse Datamart anche questo rivolto a soggetti specifici;
- sono aggregati in modo da facilitare le interrogazioni utilizzando opportune gerarchie e la navigazione interattiva (dettaglio, aggregato);

Strumenti utilizzati

Per l'implementazione del DWH e la realizzazione di questo sottoprogetto si propone di utilizzare strumenti *open source* affermati e di larga diffusione, che hanno il vantaggio di non richiedere costi aggiuntivi di licenza, permettendo di concentrare gli investimenti sulla realizzazione delle funzionalità desiderate.

Si intende quindi utilizzare la suite di prodotti open source **SpagoBI** che offre un insieme di moduli e strumenti analitici molto completo che copre ampiamente tutte le necessità di BI.

Per la reportistica verrà utilizzato il motore **JasperReport** che consente di realizzare reports strutturati che permettono di visualizzare l'informazione sotto varie forme (ad esempio: come lista, tabella, crosstab, grafico), e che consente l'esportazione multiformato (HTML, PDF, XLS, XML, TXT, CSV, RTF).

Per l'analisi multidimensionale verrà utilizzato il motore OLAP **Mondrian** ed i relativi componenti di visualizzazione che permettono all'utente, anche in ambiente web tramite il browser, di esaminare i dati a diversi livelli di dettaglio.

Il motore **KPI** può inoltre essere utilizzato per gestire e visualizzare ad esempio cruscotti di allerta epidemiologica degli animali basati su regole di calcolo, soglie e politiche di allarme.

In sostanza, reingegnerizzare il cruscotto decisionale di SIVA offre all'utente, qualunque sia il suo livello decisionale, uno strumento funzionale, facilmente modulabile sulla base dei diversi contesti, permettendo di consultare sia i dati residenti in SIVA e frutto dell'inserimento diretto nel sistema da parte degli operatori, sia dalla cooperazione applicativa con gli altri sistemi informativi. Notevoli saranno i benefici, rispetto alla versione attualmente in uso:

- maggiore livello di dettaglio (dati anagrafici, dell'impresa, dell'attività di controllo, degli esiti, ecc.);
- possibilità di elaborazioni grafiche (tabelle, grafici, ecc.) o esportazione in formati diversi (HTML, PDF, XML, ecc.);
- possibilità di approfondire il livello di dettaglio, a partire dai dati estratti, ecc.;
- possibilità di gestire direttamente la programmazione dell'attività.

6.13.4 Acquisire nuove fonti anagrafiche e migliorare la qualità del dato per le fonti anagrafiche già disponibili

Le banche dati anagrafiche attualmente disponibili in SIVA sono:

- persone: dati anagrafici di soggetti persone fisiche e giuridiche;
- produttori primari;
- aziende zootecniche: specie bovini, ovicaprini, avicoli, suini, altre;
- animali d'affezione;
- imprese alimentari;
- imprese IAPZ;
- mezzi: dati riguardanti i mezzi di trasporto censiti per attività produttive di interesse;
- altre strutture.

Il problema di tali anagrafi è che hanno modalità di aggiornamento eterogenee, che comportano

bassa qualità del dato legata alla mancata comunicazione della modifica o del termine di validità di ciò che è stato registrato manualmente.

Con l'intento di risolvere questa problematica si è già avviato, per alcune anagrafi, un processo di collegamento a fonti dati esterne al fine di permettere un aggiornamento/correzione delle informazioni inserite volto al miglioramento della qualità del dato.

Le anagrafi interessate in particolare sono:

- Anagrafi zootecniche alimentate a partire dalla BDN,
- Anagrafe Produttori primari alimentata dalla banca dati SIAN.

Scopo del sottoprogetto è di estendere questa modalità di verifica e miglioramento del dato a tutte le anagrafi per cui questo sia possibile.

In particolare si propone di realizzare le seguenti integrazioni:

- con l'Anagrafe Regionale degli Assistiti per quanto riguarda i dati relativi alle persone fisiche residenti nella Regione,
- con la banca dati della Camera di Commercio per quanto riguarda i dati relativi alle attività produttive (imprese alimentari, imprese IAPZ, altre strutture).

6.13.5 Monitorare il consumo dei farmaci veterinari

A tal fine si prevede di realizzare un sistema informativo che permetta la registrazione di farmaci prescritti e utilizzati in medicina veterinaria, monitorandone il processo di utilizzo dal momento della prescrizione da parte del veterinario, al momento della somministrazione all'animale, garantendo quindi la tracciabilità nelle varie fasi del processo.

La finalità ultima del progetto è quindi quella di consentire un controllo su tale processo, con l'obiettivo di ottenere la appropriatezza nel consumo di farmaci e in particolare evitare fenomeni correlati quali l'antibiotico-resistenza.

Si intende, quindi, sviluppare un sistema informativo che metta a disposizione dei vari soggetti coinvolti (veterinari, grossisti / distributori di prodotti farmaceutici, allevatori) strumenti per l'inserimento e la gestione dei dati di propria competenza.

In modo molto schematico si riporta il flusso operativo previsto che sarà analizzato in dettaglio al momento della realizzazione del progetto:

1. Il veterinario, collegandosi al sistema, redige la ricetta farmaceutica.
2. Il sistema, una volta registrata la stessa, restituisce un codice univoco di identificazione, che il veterinario comunica al soggetto richiedente.
3. Il soggetto che ha richiesto la ricetta si reca quindi dal grossista / distributore dei farmaci e fornendo il codice univoco, richiede i farmaci.
4. Il grossista / distributore recupera dal sistema la ricetta precedentemente predisposta e registra i farmaci consegnati al richiedente.
5. L'allevatore registra nel sistema i farmaci somministrati per singolo capo (bovini, equini) o per kilogrammo di carne (suini, ovicaprini).

Il sistema sarà integrato con tutte le banche dati che da cui è possibile reperire informazioni utili (Farmadati, anagrafica persone, imprese zootecniche, ecc.).

Il sistema metterà a disposizione degli attori del processo tutti gli strumenti necessari alla gestione della propria attività e in particolare per i Servizi di Prevenzione ed il Centro di Farmacosorveglianza Regionale le funzionalità di monitoraggio e controllo.

6.13.6 Gestire i sospetti di avvelenamento animale

Il fenomeno dei bocconi avvelenati è tanto grave e diffuso quanto poco considerato e conosciuto. Si tratta di una pratica crudele con cui si provoca la morte di un animale tramite l'ingestione di un'esca (come una polpetta avvelenata).

Benché i dati noti siano scarsi, si può stimare che il fenomeno ogni anno coinvolga, da una parte all'altra d'Italia, migliaia di animali selvatici, randagi e domestici.

In Italia, la detenzione e l'abbandono di bocconi avvelenati (comprese esche con metalli, vetri o plastiche) è un reato previsto dal Codice Penale.

I motivi che spingono all'uso dei bocconi avvelenati sono diversi. Nei centri abitati vengono usati

contro cani o gatti randagi e non, piccioni o altri animali liberi, perché considerati fastidiosi o pericolosi, oppure per dissidi o semplice intolleranza per gli animali. Anche la ricerca dei tartufi o la caccia, non fanno eccezione a questa regola, basti considerare gli avvelenamenti denunciati in prossimità delle aree di ripopolamento e cattura e nei pressi delle aziende faunistico-venatorie e rivolti ai predatori selvatici quali volpi, faine o donnole, ma anche cani vaganti e altri animali come lupi, orsi, ecc.

La pratica dei bocconi avvelenati in ambiente extraurbano ha inoltre gravi conseguenze anche a distanza di tempo, poiché il veleno rimane molto a lungo nei tessuti delle vittime, entrando così nella catena alimentare e stravolgendo l'equilibrio naturale, finendo per esplicitare l'azione tossica su predatori che sono all'apice della piramide alimentare. I veleni rilasciati nell'ambiente si disperdono anche nel suolo e nelle falde acquifere permanendo, in alcuni casi in natura per molto tempo.

Il problema dei bocconi avvelenati fatica ad emergere e ad essere considerato nella giusta misura dalle varie istituzioni sociali proprio perché, pur essendo un fenomeno molto diffuso e con un alto numero di vittime, i casi spesso non vengono segnalati. La denuncia e le informazioni fornite dai cittadini, inoltre, agevolano le autorità nella ricerca dei colpevoli e permettono di individuare le aree più a rischio. La denuncia deve contenere le prove dell'avvelenamento (allegando tutti i documenti veterinari) e può essere consegnata a qualsiasi organo di polizia.

I veterinari, in caso di sospetto avvelenamento, hanno l'obbligo di inoltrare una comunicazione a Sindaco e Asl e, in caso di decesso dell'animale, devono inviare il corpo e ogni altro campione utile all'Istituto Zooprofilattico, che ha l'obbligo di provvedere all'autopsia e alle analisi. In caso di avvelenamento confermato l'istituto zooprofilattico deve darne comunicazione anche all'autorità giudiziaria. I sindaci, anche in caso di sospetto avvelenamento, devono effettuare bonifiche e segnalare l'area interessata con opportuna cartellonistica.

Il sottoprogetto si propone pertanto la realizzazione di una procedura finalizzata alla segnalazione e gestione informatizzata dei sospetti casi di avvelenamento.

Riportiamo di seguito una breve descrizione del processo che sarà informatizzato.

- La segnalazione potrà essere inserita in SIVA da diversi soggetti:
 - dal veterinario privato,
 - dalla autorità di Pubblica Sicurezza,
 - dall'ASL.
- La procedura prevedrà l'inserimento di tutti i dati necessari e utili alla segnalazione: dati utili all'identificazione del segnalante, dell'animale o dell'esca e del luogo in cui si è verificato l'episodio. SIVA, una volta registrata la segnalazione, invia in automatico una notifica via mail di sospetto avvelenamento alle parti coinvolte: IZSUM, ASL, Sindaco, Autorità PS

Il soggetto che ha avviato la segnalazione, se richiesto l'esame anatomico-patologico o tossicologico, conferisce il campione (esca, carcassa, contenuto gastrico, ecc.) all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale. L'IZS ricevuto il conferimento, esegue gli esami e inserisce in SIVA il risultato degli stessi. In un secondo tempo potrebbe essere utile l'inserimento di ulteriori informazioni a completamento della segnalazione (disposizioni della Autorità Giudiziaria, documenti ecc.).

La finalità del progetto è quella di creare una banca dati consultabile da tutti i soggetti interessati permettendo, da un lato, di gestire l'emergenza attraverso l'attivazione, nel più breve tempo possibile, degli uffici preposti in modo da ottenere tutte le azioni necessarie ed opportune a contenere il pericolo segnalato, dall'altro di ottenere un'analisi dei dati storici in modo da collocare nel tempo e nello spazio, attraverso coordinate geografiche, i fenomeni rilevati con finalità di prevenzione.

Come ulteriore sviluppo si prevede la realizzazione di una app destinata ai possessori di animali d'affezione, per la ricezione in tempo reale delle segnalazioni di sospetto avvelenamento con indicazione della località di segnalazione e le coordinate geografiche.

6.13.7 Implementare un sistema Gis per l'analisi geografica dei dati

Il sottoprogetto si propone l'attribuzione a tutte le entità anagrafiche presenti in SIVA di coordinate geografiche per permettere la creazione di una banca dati geo referenziata che costituirà la base di

	<p>un sistema WebGis per l'analisi spaziale dei dati stessi.</p> <p>Il primo step di realizzazione consisterà nella normalizzazione delle informazioni geografiche a partire dai dati già registrati in SIVA per le diverse entità (Coordinate geografiche per le Aziende zootecniche, indirizzi stradali per tutte le altre anagrafiche).</p> <p>I dati trattati dal SIVA hanno tutte le caratteristiche per essere analizzati su mappe geografiche e/o tematiche sfruttando le attuali potenzialità WebGIS. Si pensi ad esempio agli allevamenti per i quali, oltre ad avere l'informazione sul comune di appartenenza sono disponibili nel SIVA anche le proprie coordinate geografiche. Tramite queste funzionalità sarà possibile analizzare direttamente su mappa la distribuzione della popolazione animale e seguirne l'evoluzione di eventuali focolai di malattie infettive ecc.</p> <p>Tutto ciò sarà utile anche per fornire informazioni alle diverse istituzioni nel caso di epidemie, siano esse infettive o di carattere ambientale.</p> <p>Per l'implementazione del sistema WebGIS e la realizzazione di questo sottoprogetto si propone di utilizzare, come già detto per i sistemi di DWH, strumenti open source affermati e di larga diffusione.</p> <p>In particolare come Application server i dati saranno interrogabili grazie a GeoServer - piattaforma Open Source per gestire i dati spaziali (GeoServer è conforme agli standard aperti previsti dall'Open GeoSpatial Consortium come Web Feature Service (WFS), Web Map Service (WMS), and Web Coverage Service (WCS)).</p> <p>Come componente di interfaccia utente sarà utilizzato OpenLayers - libreria di componenti SW per la creazione di mappe web.</p> <p>L'interazione con una mappa WebGIS per le interrogazioni, rende la consultazione dei dati di interesse immediata ed intuitiva.</p> <p>La distribuzione delle entità e degli eventianalizzati nel territorio, viene calcolata dinamicamente attraverso interrogazioni spaziali che operano in tempo reale sugli archivi SIVA.</p> <p>Gli utenti abilitati possono consultare gli archivi al massimo livello di dettaglio ed effettuare operazioni avanzate di analisi. E' possibile consultare ed esportare l'elenco delle entità presenti nell'intorno di un'area di interesse al fine, ad esempio, di valutazioni di impatto ambientale.</p>
Gruppo prioritario	Operatori dei Servizi di Prevenzione, Cittadini, IZSUM, Autorità PS, Comuni, Veterinari privati
Setting	Territorio regionale
Gruppi di interesse	Destinatari: Operatori dei Servizi di Prevenzione, Cittadini, IZSUM, Autorità PS, Comuni, Veterinari privati
Trasversalità	Il progetto va sviluppato con il coinvolgimento di diversi attori istituzionali che partecipano in base alle specifiche competenze in relazione al singolo sottoprogetto. Inoltre nella fase operativa dovranno essere coinvolti altri portatori di interesse in modo diretto e/o indiretto (Vedi gruppo di interesse).
Attività principali	Poiché il progetto è relativo allo sviluppo e al potenziamento di un software gestionale le attività sono sostanzialmente sovrapponibili, ragione per la quale si rimanda direttamente al cronogramma
Rischi e management	Il progetto coinvolge un elevato numero di soggetti, il che comporta una notevole complessità dello stesso. E' necessario un forte coinvolgimento di tutti gli attori chiamati in causa e di una altrettanto forte azione di coordinamento da parte della Regione Umbria
Sostenibilità	Lo sviluppo sarà sostenuto dalla Direzione Salute e Coesione sociale

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.13.1 Informatizzazione dei processi decisionali e autorizzativi con particolare attenzione alla dematerializzazione	Test e rilascio in esercizio	/	/	/	/	Prova di funzionalità	/
6.13.2 Ulteriore sviluppo della cooperazione applicativa tra SIVA e sistemi esterni	Test e rilascio in esercizio	/	/	/	/	/	Prova di funzionalità
6.13.3 Reingegnerizzazione del datawarehouse, 'Cruscotto' decisionale di SIVA, per la realizzazione dei report di verifica, controllo e programmazione	Test e rilascio in esercizio	/	/	/	/	Prova di funzionalità	/
6.13.4 Acquisizione di nuove fonti anagrafiche e miglioramento della qualità del dato per le fonti anagrafiche già disponibili	Realizzazione delle procedure di interfaccia per l'aggiornamento delle banche dati	/	/	/	/	Prova di funzionalità	/
6.13.5 Monitoraggio del consumo dei farmaci veterinari	Evento formativo di sensibilizzazione	/	/	/	Realizzazione e evento formativo	Realizzazione evento formativo	Realizzazione e evento formativo
6.13.6 Procedura di gestione dei sospetti casi di avvelenamento animale	Test, collaudo e avviamento	/	/	/	/	Prova di funzionalità	/
6.13.7 Implementazione di un sistema Gis per l'analisi geografica dei dati	Realizzazione delle interfacce di interrogazione per le differenti aree di interesse	/	/	/	Prova di funzionalità	/	/

Cronogramma 6.13 - SIVA: da strumento di gestione per i Servizi che si occupano di sicurezza alimentare e sanità animale ad interfaccia per il cittadino

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.13.1 Informatizzazione dei processi decisionali e autorizzativi con particolare attenzione alla dematerializzazione																
6.13.1.1	Analizzare con gruppi di lavoro i processi individuati da gestire	Regione Umbria Servizio Prevenzione			■	■	■									
6.13.1.2	Sviluppo software					■	■									
6.13.1.3	Test e rilascio in esercizio							■	■							
6.13.1.4	Formazione e avviamento	Regione Umbria Servizio Prevenzione									■					
6.13.1.5	Manutenzione											■	■	■	■	■
6.13.2 Ulteriore sviluppo della cooperazione applicativa tra SIVA e sistemi esterni (MinSan, IZSUM)																
6.13.2.1	Analizzare il modello dell'autenticazione federata	Regione Umbria Servizio Prevenzione	■	■												
6.13.2.2	Sviluppare il software per l'autenticazione fed.			■	■											
6.13.2.3	Test e rilascio in esercizio				■											
6.13.2.4	Analizzare le aree di interesse per le funzionalità obiettivo dell'integrazione	Regione Umbria Servizio Prevenzione				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6.13.2.5	Sviluppo software relativo a 2.4							■	■	■	■	■	■	■	■	■
6.13.2.6	Test e rilascio in esercizio 2.4														■	■
6.13.2.7	Formazione e avviamento	Regione Umbria Servizio Prevenzione													■	■
6.13.2.8	Manutenzione															■
6.13.3 Reingegnerizzazione del datawarehouse, 'Cruscotto' decisionale di SIVA, per la realizzazione dei report di verifica, controllo e programmazione																
6.13.3.1	Acquisire ed installare la piattaforma open source		■	■												
6.13.3.2	Analizzare e compiere una ricognizione dello stato attuale per decidere cosa va portato nel nuovo sistema e come va migliorato	Regione Umbria Servizio Prevenzione	■	■	■	■	■	■								

6.13.3.3	Sviluppare il software per la nuova piattaforma DWH - BI																	
6.13.3.4	Test e rilascio in esercizio																	
6.13.3.5	Formazione e avviamento	Regione Umbria Servizio Prevenzione																
6.13.3.6	Manutenzione																	
6.13.4 Acquisizione di nuove fonti anagrafiche e miglioramento della qualità del dato per le fonti anagrafiche già disponibili																		
6.13.4.1	Analizzare le fonti da interfacciare																	
6.13.4.2	Analizzare le procedure di interfaccia																	
6.13.4.3	Realizzare le procedure di interfaccia per l'aggiornamento delle banche dati																	
6.13.4.4	"Affinare" le banche dati	Regione Umbria Servizio Prevenzione																
6.13.4.5	Manutenzione																	
6.13.5 Monitoraggio del consumo dei farmaci veterinari																		
6.13.5.1	Analizzare la problematica e le modalità di collaborazione con i soggetti esterni	Regione Umbria Servizio Prevenzione																
6.13.5.2	Analizzare la procedura																	
6.13.5.3	Sviluppare il software																	
6.13.5.4	Test, collaudo e avviamento	Regione Umbria Servizio Prevenzione																
6.13.5.5	Organizzare attività per il coinvolgimento degli attori esterni	Regione Umbria Servizio Prevenzione																
6.13.5.6	Formazione e avviamento	Regione Umbria Servizio Prevenzione																
6.13.5.7	Evento formativo di sensibilizzazione	Regione Umbria Servizio Prevenzione Centro di farmacovigilanza																
6.13.5.8	Manutenzione																	
6.13.6 Procedura di gestione dei sospetti casi di avvelenamento animale																		

6.13.6.1	Analizzare la procedura																	
6.13.6.2	Sviluppare il software																	
6.13.6.3	Test, collaudo e avviamento	Regione Umbria Servizio Prevenzione																
6.13.6.4	Sviluppare l'interoperabilità con lo sportello a 4 zampe: studio unico di comunicazione per i diritti degli animali - Progetto 7.2 -.																	
6.13.6.5	Organizzare attività per il coinvolgimento degli attori esterni (PS, Comuni, IZS, ASL)	Regione Umbria Servizio Prevenzione																
6.13.6.6	Analizzare e realizzare la app per la connessione alla procedura																	
6.13.6.7	Formazione, avviamento e pubblicizzazione del progetto	Regione Umbria Servizio Prevenzione																
6.13.6.8	Manutenzione																	
6.13.7 Implementazione di un sistema Gis per l'analisi geografica dei dati																		
6.13.7.1	Analizzare le procedure di conversione																	
6.13.7.2	Acquisire ed installare e le piattaforme open source																	
6.13.7.3	Realizzare le procedure di conversione																	
6.13.7.4	Realizzare l'interfaccia webGis di analisi																	
6.13.7.5	Realizzare le interfacce di interrogazione per le differenti aree di interesse																	
6.13.7.6	Formazione e avviamento	Regione Umbria Servizio Prevenzione																
6.13.7.7	Manutenzione																	

Progetto 6.14	Il Piano di monitoraggio integrato per la ricerca dei contaminanti ambientali in alimenti di origine animale e vegetale prodotti nell'Area della Conca Ternana: una risposta a molte domande
Descrizione	<p>Il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni e Province Autonome, l'Istituto Superiore di Sanità, il Centro di Referenza per la Valutazione del rischio e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, ha a suo tempo predisposto il <i>"Piano nazionale di monitoraggio dei contaminanti ambientali in alimenti di origine animale prodotti nei Siti di Interesse Nazionale"</i> (prot. 3757-P- del 2 febbraio 2011), con la finalità di quantificare il rischio sanitario legato al consumo di alimenti prodotti in prossimità dei setti Siti.</p> <p>In Umbria è presente il Sito di Interesse Nazionale Terni – Papigno, per il quale il Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio, ha individuato la perimetrazione con Decreto 8 luglio 2002.</p> <p>In attuazione del suddetto Piano nazionale, con Determinazione Dirigenziale n. 8237 del 15/11/2011 è stata data attuazione al <i>"Piano Regionale di monitoraggio dei contaminanti ambientali in alimenti di origine animale e vegetale prodotti nel Sito di Interesse Nazionale Terni – Papigno"</i>, che ha visto l'effettuazione nel corso del 2012, di n. 30 campionamenti di latte ovicaprino per la ricerca di metalli pesanti (As – Be – Cd – Cr – Hg – Ni – Pb – Tl), Pentaclorofenolo, nonilfenolo, PCB non diossina simili, diossine e PCB diossina simili.</p> <p>Nel corso del 2013, in attuazione del progetto Interregionale di cui all'Intesa siglata in sede di Conferenza Stato Regioni il 22 novembre 2012 (Rep. Atti n. 226CSR), nell' area industriale della Conca Ternana, contigua al SIN Terni-Papigno, è stato disposto, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1780 del 27 dicembre 2012, un ulteriore Piano di monitoraggio per la ricerca delle diossine negli alimenti di origine animale sulla matrice latte ovi-caprino, successivamente esteso con Determinazione Dirigenziale n. 3887 del 3 giugno 2013, alla matrice uova di gallina da allevamenti rurali.</p> <p>Nel corso del 2014 la problematica dell'esposizione ad inquinanti ambientali della popolazione residente nella conca ternana si è riaccesa in parte anche per ragioni strumentali. Proprio per cercare di dare risposta alle molte domande della popolazione e delle associazioni ambientaliste con Deliberazione di Giunta Regionale n. 505 del 20 aprile 2015 è stato predisposto un Piano di monitoraggio dell'area della Conca Ternana, rispetto all'inquinamento da diossine e pcb diossina-simili e da metalli pesanti, di durata quadriennale, 2015 - 2018. Il piano prevede il controllo sulla filiera agro-alimentare dell'area, attraverso il campionamento di matrici alimentari di origine animale e vegetale e di matrici ambientali, come indicatori di eventuale contaminazione, che nel caso delle prime possono portare all'esposizione della collettività ad inquinanti nocivi per via alimentare per la salute umana.</p> <p>Con il Piano si intende evidenziare gli eventuali problemi di accumulo dei principali microinquinanti organici (diossine, furani, PCBs, IPA) ed inorganici (metalli pesanti) correlabili alla ricaduta a terra di prodotti della attività industriale e non presenti nell'area. Nella scelta delle matrici vegetali da sottoporre a campionamento si è tenuto conto della particolare predisposizioni di talune famiglie di piante (cucurbitacee) al bioaccumulo di inquinanti (in particolare diossine), della diffusione nel territorio, e della rilevanza del consumo da parte della popolazione.</p> <p>Il Piano, che potrà essere oggetto di revisione in seguito a modifica del quadro normativo di riferimento o a specifiche problematiche emergenti in seguito agli stessi campionamenti, è definito dal Tavolo tecnico costituito da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regione Umbria – Direzione regionale Salute e Coesione sociale - Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare • Regione Umbria – Direzione regionale Risorsa Umbria. Federalismo, risorse finanziarie e strumentali - Servizio recupero ambientale, bonifica, educazione ambientale • Azienda USL Umbria 2 – Dipartimento di Prevenzione - Servizi Medici IAN e ISP e Servizi Veterinari SA, IAOA e IAPZ

	<ul style="list-style-type: none"> • IZSUM con il supporto del Dott. Giorgio Fedrizzi dell'IZSLER • ARPA UMBRIA <p>Il Tavolo tecnico ha il compito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • elaborare il piano operativo di monitoraggio • definire i ruoli e i compiti per la realizzazione delle attività inerenti del Piano • individuare gli analiti da inserire nel Piano • valutare i risultati • predisporre una relazione annuale entro il primo semestre dell'anno successivo e quella finale sui risultati del piano medesimo <p>Obiettivo specifico del presente progetto è quindi: 6.14.1 valutare il livello di contaminazione da microinquinanti organici (diossine, furani, PCBs, IPA) ed inorganici (metalli pesanti) di alcune matrici attraverso un monitoraggio pluriennale.</p>
Gruppo prioritario	<ul style="list-style-type: none"> • Regione Umbria - Direzione regionale Salute, coesione sociale – Servizio prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare • Regione Umbria – Direzione regionale Risorsa Umbria. Federalismo, risorse finanziarie e strumentali - Servizio recupero ambientale, bonifica, educazione ambientale • Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL Umbria 2: <ul style="list-style-type: none"> - Servizio Medico di Igiene degli alimenti di origine animale - Servizio Veterinario di Sanità animale - Servizio Veterinario di Igiene degli alimenti di origine animale - Servizio Veterinario di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche - Servizio Medico di Igiene e sanità pubblica • Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche con il supporto del Dott. Giorgio Fedrizzi dell'IZSLER • Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente - Umbria
Setting	Area della Conca Ternana
Gruppi di interesse	<p>I destinatari del progetto sono individuati nella popolazione ternana ed in particolare in quella residente nell'Area della Conca Ternana.</p> <p>Il progetto è sostenuto dalla Regione Umbria, Direzione regionale Salute, coesione sociale e dalla Direzione regionale Risorsa Umbria. Federalismo, risorse finanziarie e strumentali e dal Comune di Terni.</p> <p>Operatori preposti all'attuazione del progetto sono i Servizi Medici e Veterinari del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL Umbria 2.</p>
Trasversalità	L'intero progetto è frutto della collaborazione tra il Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL Umbria 2, l'ARPA, l'IZS UM e quello della LER
Attività principali	<p>Sono previste le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificare l'area interessata; • individuare le aziende zootecniche e zootecniche da monitorare; • procedere a campionamento delle matrici delle aziende zootecniche ed agricole; • sottoporre i campioni alle ricerche analitiche e trasmettere i relativi rapporti di prova; • elaborare i dati relativi agli esiti analitici; • predisporre e approvare relazioni intermedie (annuali) e finale.
Rischi e management	L'individuazione delle aziende agricole da coinvolgere nel Piano costituisce un punto critico. In considerazione della rotazione a cui sono normalmente soggette le coltivazioni, potrebbe risultare difficile riuscire a garantire continuità nel tempo del punto di campionamento. Pertanto, laddove necessario, si procederà a selezionare nuovi punti di campionamento all'interno dell'area individuata nel modello di ricaduta.
Sostenibilità	I costi delle rilevazioni analitiche saranno sostenuti dalla Direzione Salute e Coesione Sociale

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.14.1 Valutare il livello di contaminazione da microinquinanti organici (diossine, furani, PCBs, IPA) ed inorganici (metalli pesanti) di alcune matrici attraverso un monitoraggio pluriennale.	6.14.1/1 Report periodico sull'attività di campionamento dell'anno precedente elaborato	/	/	/	1 report entro il 1° semestre	1 report entro il 1° semestre	1 report entro il 1° semestre

Cronogramma 6.14 - Piano di monitoraggio integrato per la ricerca delle diossine nelle matrici alimentari

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.14.1 Valutare il livello di contaminazione da microinquinanti organici (diossine, furani, PCBs, IPA) ed inorganici (metalli pesanti) di alcune matrici attraverso un monitoraggio pluriennale.																
6.14.1.1	Identificare l'area interessata	Tavolo Tecnico														
6.14.1.2	Individuare le aziende zootecniche da monitorare	Servizio Prevenzione, sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria IZSUM - ARPA UMBRIA – Servizi Veterinari della Azienda USL Umbria 2														
6.14.1.3	Individuare le aziende agricole da monitorare	Servizio Prevenzione, sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria IZSUM - ARPA UMBRIA – Servizi Veterinari della Azienda USL Umbria 2														
6.14.1.4	Procedere a campionamento delle matrici delle aziende del punto 1.3	Servizi Veterinari Azienda USL Umbria 2														
6.14.1.5	Procedere a campionamento dei prodotti agricoli delle aziende del punto 1.3	Servizi Medici Azienda USL Umbria 2														
6.14.1.6	Sottoporre i campioni a ricerca analitica di PCDD-PCDF-PCB(DL+NDL)-Metalli pesanti-IPA	IZSUM IZSLER ARPA Umbria														

6.14.1.7	Procedere alla trasmissione dei referti analitici	IZSUM ARPA Umbria														
6.14.1.8	Restituire i risultati dei campionamenti alle Autorità Locali e alle Associazioni Ambientaliste	Servizio Prevenzione, sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria														
6.14.1.9	Attività 5.1 Elaborare i dati relativi agli esiti analitici	IZSUM ARPA Umbria														
6.14.1.10	Attività 5.2 predisporre e approvare relazioni intermedie (annuali) e finale.	Tavolo Tecnico														

Progetto 6.15 Sulle tracce della prevenzione: la salute animale e dell'uomo a partire dagli animali selvatici	
Descrizione	<p>Uno dei più importanti indicatori della salute e dell'integrità di un ecosistema e dei suoi componenti (elementi) è lo stato di salute degli animali selvatici e domestici che ne fanno parte (Nielsen O.L. 1992). E' evidente, pertanto, che la sanità veterinaria fornisce un contributo fondamentale nella gestione e nel controllo della salute umana come conseguenza dell'integrità degli ecosistemi che la condizionano.</p> <p>In Umbria, gli sforzi attuati negli ultimi decenni dalla sanità veterinaria pubblica si identificano soprattutto nella eradicazione di patologie animali "storiche" come la Brucellosi, la Tubercolosi, l'Afta, le Pesti Suine, ecc. Il raggiungimento di tale stato di eradicazione ha comportato, indubbiamente, un notevole sforzo economico, di risorse umane e di mezzi ed ha richiesto un approccio integrato, progressivo e costante.</p> <p>Tuttavia la presenza di specie selvatiche che funzionano da serbatoio naturale di patogeni, potrebbe alimentare un circolo vizioso in cui l'animale selvatico infetto, condividendo gli stessi pascoli e territori dell'animale domestico, contribuisce a mantenere la diffusione dei patogeni nell'ambiente naturale. Si comprometterebbe, in questo modo, anche lo stato sanitario delle realtà zootecniche rischiando di vanificare gli sforzi effettuati nel processo di eradicazione.</p> <p>Non si può ignorare, inoltre, il progressivo e recente aumento di densità di popolazione dei cinghiali in molti paesi d'Europa, Italia inclusa. L'aumento della densità di popolazione comporta un maggior numero di ospiti suscettibili e un aumento del tasso di contatto tra soggetti, con conseguente possibile incremento del tasso di morbilità delle malattie infettive (Acevedo et al.,2007). Parallelamente, infatti, si sta registrando anche una maggiore diffusione dei sistemi di allevamento suinicolo all'aperto, o out door, come vantaggiosa possibilità di recupero di aree marginali ed in risposta alle richieste di un consumatore sempre più attento al benessere animale.</p> <p>Poiché i selvatici possono rappresentare dei reservoir, dei vettori o dei semplici ospiti occasionali di agenti infettivi anche a carattere zoonosico, la sorveglianza della fauna selvatica diventa uno strumento fondamentale per l'attuazione della strategia "One Health" in cui, garantendo la salute degli animali, si salvaguarda l'ambiente, la biodiversità e la salute umana.</p> <p>Si comprende perciò l'importanza che possono avere monitoraggi periodici dello stato sanitario della fauna selvatica, così come raccomandato dalla Direttiva Comunitaria 92/45/CEE.</p> <p>In definitiva, il quadro, ricco e complesso, delle possibili interazioni tra animale selvatico, animale domestico, ambiente e uomo, merita una puntuale attenzione da parte della sanità pubblica veterinaria, degli organismi di prevenzione, degli Enti gestori della fauna e di tutti gli altri portatori di interesse. Si sviluppa con questo obiettivo l'asse portante e, nel contempo, la vera sfida del piano: armonizzare un sistema aggregato di competenze che, ciascuna con il proprio ruolo, contribuisca ad approfondire la conoscenza epidemiologica territoriale delle principali malattie infettive animali e a definire il livello di rischio esistente. Il fine ultimo si identificherà nell'attuazione di una idonea politica di prevenzione e nella corretta e rapida gestione di eventuali emergenze epidemiche.</p> <p>Nonostante siano numerose le patologie della fauna selvatica con un notevole potenziale zoonosico e con possibili ricadute sulla salute delle popolazioni domestiche, alcune sono sicuramente di maggiore importanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Tubercolosi, malattia per la quale ai sensi della normativa nazionale, la Regione Umbria risulta da molti anni territorio "Ufficialmente Indenne", ma per la quale, invece, non si è ancora raggiunta la qualifica sanitaria comunitaria. Il Piano di Sorveglianza Regionale ha come obiettivo di base quello di garantire la tutela della sanità del patrimonio bovino e bufalino e la sicurezza dei prodotti alimentari derivati mantenendo il patrimonio zootecnico regionale libero dall'infezione. In questa ottica il controllo della popolazione dei cinghiali nei confronti di questa infezione appare assolutamente rilevante. Il cinghiale non viene ritenuto un vero e proprio ospite di mantenimento dell'infezione, ma piuttosto un ospite a fondo cieco. Infatti le lesioni sono localizzate

	<p>principalmente ai linfonodi della testa e l'eliminazione dei micobatteri da parte dei cinghiali infetti è nulla o assai modesta. Tuttavia esso, per le sue caratteristiche trofiche (onnivoro che si ciba volentieri di carcasse di animali morti) rappresenta un'ottimale fonte di informazioni circa la presenza della malattia nella popolazione selvatica sul possibile rischio di infezione delle popolazioni domestiche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presenza diffusa della Brucellosi nei cinghiali di alcune regioni europee sembra poter avere ricadute sull'allevamento di suini out door come conseguenza di uno spillover da cinghiali infetti a suini domestici allevati all'aperto. Probabilmente l'infezione è stata introdotta attraverso lepri importate dall'Europa centro-orientale. In Europa il riscontro dell'infezione da <i>Brucella suis</i> biovar 2 nei cinghiali è ormai estremamente frequente. Anche in Italia i dati sulla diffusione della brucellosi nelle popolazioni selvatiche si fanno sempre più numerosi e riguardano diverse regioni del territorio nazionale. In Umbria, <i>B. suis</i> biovar 2 è stata casualmente isolata da un cinghiale abbattuto in occasione della caccia di selezione pochi anni fa, motivo per il quale vale la pena approfondire l'entità dell'infezione nella popolazione e il possibile rischio di trasmissione ad allevamenti a carattere familiare o di tipo out-door. • Le Pesti Suine sono identificate come la più importante minaccia di tipo infettivo all'intero comparto suinicolo; la presenza in forma di endemicità della Peste Suina Africana in Sardegna e la recente introduzione di questa infezione nei paesi dell'Est Europa preoccupano le autorità veterinarie su scala mondiale. Allo stesso tempo la Peste Suina Classica rappresenta un serio pericolo perché presente nei paesi dell'ex blocco sovietico al di fuori di un concreto controllo. Entrambe queste infezioni possono colpire le popolazioni di suini selvatici mettendo a rischio anche le popolazioni domestiche e quindi l'Unione Europea auspica che le popolazioni selvatiche siano soggette ad una effettiva sorveglianza. <p>Pertanto il presente progetto prevede di organizzare una sorveglianza attiva nella popolazione di cinghiali che insiste nel territorio umbro scegliendo di concentrare l'attenzione su quattro delle malattie indicate nell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente "Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento per la valutazione" (SALUTE) Rep. Atti n. 56/CSR del 25 marzo 2015.</p> <p>Si prevede di basare il campionamento legato al progetto sulle attività venatorie che regolarmente vengono praticate nel territorio regionale. Tali attività sono condotte nel periodo invernale e quindi prevedibilmente si potrà contare su almeno due stagioni di campionamento (2016/7 – 2017/8). Un ulteriore incremento della base campionaria potrebbe derivare dalle attività di caccia di selezione secondo gli accordi che verranno intrapresi nel corso del progetto.</p>
Gruppo prioritario	Fauna selvatica del territorio umbro con particolare riferimento alla popolazione dei cinghiali.
Setting	Territorio umbro – ambiti territoriali di caccia (ATC)
Gruppi di interesse	<u>Destinatari</u> : fauna selvatica <u>Sostenitori</u> – Regione Umbria, ATC, Associazioni cacciatori, Associazioni allevatori <u>Operatori</u> – Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria Marche (IZSUM), S. Veterinari Az. USL,
Prove di efficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Wild boars as sources for infectious diseases in livestock and humans (X.J.Mang, et al. 2009). <i>Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.</i> 2009 27, 364 (1530): 2697-2707. • A review of mutual transmission of important infectious diseases between livestock and wildlife in Europe (Frölich K. et al.) <i>Ann N Y Acad Sci.</i> 2002 Oct;969:4-13. • Wild animals as reservoirs of infectious diseases in UK (Simpson VR), <i>Vet J.</i> 2002 Mar;163(2):128-46 • Anonymous (2009c) Scientific opinion of the Panel on Animal health and Welfare (AHAW) on a request from the commission on porcine brucellosis (<i>Brucella suis</i>). <i>The EFSA Journal</i> 1144, 1-112 • Wild boar (<i>Sus scrofa</i>) as a possible vector of mycobacterial infections: review of literature and critical analysis of data from Central Europe between 1983 to 2001. (M. Machackova et al.) <i>Vet. Med. – Czech, 48, 2003 (3): 51–65</i>

	<ul style="list-style-type: none"> Exposure of Wild Boar to Mycobacterium tuberculosis Complex in France since 2000 Is Consistent with the Distribution of Bovine Tuberculosis Outbreaks in Cattle (C. Richomme et al.), PLOS ONE www.plosone.org, 2013, Vol. 8 Issue 10 Mycobacteriosis in wild boar : Results of 2000-2006 activity in North-Western Italy. (Dondo et al.), Epidémiol. et santé anim., 2007, 51, 35-42 African swine fever in wild boar in Europe: a notable challenge D. Gavier-Widén, C. Gortázar, K. Ståhl, A. S. Neimanis, S. Rossi, C. Hård av Segerstad, T. Kuiken; Veterinary Record, February 21, 2015, pp. 199 - 200 Scientific opinion: Control and eradication of Classic Swine Fever in wild boar; The EFSA Journal (2009) 932 1-18
Trasversalità)	Diverse istituzioni sono coinvolte con pluralità di interesse e ruoli: primi beneficiari del programma sono gli allevatori e i cacciatori che saranno meglio informati rispetto allo stato sanitario degli animali e al rischio ad esso collegato. Il Servizio Sanitario Regionale utilizzerà i dati per valutazioni epidemiologiche e programmazione delle attività di prevenzione in collegamento con le Az. USL e l'IZSUM.
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> Analisi delle conoscenze disponibili e delle possibilità di intervento Incontri finalizzati alla progettazione del piano di campionamento Elaborazione ed Emanazione del piano di campionamento Formazione degli operatori e dei sostenitori sulle modalità di attuazione del piano di campionamento Attuazione del piano di campionamento ed esecuzione dei test di laboratorio Analisi e valutazione dei dati Diffusione dei risultati
Rischi e management	Difficoltà di coordinamento tra i diversi attori ed interlocutori coinvolti. Tali rischi verranno gestiti attraverso incontri che faciliteranno il coinvolgimento e la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti a diverso titolo.
Sostenibilità	I principali costi del programma sono legati all'esecuzione dei test analitici (secondo il tariffario dell'IZSUM) e ai materiali per il prelievo e trasporto campioni.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.15.1 valutazione del rischio circa la trasmissione di agenti eziologici trasmissibili dagli animali selvatici agli animali domestici e all'uomo	6.15.1/1 Numero di campioni conferiti	Campionamento utile ad escludere la presenza di malattia in una popolazione assunta come infinita (prevalenza attesa 1% L.C. 95 %) $n = \frac{\ln(1 - \alpha)}{\ln(1 - p)}$	n.a.	/	/	300	300
	6.15.1/2 Numero di test eseguiti	Almeno 4 test per conferimento	/	/		1200	1200

Cronogramma 6.15 - Sulle tracce della prevenzione: la salute animale e dell'uomo a partire dagli animali selvatici

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.15.1 valutazione del rischio circa la trasmissione di agenti eziologici trasmissibili dagli animali selvatici agli animali domestici e all'uomo																
6.15.1.1	Analizzare le conoscenze disponibili e delle possibilità di intervento	Regione - IZSUM														
6.15.1.2	Concertare piano di campionamento attraverso incontri con esperti e associazioni	Regione														
6.15.1.3	Elaborare ed Emanare il piano di campionamento	Regione														
6.15.1.4	Formare gli operatori e i sostenitori sulle modalità di attuazione del piano di campionamento	Regione - IZSUM														
6.15.1.5	Attuare il piano di campionamento ed esecuzione dei test di laboratorio	IZSUM														
6.15.1.6	Analizzare e valutare i dati	IZSUM														
6.15.1.7	Diffondere i risultati	IZSUM														

Progetto 6.16	Controllare meno, controllare meglio
Descrizione	<p>Il corretto utilizzo di antimicrobici negli allevamenti zootecnici è un argomento molto dibattuto per le rilevanti conseguenze sulla salute pubblica. La possibile presenza di sostanze indesiderate e, tra questi, degli antimicrobici nelle derrate alimentari di origine animale, rappresenta un motivo importante di preoccupazione per l'82% dei consumatori italiani (dati Eurobarometro). Questo dato assume ancor più valore se si considera che l'Italia è tra i Paesi comunitari nei quali si registra una maggiore vendita di antibiotici ad uso veterinario (terzo rapporto ESVAC - Sales of veterinary antimicrobial agents in 25 EU/EEA countries in 2011). A ciò si lega il fenomeno dell'antibiotico-resistenza, un'emergenza globale che preoccupa fortemente sia il mondo scientifico che l'opinione pubblica e la cui responsabilità sarebbe in larga parte attribuita proprio all'eccessivo o improprio utilizzo di antimicrobici in zootecnia. Questo argomento, per il quale si registra una continua pressione mediatica con un'informazione spesso non supportata da adeguati dati scientifici, contribuisce a ridurre la fiducia dei cittadini negli organismi di controllo ufficiale.</p> <p>D'altro canto va sottolineato che i risultati del controllo ufficiale, essenzialmente legato al Piano Nazionale Residui (PNR), sembrano, invece, disegnare un quadro abbastanza tranquillizzante rispetto al problema dei residui di antimicrobici negli alimenti. I dati relativi ai controlli effettuati in Italia nel 2013 dimostrano come a fronte di 12.168 campioni analizzati per la presenza di antimicrobici (31.8 % del totale), solo 13 campioni siano risultati non conformi (superamento del limite massimo di residuo), per una percentuale pari allo 0.034%. Anche i dati a livello europeo (Rapporto EFSA 2012) confermano questo andamento, considerato che, mediamente, su 129.889 analisi effettuate durante il 2012 per la determinazione di antimicrobici, solo lo 0.18% ha dato un esito non conforme. Lo stesso rapporto EFSA tuttavia, commentando i dati, sottolinea come in alcuni Stati Membri le "non conformità" siano impropriamente stabilite a fronte del solo test microbiologico, che non è in grado né di identificare la specifica molecola né tantomeno la sua quantità.</p> <p>Questi dati apparentemente stridono con quanto percepito dalla pubblica opinione, anche a causa di un'informazione mediatica che, come detto, sottolinea la "scarsa sensibilità" dei piani di controllo ufficiali e la loro presunta incapacità di rilevare l'effettiva portata del problema dei residui nei prodotti di origine animale.</p> <p>Ciò premesso, in questo contesto urge verificare la possibilità di effettuare un'azione di revisione critica delle attuali modalità di controllo che in Europa sono rimaste pressoché invariate negli ultimi 20 anni (Direttiva 96/23), nonostante già nel 2002, con il Regolamento N°178, l'Unione europea sancisse che "le misure adottate dagli Stati membri e dalla Comunità in materia di alimenti e di mangimi dovrebbero basarsi generalmente sull'analisi del rischio". Il modello che si segue è ancora prevalentemente quello basato sul campionamento "casuale" applicato ad una popolazione molto estesa.</p> <p>Inoltre le strategie analitiche determinano una sola molecola o, al massimo, un gruppo di molecole alla volta. Per semplificare: un alimento potrebbe essere fortemente contaminato da un certo antibiotico e risultare conforme in quanto il controllo si è concentrato su un'altra classe farmacologica di antibiotici.</p> <p>Il punto di partenza di questo progetto è che solo di recente si sono rese disponibili tecnologie analitiche in grado di attuare una sostanziale rivoluzione nei controlli permettendo, di fatto, di superare i gravi limiti tecnici sopra indicati. Oggi è possibile determinare simultaneamente un'ampia gamma di antimicrobici, coprendo quasi tutte le molecole correntemente utilizzate in allevamento e assicurare un adeguato livello di sensibilità e selettività, con il riconoscimento univoco e il dosaggio delle sostanze presenti. In questo modo è possibile sia superare i limiti dei test microbiologici che quelli dei tradizionali metodi chimici finora adottati arrivando, finalmente, ad una conoscenza puntuale dei farmaci veterinari effettivamente utilizzati e delle loro modalità di somministrazione, con vantaggio immediato anche per le misure di farmaco-vigilanza e farmaco-sorveglianza già in essere.</p>

	<p>Inoltre i dati ottenuti possono essere utilizzati per sviluppare analisi del rischio specifiche.</p> <p>Obiettivi</p> <p>In questo mutato scenario, l'obiettivo è utilizzare i nuovi strumenti a disposizione dei laboratori per conoscere, dapprima, il reale livello di contaminazione dei prodotti di origine animale da residui di molecole antimicrobiche in una data popolazione ed in un territorio ben definito. I dati ottenuti devono poi essere utilizzati per costruire una sorveglianza risk-based che deve dare luogo ad una rimodulazione dei successivi piani di campionamento, secondo una logica di revisione "continua" basata sul meccanismo di feed-back. Con questo approccio è possibile garantire una risposta adeguata a quanto sancito sulla carta dall'Unione europea e, più in generale, migliorare largamente l'efficacia e l'efficienza del sistema dei controlli.</p> <p>Il consumatore è tranquillizzato dai "grandi numeri" (e costi) delle analisi effettuate dagli organi di controllo. E' ormai necessario il passaggio a una cultura basata sulla qualità del controllo più che sulla sua quantità, orientato da un criterio scientifico (evidenze) realizzabile grazie all'applicazione di tecnologie di laboratorio innovative. Questo nuovo "modus operandi", supportato da un'adeguata comunicazione ai cittadini, contribuirà anche a rafforzare il rapporto di fiducia tra i consumatori e gli operatori del SSN.</p>
Gruppo prioritario	<ul style="list-style-type: none"> • Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche (IZSUM) • Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Regione Umbria • Servizi Veterinari aziende USL Umbria
Setting	Territorio umbro
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> • Consumatori e loro associazioni • Operatori del Settore Alimentare • Operatori del commercio di alimenti • Veterinari aziendali
Prove di efficacia	<p>Dati non pubblicati (fonte IZSUM) ottenuti applicando il nuovo metodo multiclasse per la ricerca simultanea di 62 antibiotici su 60 campioni di carne fresca bovina prelevati in vari esercizi commerciali della città di Perugia, dimostrano una presenza molto diffusa di residui di antibiotici in carni di vitello con età inferiore o uguale a 8 mesi (circa 30%). Sebbene in via del tutto preliminare e limitate al solo comparto dei bovini, emergono già alcune informazioni interessanti: i) le concentrazioni determinate non superavano mai i limiti di legge riportati nel Regolamento 37/2010; ii) si indica una tipologia di allevamento bovino più a rischio di altre (vitello); iii) si rileva la presenza nello stesso alimento di più di un residuo anche appartenenti a classe farmacologiche differenti; iv) si dimostra l'uso effettivo in allevamento di farmaci autorizzati non controllati attualmente da nessun laboratorio della rete degli IZZSS come, ad esempio, la tildipirosina un macrolide di recente introduzione.</p>
Trasversalità	<p>Il progetto ha un impatto positivo sulla gestione del problema dell'antibiotico-resistenza, proponendosi come strumento ulteriore per valutare più approfonditamente l'utilizzo di antimicrobici negli allevamenti e rendendo, quindi, possibile sulla base delle informazioni raccolte, una correlazione tra utilizzo veterinario del farmaco e insorgenza di fenomeni di resistenza. Più in generale, il progetto rappresenta un ausilio importante per l'azione di farmacosorveglianza e farmacovigilanza già realizzata dai servizi sul territorio, attraverso un ritorno continuo di informazioni più complete sulle molecole correntemente usate.</p> <p>Infine una valutazione più puntuale dell'esposizione a residui di farmaci veterinari tramite gli alimenti rappresenta un elemento importante di miglioramento per la Sicurezza dei consumatori, anche rispetto al problema misconosciuto dell'assunzione continua di più farmaci contemporaneamente.</p>
Attività principali	<p>Macroattività</p> <p><u>-Comunicazione e divulgazione.</u> Organizzazione di incontri ed eventi. Produzione di opuscoli divulgativi. Destinatari: Servizi Veterinari aziende USL, associazioni dei consumatori, veterinari aziendali</p>

	<p><u>-Progettazione del campionamento, valutazione dei dati, analisi del rischio.</u> Progettazione del campionamento: raccolta dati sui consumi di prodotti di origine animale, sui punti e sui volumi di vendita. Campionamento randomizzato, ad uno o più stadi, stratificato per luogo di prelievo, per tipologia di prodotto, per specie animale ed eventualmente per livello di consumo relativo alla popolazione media umbra o, in alternativa, nazionale per quella categoria di prodotto. Raccolta ed elaborazione dei dati analitici. Valutazione del rischio: stime di esposizione di assunzione di residui di antimicrobici (quali molecole si riscontrano nei prodotti e in quale quantità mediamente) dei consumatori umbri o di alcune fasce di essi.</p> <p><u>-Esecuzione del campionamento</u> - Prelievi presso punti vendita al dettaglio suddivisi per localizzazione geografica e per tipologia (iper/supermercati, dettaglianti, ecc.) a seconda delle variabili demografiche</p> <p><u>-Attività analitica</u> - Determinazione simultanea di 62 antibiotici e loro metaboliti nelle matrici sopra menzionate, mediante spettrometria di massa tandem in alta risoluzione con un metodo analitico accreditato. Le classi di antimicrobici determinate sono complessivamente dieci: amfenicoli, cefalosporine, chinolonici, lincosamidi, macrolidi, penicilline, pleuromutiline, rifamicine, sulfamidici e tetracicline. I livelli analitici raggiunti sono per tutte le molecole inferiori ai limiti di massimo di residui (LMR) fissati dall'Unione europea (Regolamento 37/2010)</p>
Rischi e management	<p>Scarso coinvolgimento nel campionamento dei Servizi Veterinari. Il Progetto va in questa fase ad aggiungersi ai numerosi oneri previsti dai vari Piani ufficiali. La soluzione è un'azione preliminare di comunicazione e coinvolgimento con incontri atti a spiegare l'importanza di una ristrutturazione delle strategie dei piani residui. Il beneficio si avrà sul medio-lungo periodo con una sostanziale razionalizzazione e diminuzione delle attuali attività di campionamento a fronte di un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del controllo stesso.</p> <p>Emerge che due sono gli aspetti cardine del progetto: i) applicazione di metodi di laboratorio innovativi; ii) feed-back delle informazioni ottenute con valutazione continua su base epidemiologica e di analisi del rischio. Rispetto a quest'ultima fase è determinante un collegamento stretto tra il Servizio veterinario regionale, i servizi veterinari del territorio e l'Osservatorio epidemiologico veterinario. Lo scollamento tra il detentore delle informazioni e coloro che ne devono usufruire è un punto critico che può essere superato solo con un coordinamento forte soprattutto ad opera del Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Regione</p>
Sostenibilità	<p>Il progetto mira a un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'attuale sistema di controllo dei residui di farmaci negli alimenti con una razionalizzazione e probabile diminuzione del numero dei campioni attualmente prelevati ed analizzati</p>

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.16.1 Utilizzare i nuovi strumenti a disposizione dei laboratori per conoscere il reale livello di	6.16.1/1 Proporzione di campioni analizzati	Numero di campioni analizzati rispetto a quelli campionati (%) per la ricerca di 62 antibiotici	/	/	80%	80%	/
contaminazione dei prodotti di origine animale da residui di molecole antimicrobiche in una data popolazione ed in un territorio ben definito	6.16.1/2 Report prodotto sull'attività di campionamento svolta nell'anno precedente	/	/	/	/	Report prodotto	Report prodotto

Cronogramma 6.16 – Controllare meno, controllare meglio

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.16.1 Conoscere il reale live																
6.16.1.1	Acquisizione delle informazioni (dati di vendita, consumi, punti vendita etc..)	IZSUM														
6.16.1.2	Disegno del Primo Piano di Campionamento (anno 2016)	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare														
6.16.1.3	Incontri informativi con i Servizi Veterinari Aziende USL per condividere gli obiettivi del Progetto mediante attuazione di un Extra Piano	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare														
6.16.1.4	Esecuzione dei campionamenti previsti	Servizi Veterinari Aziende USL														
6.16.1.5	Esecuzione delle analisi di laboratorio per 62 antibiotici	IZSUM														
6.16.1.6	Valutazione dei dati ottenuti (risk assessment)	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare														
6.16.1.7	Incontro con i Servizi Veterinari Aziende USL	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare														
6.16.1.8	Disegno del Secondo Piano di Campionamento (anno 2017) in seguito alle valutazioni della prima fase	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare														
6.16.1.9	Primo Report	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare														
6.16.1.10	Esecuzione dei campionamenti previsti	Servizi Veterinari Aziende USL														
6.16.1.11	Esecuzione delle analisi di laboratorio per 62 antibiotici	IZSUM														
6.16.1.12	Valutazione dei dati ottenuti (risk assessment)	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità														

		Veterinaria e Sicurezza Alimentare																
6.16.1.13	Incontro con i Servizi Veterinari Aziende USL	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare																
6.16.1.14	Incontro per la divulgazione dei risultati (associazioni dei consumatori)	Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare (Regione Umbria)																
6.16.1.15	Disegno del terzo Piano di Campionamento (anno 2018) in seguito alle valutazioni della prima e della seconda fase	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare																
6.16.1.16	Secondo report	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare																
6.16.1.17	Esecuzione dei campionamenti previsti	Servizi Veterinari Aziende USL																
6.16.1.18	Esecuzione delle analisi di laboratorio per 62 antibiotici	IZSUM																
6.16.1.19	Valutazione dei dati ottenuti (risk assessment)	IZSUM - IZSUM - Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare																
6.16.1.20	Incontro con i Servizi Veterinari Aziende USL	IZSUM - IZSUM - Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare																
6.16.1.21	Incontro per la divulgazione dei risultati (associazioni dei consumatori): incontri e opuscoli informativi	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare																
6.16.1.22	Report finale	IZSUM Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare																

Progetto 6.17 Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici per garantire efficacia all'attività di controllo ufficiale	
Descrizione	<p>Il Reg. (CE)882/2004 all'art. 12 stabilisce che le Autorità Competenti dispongono di un'adeguata capacità di laboratorio rappresentata dai Laboratori Ufficiali, che in Umbria sono rappresentati dall'Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche (IZSUM) e dall'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Umbria (ARPA Umbria).</p> <p>Tali Laboratori, che operano, sono valutati e accreditati conformemente alle norme europee EN ISO/IEC 17025 su «Criteri generali sulla competenza dei laboratori di prova e di taratura» e EN ISO/CEI 17011 su «Requisiti generali per gli organismi di accreditamento che accreditano organismi di valutazione della conformità», devono di soddisfare quantitativamente e qualitativamente le esigenze di controllo ufficiale pianificate a livello regionale.</p> <p>La Regione Umbria, prima con D.G.R. n. 91 del 26 gennaio 2015 (recepimento dell'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente il Piano Nazionale Integrato (PNI) 2015-2018 - Repertorio Atti n. 177/CSR del 18.12.2014), poi con Determinazione Dirigenziale n. 1429 del 16 marzo 2015, ha approvato il Piano Regionale Integrato (P.R.I.) 2015–2018 sulla sicurezza alimentare.</p> <p>In tale ambito è stata pianificata, rispettando l'organizzazione dei controlli prevista dal capitolo 3 del P.N.I. 2015–2018, l'attività di controllo ufficiale per l'anno 2015, comprensiva di quella di campionamento per l'analisi che soddisfa le esigenze previste (comunitarie, nazionali e locali). A tal fine, sin dalla predisposizione del primo P.N.I. 2007–2010, è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro coordinato a livello regionale che vede la partecipazione di personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL umbre e dei 2 Laboratori Ufficiali IZSUM e ARPA Umbria.</p> <p>Il P.R.I. sulla sicurezza alimentare è corredato del Protocollo d'Intesa tra l'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Umbria e l'Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, siglato il 31 gennaio 2015, finalizzato alla cooperazione, nell'ambito delle specifiche competenze e del proprio mandato istituzionale e a dotare la Regione Umbria del necessario supporto analitico per il controllo degli alimenti ripartendo l'attività analitica prevista dal PNI 2015–2018.</p> <p>La pianificazione 2015 è comprensiva dell'attività di Monitoraggio degli agenti zoonotici negli alimenti, la cui programmazione tiene conto di quanto previsto dal D.L.gs 191/2006 (Direttiva 2003/99/CE) e del Reg. CE 20173/2005 e s.m.i.. E' previsto il rinvio alla DGR n. 1528 del 23 dicembre 2013 "Approvazione delle linee di indirizzo per la gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti con esclusione di quelle da funghi."</p> <p>L'IZSUM è incaricato dell'inserimento annuale dei dati analitici relativi agli agenti zoonotici nel Sistema SINZOO gestito dal Centro di referenza di epidemiologia veterinaria (COVEPI) dell'IZSAM. Tali dati sono sottoposti a successiva validazione da parte della Regione Umbria</p> <p><u>Obiettivi specifici</u></p> <p>Con il progetto, pertanto, si intende:</p> <p>6.17.1 Pianificare l'attività di controllo ufficiale nell'ambito del P.R.I., in linea con quanto previsto dal P.N.I. 2015 – 2018, comprensiva del Monitoraggio degli agenti zoonotici negli alimenti garantendo che le esigenze di controllo ufficiale pianificate a livello regionale siano soddisfatte a livello di capacità analitica, sia quantitativamente che qualitativamente</p>
Gruppo prioritario	<ul style="list-style-type: none"> • Regione Umbria - Direzione regionale Salute, coesione sociale – Servizio prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare • Servizi Medici di Igiene degli alimenti di origine animale • Servizi Veterinari di Igiene degli alimenti di origine animale • Servizi Veterinari di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche • Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Umbria • Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche •

Gruppi di interesse	I destinatari del progetto si identificano con i consumatori umbri. I sostenitori si identificano con gli operatori e sono rappresentati dalla Regione Umbria - Direzione regionale Salute, coesione sociale – Servizio prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare, dai Servizi Medici e Veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione delle aziende USL umbre e dai Laboratori Ufficiali ARPA Umbria e IZSUM.
Attività principali	Nel quadriennio 2015-2018, l'attività di controllo ufficiale in sicurezza alimentare prevista dal P.R.I. sarà pianificata in linea con quanto previsto dal P.N.I. 2015 – 2018, comprendendo anche l'attività di Monitoraggio degli agenti zoonotici negli alimenti. Sarà data costante attuazione a quanto previsto dal Protocollo d'Intesa tra l'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Umbria e l'Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, al fine di garantire che le esigenze di controllo ufficiale pianificate a livello regionale siano soddisfatte a livello di capacità analitica, sia quantitativamente e qualitativamente
Rischi e management	Non si ravvedono rischi particolari in quanto attività routinaria
Sostenibilità	Non ci sono costi aggiuntivi

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
6.17.1 Pianificare l'attività di controllo ufficiale nell'ambito del P.R.I., in linea con quanto previsto dal P.N.I. 2015 – 2018, comprensiva del Monitoraggio degli agenti zoonotici negli alimenti garantendo che le esigenze di controllo ufficiale pianificate a livello regionale siano soddisfatte a livello di capacità analitica, sia quantitativamente che qualitativamente	6.17.1/1 Proporzione di controlli effettuati	Controlli effettuati / programmati	/	/	90%	90%	90%

Cronogramma 6.17 - Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici per garantire efficacia all'attività di controllo ufficiale

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
6.17.1 Pianificare l'attività di controllo ufficiale nell'ambito del P.R.I. in linea con quanto previsto dal P.N.I. 2015- 018																
6.17.1.1	Pianificare annualmente i controlli ufficiali nell'ambito del P.R.I.	Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare														
6.17.1.2	Attuare i controlli ufficiali pianificati	Servizi Medici e Veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione delle aziende USL umbre														
6.17.1.3	Prevedere verifiche periodiche sullo stato di attuazione del P.R.I.	Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare Laboratori IZS UM ARPA														
6.17.1.4	Effettuare incontri periodici sullo stato di avanzamento del piano di monitoraggio	Direzione salute e coesione sociale Servizi Medici e Veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione delle aziende USL umbre IZS UM ARPA														

Programma 7. ComuniCare

Vision

La scelta di approntare nel PRP 2014 – 2018 uno specifico programma dedicato alla comunicazione nasce dalla consapevolezza dell'impatto che una corretta o, al contrario, una comunicazione non appropriata può avere sugli interventi e sui progetti contenuti in questo PRP. Si è deciso quindi di cogliere questa occasione per mettere a punto un vero e proprio "piano nel piano", da sviluppare nell'arco del triennio, con l'obiettivo di:

- Favorire la messa a punto di un meta-sistema in grado di rendere manifesta la catena della comunicazione, soprattutto in condizioni emergenziali
- Promuovere l'adozione di stili di vita più salubri, con particolare attenzione a fumo ed alcol
- Potenziare l'adesione ai programmi di sanità pubblica, in particolare screening oncologici e attività vaccinale
- Garantire, in condizioni emergenziali sia ambientali che individuali, una informazione univoca e appropriata

Accompagnare le iniziative comunicative con programmi di formazione/informazione volti principalmente a MMG, PLS individuati quali veri e propri "agenti di comunicazione" in grado di diffondere informazioni e conoscenze sullo stato di salute della popolazione e sul vantaggio di salute ottenibile aderendo agli interventi di sanità pubblica e comunque ad uno stile di vita sano

Il programma pertanto è volto a perseguire i seguenti obiettivi generali:

- favorire e sviluppare azioni comunicative nei confronti della popolazione generale o di target specifici, anche attraverso l'utilizzo di strumenti innovativi, al fine di promuovere stili di vita salutari, favorire l'adesione ai programmi di sanità pubblica, informare la popolazione generale o target particolari rispetto a rischi derivanti da situazioni specifiche, anche a carattere emergenziale;
- promuovere la formazione costante degli operatori sanitari a vari livelli, sui temi oggetto del presente Piano regionale della Prevenzione 2014 – 2018, in quanto strumenti privilegiati di comunicazione nei confronti di tutti i possibili portatori di interesse presenti nella comunità.

Il programma intende contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi centrali nazionali: 1.2; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8; 1.9; 1.10; 1.11; 1.12; 1.13; 1.14; 1.15; 5.3; 6.1; 6.2; 6.3; 8.5; 8.6; 8.9; 8.10; 8.11; 8.12; 9.5; 9.7; 9.8; 9.12; 10.8 (riportati per esteso nel quadro logico regionale) attraverso i progetti sotto elencati:

- 7.1 Le farmacie come vetrina della prevenzione
- 7.2 Lo sportello a 4 zampe: strumento unico di comunicazione per i diritti degli animali
- 7.3 Ambiente e Salute.0
- 7.4 Comunicare le cose che conosciamo: dai rapporti alle azioni
- 7.5 TBC: come affrontare un problema ancora diffuso
- 7.6 Spazio ai giovani: tra reale e virtuale

* 5.7 Una APP per "amica"

E' indicato con " * " il progetto "Una APP per "amica"", facente parte del programma 5 "Lavoro e salute", in quanto contribuisce con alcune attività al raggiungimento di obiettivi propri del programma 7.

I PROGETTI

Progetto 7.1	Le farmacie come vetrina della prevenzione
Descrizione	<p>L'art.11 della legge n. 69 del 18/06/2009 ha fornito il quadro legislativo in base al quale le farmacie possono erogare nuovi servizi nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, affidando al Governo la delega per l'emanazione dei necessari decreti legislativi.</p> <p>Il successivo D.Lgs. n. 153 del 03/10/2009 ha individuato in modo più preciso quali possono essere i servizi erogati dalle farmacie, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia, tra le quali al punto c) anche: <i>....la erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano.....</i> In base a questi elementi la farmacia dei servizi, come sopra descritta, è stata inserita tra le aree prioritarie di intervento, indicate nell'Accordo Stato-Regioni, che sono fortemente orientate alla riorganizzazione ospedale - territorio, in un'ottica di spostamento del baricentro del SSN dall'ospedale al territorio con <i>"L'obiettivo è di aumentare la capacità del territorio di intercettare con risposte tempestive ed adeguate i bisogni assistenziali dei cittadini, al fine di alleggerire gli ospedali dei compiti meno complessi. Nella stessa ottica e con il medesimo fine, vengono riconsiderati i rapporti con le farmacie che, per la loro capillarità, potrebbero erogare sul territorio servizi sanitari di prima assistenza e orientamento del cittadino verso gli altri presidi sanitari anche per limitare l'accesso alle strutture ospedaliere"</i>. La Regione Umbria, da oltre un decennio, si è mossa in questa direzione dando attuazione, attraverso gli accordi siglati con le rappresentanze delle farmacie pubbliche e private convenzionate, all'ampliamento delle funzioni svolte dalle farmacie, sia sul fronte dell'erogazione di servizi aggiuntivi che della partecipazione alle campagne di prevenzione organizzate dalla Regione.</p> <p>Il ruolo delle farmacie nel SSR umbro è ben delineato anche nel Piano Sanitario Regionale 2009/2011 che stabiliva che <i>"l'integrazione tra i diversi attori del SSR si ottiene anche attraverso la piena valorizzazione della rete delle farmacie pubbliche e private, in relazione alla loro capillare diffusione sul territorio, alla continuità del servizio attraverso i turni, alla qualifica professionale degli operatori addetti, che le connotano come presidi sanitari territoriali funzionalmente ed organizzativamente integrati nel SSR in posizione di centralità nell'erogazione dell'assistenza farmaceutica e integrativa.</i></p> <p><i>Particolare rilevanza assume la funzione sociale di presidio sanitario che le farmacie rurali, in particolare, svolgono nelle aree disagiate, a tutela della popolazione ed in particolare degli anziani e la partecipazione attiva alle campagne di informazione e ai programmi di screening"</i>.</p> <p>Le farmacie umbre partecipano attivamente per esempio al programma di screening per la prevenzione dei tumori del colon retto in base al quale le persone tra i 50 e i 74 anni sono invitate, ogni due anni, a sottoporsi al test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, tramite l'invio a domicilio di una lettera con allegato il kit per la raccolta del campione di feci da inviare gratuitamente al Laboratorio Unico di Screening.</p> <p>A partire dal 2014 i soggetti che per tre volte consecutive non abbiano aderito all'invito non ricevono più il kit per la determinazione del sangue occulto nelle feci ma una lettera, con la quale si comunica la possibilità di aderire allo screening ritirando il kit presso i Centri di Salute e le Farmacie. Questa attività è svolta gratuitamente dalle farmacie.</p> <p>Con questo progetto si intende quindi cogliere in quest'ottica l'opportunità del ruolo, degli spazi e delle attività del farmacista per promuovere i contenuti dei progetti del Piano della Prevenzione e in particolare per veicolare contenuti scientificamente corretti rispetto ad alcuni temi strategici per la prevenzione (vaccinazioni, screening, stili di vita, offerta di alcuni servizi nel territorio).</p> <p>Naturalmente, non si tratta semplicemente di mettere a disposizione spazi per la distribuzione di</p>

	<p>materiale informativo, ma al contrario di far assumere al farmacista, attraverso una continua attività di formazione/informazione da parte sia del livello regionale, che di quello territoriale, un ruolo decisamente proattivo rispetto alle attività preventive. Le farmacie, in questo caso, non solo si sono dichiarate fortemente disponibili a partecipare, ma anche a mettere a disposizione la tecnologia in loro possesso (display e software) per far passare messaggi brevi (prevenzione in pillole) volti a tutta la popolazione che transita nei loro locali. Obiettivo specifico di questo progetto è quindi:</p> <p>7.1.1 Favorire la diffusione di contenuti scientificamente corretti rispetto a temi strategici per la prevenzione quali le vaccinazioni, gli screening, gli stili di vita etc grazie all'attività di informazione svolta dai farmacisti aderenti all'iniziativa e la messa a disposizione di alcuni supporti tecnologici in possesso delle farmacie aderenti per far transitare i messaggi di salute</p>
Gruppo prioritario	Popolazione residente in Umbria
Setting	Farmacie
Gruppi di interesse	Popolazione residente in Umbria, farmacie pubbliche e private, Aziende Sanitarie umbre e Direzione salute e coesione sociale
Misure per le disuguaglianze	Le cosiddette "pillole della prevenzione" verranno tradotte in più lingue
Trasversalità	Il progetto prevede la stretta collaborazione nella fase di realizzazione delle associazioni rappresentanti sia delle farmacie pubbliche che private
Attività principali	Le attività principali a partire dall'accordo regionale sulla "farmacia dei servizi" riguardano la stesura di un piano di comunicazione elaborato su scala regionale, in linea con quello previsto nel progetto 7.4, in modo da definire con cadenza almeno annuale, per lo meno a grandi linee quali contenuti veicolare e la "formazione" dei farmacisti sui contenuti aggiornati
Rischi e management	Non si travedono particolari rischi se non quelli connessi con la disattenzione delle aziende sanitarie che potrebbero non essere costanti nella messa a disposizione delle informazioni
Sostenibilità	I costi sono quelli relativi all'accordo con le farmacie pubbliche e private convenzionate

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
7.1.1 Favorire la diffusione di contenuti scientificamente corretti rispetto a temi strategici per la prevenzione quali le vaccinazioni, gli screening, gli stili di vita etc grazie all'attività di informazione svolta dai farmacisti aderenti all'iniziativa e la messa a disposizione di alcuni supporti tecnologici in possesso delle farmacie aderenti per far transitare i messaggi di salute	7.1.1/1 Flusso comunicativo tra distretto/Dip> il Servizio di comunicazione della USL >Farmacie	/	/	/	Flusso attivato in via sperimentale in 4 distretti (33%)	Flusso attivato in altri 4 (+ 33%)	Flusso attivato negli ultimi 4

Cronogramma 7.1 - Le farmacie come vetrina della prevenzione

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
7.1.1 Favorire la diffusione di contenuti scientificamente corretti rispetto a temi strategici per la prevenzione quali le vaccinazioni, gli screening, gli stili di vita etc grazie all'attività di informazione svolta dai farmacisti aderenti all'iniziativa e la messa a disposizione di alcuni supporti tecnologici in possesso delle farmacie aderenti																	
7.1.1.1	Costituire un gruppo di progetto del quale facciano parte sia rappresentanti delle principali sigle sindacali delle farmacie pubbliche e private, dei servizi di comunicazione delle aziende sanitarie e dei dipartimenti di prevenzione	Direzione Salute e Coesione Sociale + rappresentanti delle farmacie pubbliche e private e dei DIP+ servizi comunicazione delle ASL															
7.1.1.2	Costituire il repertorio della tipologia di informazioni che devono passare essere veicolate dalle farmacie	Direzione Salute e Coesione Sociale + rappresentanti delle farmacie pubbliche e private e dei DIP+ servizi comunicazione delle ASL															
7.1.1.3	Mettere a punto il sistema di comunicazione (referenti, tempi, contenuti) tra Distretto/Dipartimento di prevenzione, dove nasce l'offerta > il Servizio di comunicazione della USL >Farmacie sulla base della programmazione prodotta in seno a progetto 7.4	Direzione Salute e Coesione Sociale + rappresentanti delle farmacie pubbliche e private e dei DIP+ servizi comunicazione delle ASL															
7.1.1.4	Sperimentare il flusso comunicativo tra servizio sanitario e farmacie in almeno quattro territori	DIP/Distretti/ servizi comunicazione delle ASL/ farmacie															
7.1.1.5	Attivare e mantenere il flusso negli altri distretti	DIP/Distretti/ servizi comunicazione delle ASL/ farmacie															
7.1.1.6	Mettere a punto un sistema per valutare il gradimento della popolazione e degli operatori delle farmacie	Direzione Salute e Coesione Sociale + rappresentanti delle farmacie pubbliche e private e dei DIP															
7.1.1.7	Attuare il monitoraggio in un campione di farmacie	Direzione Salute e Coesione Sociale + rappresentanti delle farmacie pubbliche e private e dei DIP+ servizi comunicazione delle ASL															
7.1.1.8	Informare i farmacisti sui contenuti di prevenzione in incontri ad hoc																

Progetto 7.2	Lo sportello a 4 zampe: strumento unico di comunicazione per i diritti degli animali
Descrizione	<p>Lo Sportello a 4 zampe nasce a febbraio 2001 come progetto di comunicazione per sensibilizzare le istituzioni, le associazioni, gli organismi pubblici e privati, i cittadini su temi che riguardano gli animali, il loro benessere, la loro tutela e la convivenza con essi. Attualmente, i contatti con l'utenza riguardano prevalentemente: smarrimento o ritrovamento di animali, segnalazioni di maltrattamenti, problemi di vicinato, avvelenamenti, informazioni su microchip, indicazioni per le vacanze, sterilizzazione, adozione, segnalazione di animali mal custoditi che necessitano l'intervento delle autorità competenti. Dal 2009 lo Sportello a 4 zampe utilizza il social network Facebook che consente rapporti diretti e immediata interazione con gli utenti. La pagina Facebook, www.facebook.com/4zampe, attualmente gestita da una specifica professionalità, è utilizzata per dare informazioni, promuovere campagne di sensibilizzazione, comunicare in tempo reale smarrimenti, emergenze, ritrovamenti e abbandoni, raccogliere segnalazioni di maltrattamenti e avvelenamenti, divulgare notizie e attività che riguardano gli animali, informazioni per attivare le giuste procedure. È stato modificato l'approccio comunicativo, più diretto e di pronto intervento per le situazioni a rischio (smarrimenti, ritrovamenti, segnalazioni, bocconi avvelenati) e più coinvolgente con tutti gli operatori del settore (operatori istituzionali, associazioni, volontari, ecc.). Ciò ha portato a un aumento esponenziale dei fan della pagina Facebook, passando da 20.855 di dicembre 2013 ai 157.000 attuali. Considerato il valore in termini comunicativi che ha assunto lo Sportello a 4 Zampe, si ritiene fondamentale che tale strumento di comunicazione diventi l'unico mezzo utilizzato dalle istituzioni competenti per favorire le conoscenze della popolazione rispetto ai diritti degli animali e i doveri dei detentori, nonché quale raccordo per lo sviluppo delle attività nelle aree sotto indicate.</p> <p>L'obiettivo generale del progetto è quindi quello di migliorare la comunicazione sul tema della tutela degli animali da affezione attraverso lo sviluppo e il mantenimento di un network comunicativo tra istituzioni ed enti competenti, quali: Regione, Province, Comuni, ASL, Università, Progetto RandAgiamo, associazioni animaliste. Il lavoro che si prospetta dovrà svilupparsi sulle seguenti aree di attività:</p> <p>1) Area informativa su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • normativa italiana e europea • come si tiene un animale – diritti e doveri • le regole nelle città • strutture di accoglienza per animali abbandonati • strutture alberghiere disponibili ad accogliere anche gli animali <p>2) Area informativa su procedure da seguire in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adozioni e affidi • abbandono • smarrimenti di animali • maltrattamento • cani "impegnativi" o potenzialmente pericolosi • bocconi o esche avvelenate • sterilizzazioni • microchippatura • gestione colonie feline • prevenzione randagismo • apertura e gestione attività commerciali inerenti animali <p>3) Area raccolta segnalazioni finalizzata alla riduzione del randagismo e a prevenire/risolvere situazioni di maltrattamento. Viene svolta in collaborazione con i Servizi veterinari di Sanità Animale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, OVUD del Dipartimento di</p>

	<p>Medicina Veterinaria, Polizia Provinciale, associazioni animaliste.</p> <p>4) Area campagne di comunicazione mirate alla diminuzione degli abbandoni e del randagismo, alla microchippatura e sterilizzazione, alla prevenzione dei maltrattamenti e della violenza sugli animali (bocconi avvelenati, bracconaggio,...), alla divulgazione delle attività che riguardano il benessere degli animali e la convivenza con gli umani.</p> <p>Con questo progetto si intende quindi perseguire il seguente obiettivo specifico:</p> <p>7.2.1 Trasformare lo Sportello a 4 zampe in uno strumento unico di comunicazione rispetto ai diritti degli animali, attraverso la informazione e la divulgazione dei diritti e dei doveri dei proprietari, la pubblicizzazione degli interventi istituzionali di sensibilizzazione, la diffusione di immagini digitali dei cani di canile, al fine di renderli più facilmente adottabili.</p>
Gruppo prioritario	Tutti i possessori di animali, ma anche i Comuni cui compete la gestione dei canili, le associazioni animaliste e i Servizi Veterinari di Sanità Animale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USI dell'Umbria
Setting	Realtà virtuale
Gruppi di interesse	<p>Destinatari: cittadini (possessori di animali e non), scuole, veterinari, associazioni protezioniste e animaliste, gestori di canili, Comuni</p> <p>Sostenitori: enti pubblici, associazioni, soggetti privati</p> <p>Operatori: personale dello Sportello a 4 Zampe, personale specializzato degli Enti coinvolti nel Gruppo prioritario</p>
Trasversalità	Il progetto va sviluppato con il coinvolgimento di diversi attori istituzionali (vedi Gruppo prioritario), dove ognuno partecipa in base alle specifiche competenze.
Attività principali	Le principali attività del progetto sono relative alla necessità di stabilire un flusso di informazioni costante dagli enti quali i Comuni e le Aziende Sanitarie verso lo Sportello da un lato, dall'altro aprire i collegamenti tra lo Sportello e le pagine web di tutti i possibili portatori di interesse.
Rischi e management	Il progetto prevede numerose azioni. Attualmente solo una persona è dedicata al lavoro svolto dallo Sportello a 4 Zampe, uno dei rischi è legato alla carenza di personale, pertanto si richiede il potenziamento delle unità lavorative, quale supporto operativo nei diversi ambiti di azione dello Sportello a 4 Zampe.
Sostenibilità	La creazione di una rete di comunicazione rappresenta un punto focale in una campagna per la prevenzione del randagismo; l'integrazione delle attività dello Sportello a 4 zampe nelle attività istituzionali degli enti collegati deve essere garantita nel tempo.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
7.2.1 Trasformare lo Sportello a 4 zampe in uno strumento unico di comunicazione rispetto ai diritti degli animali, attraverso la informazione e la divulgazione dei diritti e dei doveri dei proprietari, la pubblicizzazione degli interventi istituzionali di sensibilizzazione, la diffusione di immagini digitali dei cani di canile, al fine di renderli più facilmente adottabili	7.2.1/1 cani restituiti/n. cani accalappiati	/	/	/	+10%	+10%	+10%
	7.2.1/2 n. cani adottati/n. cani entrati in canile nell'anno	/	/	+ 10 %	+ 10 %	+ 10 %	+ 10 %
	7.2.1/3 n. followers	/	/	/	+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%	+ 10%
	7.2.1/4 n.segnalazioni	/	/	/	+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%	+ 10%
	7.2.1/5 n.di eventi comunicati	/	/	/	+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%	+ 10%

Cronogramma 7.2 - Lo sportello a 4 zampe: strumento unico di comunicazione per i diritti degli animali

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
7.2.1 Trasformare lo Sportello a 4 zampe in uno strumento unico di comunicazione rispetto ai diritti degli animali, attraverso la informazione e la divulgazione dei diritti e dei doveri dei proprietari, la pubblicizzazione degli interventi istituzionali di sensibilizzazione, la diffusione di immagini digitali dei cani di canile, al fine di renderli più facilmente adottabili																
7.2.1.1	Stipulare un protocollo d'intesa tra Asl, Provincia PG e TR, Anci, Regione e Università finalizzato a sostenere il sito web inter-istituzionale dello Sportello a 4 Zampe nel suo funzionamento in rete con le pagine web di tutte le istituzioni coinvolte.															
7.2.1.2	Stendere il regolamento/disciplinare per il funzionamento del sito web inter-istituzionale (gestione dei flussi informativi relativi agli aggiornamenti e al sistema dei controlli)															
7.2.1.3	Mettere a punto procedure per il passaggio delle informazioni da Asl, Provincia, Università, Comuni, ecc. allo Sportello a 4 Zampe rispetto ad attività, eventi, iniziative, progetti, ecc.															
7.2.1.4	Attivare i collegamenti tra il sito web provinciale e gli altri siti istituzionali relativi al randagismo, quali quelli dei Comuni e delle aziende sanitarie															
7.2.1.5	Sviluppare il software gestionale dello Sportello a 4 Zampe con collegamento diretto o indiretto con SIVA (anagrafe animali da affezione) per ricerca rapida degli animali ritrovati o cuccioli in cerca di affido etc															
7.2.1.6	Mettere a punto e sperimentare una metodologia per l'archiviazione digitale dei cani catturati al fine di facilitarne la restituzione al padrone o la eventuale adozione															
7.2.1.7	Manutenere il sito web															

Progetto 7.3	Ambiente e Salute.0
<p>Descrizione</p>	<p>Il rapporto con l'ambiente è una delle determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione umana. La relazione tra individuo ed ecosistema, infatti, spesso può determinare il livello di benessere della popolazione. Capire però quali sono gli elementi da tenere in considerazione da un punto di vista epidemiologico, per valutare l'impatto di diversi fattori sullo stato di salute, è un compito molto complesso. È solo tramite l'incrocio tra dati ambientali, territoriali, epidemiologici, della mortalità, demografici, culturali e sociali che si può tracciare, per una determinata popolazione, una serie di scenari possibili. In generale, la prevenzione delle esposizioni prima, dei danni conseguenti all'esposizione a fattori ambientali nocivi poi richiedono una complessità di azioni integrate.</p> <p>Questo Piano Regionale della Prevenzione contiene nel programma "Conoscere per decidere" il progetto 6.11 dal titolo "Osservatorio Ambiente e salute", nel quale si prevede la creazione di un osservatorio al quale concorreranno i servizi di Sanità Pubblica dei due Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL, il Registro Tumori Umbro di Popolazione, il Registro Tumori Animali esistente in Umbria su scala regionale e naturalmente Arpa Umbria. L'Osservatorio opererà come luogo di trasformazione dei dati complessi prodotti dalle singole istituzioni in informazioni sintetiche disponibili per professionisti e popolazione.</p> <p>Si ritiene quindi importante uno spazio virtuale dedicato ad ospitare rapporti integrati, ma anche sintesi comunicative che permettano di far conoscere alla popolazione, accanto al lavoro sviluppato dall'Osservatorio, gli studi e i progressi che vengono compiuti nel settore sia a livello regionale che europeo. L'idea è quella di affidare ad Arpa Umbria la realizzazione, la cura, l'implementazione e la diffusione di questo canale di comunicazione. Il gruppo di lavoro sarà costituito dalla redazione, già presente in Arpa, della rivista <i>micron</i> e si occuperà della redazione di articoli dell'editing dei pezzi dei collaboratori, delle notizie che usciranno sulle riviste specializzate nazionali ed europee. Nella prima fase del progetto la redazione opererà una ricognizione fra i portali che si occupano dei rapporti tra salute e ambiente per evitare inutili sovrapposizioni e per cercare di settare al meglio l'informazione. Questa fase sarà accompagnata dallo sviluppo dell'architettura del sito che verrà fatta sempre da Arpa in rapporto stretto con i servizi sanitari sia medici che veterinari.</p> <p>Per ottimizzare il lavoro dei giornalisti e la qualità dell'informazioni fornite sarà necessario anche creare propedeuticamente delle regole redazionali per lo sviluppo del materiale; regole che riguarderanno sia gli articoli-news, ma anche e soprattutto i rapporti prodotti dall'Osservatorio. A tale scopo saranno necessari momenti di controllo tra la redazione e i membri dell'Osservatorio. Questa collaborazione sarà importante non solo nella fase preliminare dello sviluppo dei rapporti scientifici, ma anche per seguire l'evoluzione degli elaborati e decidere la strategia di comunicazione per divulgarli nella maniera più efficace. La pubblicazione del rapporto sarà curata dalla redazione anche dal punto di vista grafico. Da ogni rapporto il gruppo di lavoro di Arpa inoltre ricaverà una sintesi che potrà essere usata per rafforzare la diffusione delle informazioni anche attraverso diversi strumenti quali: articoli di approfondimento, interviste, video, infografiche, ecc... Oltre ai rapporti l'équipe di comunicazione di Arpa e i membri dell'Osservatorio lavoreranno insieme per la realizzazione di dossier su argomenti specifici (n.15).</p> <p>Altro punto del progetto di comunicazione sono le lezioni di <i>e-learning</i> (n.18) che verranno realizzate sempre dal gruppo di lavoro di Arpa, ma che avranno come protagonisti gli specialisti e i professionisti che fanno parte del gruppo di lavoro dell'Osservatorio. Anche qui la prima fase sarà dedicata a riunioni programmatiche tra la redazione di Arpa e i membri dell'Osservatorio. Comunicare la scienza non è però un esercizio facile, saranno quindi organizzati dei corsi di formazione di divulgazione scientifica (n.2) tenuti da esperti di settore, per i membri dell'Osservatorio.</p> <p>Accanto alla comunicazione via web si svilupperanno modi di comunicazione più "tradizionali" come campagne di comunicazione e prevenzione (n.3) e organizzazione di seminari scientifici che saranno registrati e diffusi in video attraverso la rete (n.3). Tutta la comunicazione del progetto sarà</p>

	<p>veicolata e diffusa attraverso i social, che oggi rappresentano uno strumento capace di coprire un pubblico sempre più ampio. Sarà anche in questo caso il gruppo di lavoro di Arpa che progetterà e gestirà canali specifici di facebook e twitter.</p> <p>Il portale web verrà strutturato in canali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - articoli: verranno realizzati dalla redazione e porteranno all'attenzione del pubblico le novità inerenti i temi legati ad ambiente e salute; - approfondimenti, focus specifici e dossier saranno pubblicate delle <i>review</i> con infografiche su temi specifici sviluppati insieme agli esperti che faranno parte dell'osservatorio di Ambiente e Salute; - pubblicazioni rapporti Osservatorio Ambiente e Salute è la sezione più importante del portale dedicata ai rapporti prodotti dall'Osservatorio. I rapporti non saranno "semplicemente" pubblicati, ma da questi saranno sviluppati articoli sintetici, integrati con video e infografiche; - multimedia e-learning (lezioni sui temi trattati nel portale), interviste a esperti, produzioni di <i>docu</i>, video di convegni di particolare interesse organizzati dall'Osservatorio - social per la diffusione ottimale del portale web sarà necessario aprire e puntare sui principali social network come twitter e facebook - campagne di comunicazione e prevenzione Il portale sarà un elemento aggiuntivo di diffusione delle campagne di comunicazioni che verranno realizzate nel corso del triennio <p>L'obiettivo specifico di questo progetto è quindi il seguente: 7.3.1 Creare un portale web per la diffusione e l'approfondimento del lavoro svolto dall'Osservatorio Ambiente e Salute</p>
Gruppo prioritario	Popolazione umbra, operatori dei servizi medici e veterinari e di altri servizi sanitari, MMG e PLS
Setting	Il mondo del web e dei social
Gruppi di interesse	I professionisti del servizio sanitario regionale, in particolare quelli di sanità pubblica
Misure per le disuguaglianze	Proprio la volontà di diffondere informazioni facilmente comprensibili per tutta la popolazione rappresenta un modo di superare le disuguaglianze dovute alle difficoltà di comprendere da un lato le caratteristiche dei singoli inquinanti, dall'altra le misure di esposizione, ma anche alcuni concetti epidemiologici, come per esempio quello di "stima dei danni" in ragione del livello culturale posseduto
Trasversalità	Il progetto viene sviluppato in modo intersettoriale attraverso la collaborazione tra coloro che in Arpa si occupano di comunicazione e i servizi e gli enti che collaborano alla costruzione e al mantenimento dell'osservatorio ambiente e salute.
Attività principali	Le attività previste in questo progetto sono tutte legate allo sviluppo e al mantenimento della piattaforma web con i prodotti dell'Osservatorio Ambiente e Salute da parte dell'area comunicazione di Arpa in collaborazione con tutti gli enti che lavorano in modo integrato all'Osservatorio Ambiente e Salute
Rischi e management	Il rischio principale in questo progetto deriva dall'eventuale mancato funzionamento dell'Osservatorio Ambiente e Salute
Sostenibilità	Non ci sono particolari costi

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
7.3.1 Creare un portale web per la diffusione e l'approfondimento del lavoro svolto dall'Osservatorio Ambiente e Salute	7.3.1/1 Portale	/	/	/	Portale attivo	/	/
	7.3.1/2 News e rapporti prodotti	/	/	/	/	Almeno 4	Almeno 4

Cronogramma 7.3 - Ambiente e Salute.0

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
7.3.1 Creare un portale web per la diffusione e l'approfondimento del lavoro svolto dall'Osservatorio Ambiente e Salute																
7.3.1.1	Eeguire ricognizione per analizzare portali web sulle tematiche di epidemiologia ambientale	Arpa Umbria														
7.3.1.2	Definire le regole redazionali e le procedure di gestione del portale	Arpa Umbria con i membri dell'Osservatorio Ambiente e salute														
7.3.1.3	Progettare e realizzare portale	Arpa Umbria														
7.3.1.4	Implementare il portale web con news, video, report, rapporti, infografiche, cura dei social network	Arpa Umbria con i membri dell'Osservatorio Ambiente e salute														
7.3.1.5	Ideazione e studio grafico del progetto e-learnig	Arpa Umbria														
7.3.1.6	Realizzazione del progetto e-learning	Arpa Umbria														

Progetto 7.4	Comunicare le cose che conosciamo: dai rapporti alle azioni
<p>Descrizione</p>	<p>La sorveglianza è definita come "La rilevazione continua e sistematica, l'analisi e l'interpretazione di dati relativi alla salute, essenziali per pianificare, attuare e valutare la pratica della sanità pubblica" con la finalità di "... orientare le misure di prevenzione e controllo delle malattie" (World Health Assembly. Document WHA58.3. 2005).</p> <p>L'Umbria ha prestato sempre una forte attenzione alla sorveglianza di popolazione come strumento utile per la programmazione sanitaria: non a caso i principali sistemi nazionali di sorveglianza rispetto a stili di vita e fattori di rischio comportamentali- PASSI, Passi d'Argento, OKKio alla salute – sono stati sperimentati proprio in Umbria che, peraltro, ha partecipato anche alla prima rilevazione regionale HBSC.</p> <p>Dal 2006 è inoltre attivo presso la Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale l'Osservatorio Regionale sugli infortuni e le malattie professionali che elabora i dati della banca dati Flussi Informativi INAIL Regioni, del sistema MALPROF e del Sistema di sorveglianza sugli infortuni mortali e gravi INFORMO; l'Umbria partecipa inoltre alla implementazione del registro mesoteliomi, tenuto dal COR Umbria, deputato alla sorveglianza dei mesoteliomi da esposizione ad amianto.</p> <p>A regime, almeno per le malattie soggette a segnalazione obbligatoria, è anche il sistema di sorveglianza delle malattie infettive, supportato da un sistema informativo via web utilizzabile da parte di tutti i medici che fanno diagnosi di malattie infettive.</p> <p>A livello regionale sono periodicamente elaborati anche i dati ottenuti dai bilanci di salute dei Pediatri di Libera Scelta.</p> <p>Accanto alle sorveglianze, l'Umbria si è dotata di sistemi gestionali che consentono la valutazione e il monitoraggio delle attività messe in atto: il sistema gestionale dei programmi di screening, basato su un software unico su scala regionale per tutti gli screening, l'anagrafe vaccinale, anche in questo caso basata su un'anagrafe unica regionale degli assistibili, il sistema di gestione delle attività di controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente in materia di sicurezza alimentare e di sanità pubblica veterinaria (SIVA), e il sistema gestionale dell'attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro.</p> <p>Ad oggi, le informazioni elaborate da questi sistemi sono state utilizzate per la produzione o di rapporti "standard" periodici (annuali o biennali), utilizzati sia ai fini programmatici e di valutazione delle azioni di prevenzione messe in campo, che per condividere problematiche e criticità con gli operatori del settore.</p> <p>Inoltre le informazioni prodotte dai sistemi di sorveglianza, sono diventate fondamentali per i Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione, sia per gli indicatori individuati a livello centrale, che provengono in massima parte dal Sistema di Sorveglianza PASSI ed in parte minore dal PASSI d'Argento e da OKKio alla salute, sia per una serie di indicatori di processo e di outcome che sono necessari alla misurazione dello stato di avanzamento dei progetti e dei programmi regionali.</p> <p>Vista l'articolazione complessa e partecipata del presente Piano è stato necessario definire:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. i diversi sistemi da utilizzare ai fini del mantenimento degli standard e coerenti alle finalità del Piano; 2. il set di indicatori principali e a quale sistema fare riferimento e effettuare una serie di analisi multivariate per la costruzione di profili di rischio di popolazione e anche per la costruzione di profili di disequilibrio. <p>Perché allora la necessità di un progetto sulle sorveglianze in sanità pubblica nel Piano Regionale di Prevenzione?</p> <p>Nonostante il sistema delle sorveglianze sia consolidato, i bisogni informativi della società in generale, ma anche dello stesso Servizio Sanitario cambiano rapidamente. Una delle caratteristiche di un buon sistema di sorveglianza o, meglio, di un sistema di sorveglianza integrato, è quindi quella di saper rispondere, modulando di volta in volta gli strumenti disponibili per raccogliere i dati e elaborare le informazioni, alle necessità di programmazione e al bisogno di divulgare informazioni in</p>

	<p>modo diversificato rispetto al target, che potrebbe essere anche la società civile.</p> <p>E però a questo punto opportuno riflettere sul funzionamento dell'intero sistema sia dal lato della produzione delle informazioni che da quello della messa a disposizione delle stesse e in particolare sulla necessità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - produrre una reportistica efficace ai fini della programmazione e della interpretazione dei dati; - dare risorse necessarie alla corretta rilevazione dei dati e al mantenimento degli standard di qualità elevati della Regione Umbria; - supportare il lavoro dei "rilevatori" (soprattutto per i Sistemi di sorveglianza di popolazione) con un adeguato aggiornamento professionale (corsi ECM); - provvedere alla formazione di base dei nuovi operatori che verranno inseriti con il naturale turnover; - fornire ad alcune categorie di operatori sanitari (es: MMG, Ostetriche, Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione), adeguati strumenti per le attività di informazione e counselling svolte per la promozione della salute nei confronti della popolazione con la quale entrano a contatto; - produrre informazioni utili per i Decisori che supportino le scelte del Servizio sanitario regionale; - elaborare materiali di tipo "divulgativo", chiari e sintetici da mettere a disposizione della popolazione generale anche attraverso il contributo di altri soggetti come nel caso delle farmacie - L'obiettivo generale del presente progetto è quindi quello di ottimizzare la produzione di informazioni finalizzata a supportare in maniera efficace la pianificazione, la programmazione, lo sviluppo e la valutazione delle attività sanitarie e di sanità pubblica e a produrre materiali informativi rivolti alla popolazione e/o a target specifici. <p>Obiettivi specifici del progetto saranno pertanto:</p> <p>7.4.1 Utilizzare le sorveglianze e le altre fonti informative per produrre rapporti specifici sulla base delle esigenze regionali;</p> <p>7.4.2 Impiegare i rapporti "tradizionali" e quelli specifici per condividere con gli operatori sanitari (MMG; PLS, ostetriche,..) i risultati della sorveglianza e lo stato di avanzamento dei progetti e per informare la collettività come previsto nei progetti del programma "Comunicare".</p>
Gruppo prioritario	U.O. di Epidemiologia, Sorveglianza, Promozione della salute con livello regionale e delle Aziende USL
Setting	Sistema Sanitario Regionale Università Reti di promozione della salute Scuola
Gruppi di interesse	Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale Direttori Generali e Sanitari delle AUSL Direttori dei Distretti Sanitari UU.OO. di Epidemiologia, Sorveglianza, Promozione della salute Decisori istituzionali Scuole Associazioni MMG
Prove di efficacia	<ul style="list-style-type: none"> - A systematic review of publications assessing reliability and validity of the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 2004–2011 - Peer Reviewed: Tools for Implementing an Evidence-Based Approach in Public Health Practice JA Jacobs, E Jones, BA Gabella, B Spring... - Preventing chronic ..., 2012 - ncbi.nlm.nih.gov - Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System-2013 - The role of public health informatics in enhancing public health surveillance TG Savel, S Foldy - MMWR Surveill Summ, 2012 - 198.246.124.22

	- Using Social Media and Internet Data for Public Health Surveillance: The Importance of Talking DM Hartley - Milbank Quarterly, 2014 - Wiley Online Library
Trasversalità	I sistemi di sorveglianza sono per loro natura multisettoriali e trasversali, sia nella raccolta dei dati sia nell'utilizzo degli stessi. La trasversalità intersettoriale prevede l'intervento dei vari dipartimenti e distretti delle AUSL, mentre si prevede oltre alla multisettorialità interna al Servizio Sanitario, anche quella relativa alla collaborazione con istituzioni e associazioni esterne al SSR.
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> • Costruire il tavolo della "Comunicazione della prevenzione" con i referenti delle sorveglianze e dei sistemi informativi della prevenzione; • Individuare i bisogni informativi/formativi utili: <ul style="list-style-type: none"> alla valutazione dell'andamento dei progetti del Piano; alla programmazione da parte dei decisori; alla formazione degli operatori sanitari; alla informazione della collettività; • Definire il format (per i rapporti cartacei, web, pillole informative per display), periodicità, contenuti tematici; • Elaborare con cadenza annuale l'elenco e la tipologia dei rapporti da produrre. • Produrre i rapporti previsti alla cadenza stabilita. • Formare gli operatori Passi alla divulgazione de rapporti brevi su tematiche specifiche nei confronti di alcune categorie di operatori; • Individuare tra gli operatori Passi un team da indirizzare alla divulgazione nei confronti degli operatori sanitari;
Sostenibilità	Non sono previsti costi aggiuntivi.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
7.4.1 Utilizzare le sorveglianze e le altre fonti informative per produrre rapporti specifici sulla base delle esigenze regionali	7.4.1/1 Proporzione di rapporti prodotti su quelli programmati	n. rapporti prodotti/n. rapporti programmati	/	/	90%	90%	90%
7.4.2 Impiegare i rapporti "tradizionali" e quelli specifici per informare gli operatori sanitari, la collettività come previsto nei progetti del programma "Comunicare	7.4.2/1 Incontri periodici sui temi previsti dalle sorveglianze	/	/	/	/	Almeno 4	Almeno 4

Cronogramma 7.4 - Comunicare le cose che conosciamo: dai rapporti alle azioni

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
7.4.1 Utilizzare le sorveglianze e le altre fonti informative per produrre rapporti specifici sulla base delle esigenze regionali																
7.4.1.1	Costruire il tavolo della “Comunicazione della prevenzione” con i referenti delle sorveglianze e dei sistemi informativi della prevenzione;	Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare														
7.4.1.2	Individuare i bisogni informativi/formativi utili: <i>alla valutazione dell’andamento dei progetti del Piano;</i> <i>alla formazione degli operatori;</i> <i>alla informazione della collettività;</i>	Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare														
7.4.1.3	Definire il format (per i rapporti cartacei, web, pillole informative per display), periodicità, contenuti tematici;	Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare														
7.4.1.4	Elaborare con cadenza annuale l’elenco e la tipologia dei rapporti da produrre.	Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare														
7.4.1.5	Produrre i rapporti previsti alla cadenza stabilita.	Gruppo di lavoro sorveglianza														
7.4.2 Impiegare i rapporti “tradizionali” e quelli specifici per informare gli operatori sanitari, la collettività come previsto nei progetti del programma “Comunicare”																
7.4.2.1	Individuare pacchetto formare il team di operatori Passi alla divulgazione de rapporti brevi su tematiche specifiche nei confronti di alcune categorie di operatori;	Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare Scuola umbra di amministrazione pubblica														
7.4.2.2	Individuare tra gli operatori Passi un team da indirizzare alla divulgazione nei confronti degli operatori sanitari;	Gruppo di lavoro sorveglianze)														
7.4.2.3	Tenere incontri periodici sui temi previsti nelle sorveglianze con alcune categorie di professionisti	Gruppo di lavoro sorveglianze)														

Progetto 7.5	TBC: come affrontare un problema ancora diffuso
Descrizione	<p>In occasione della World Tb Day 2015, il “comunicato stampa congiunto OMS-ECDC” del 17 marzo 2015 ha evidenziato, tra l’altro, che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ al ritmo attuale (diminuzione annuale del numero di casi del 6%), l’Ue/Eea non riuscirà a eliminare la tubercolosi prima del prossimo secolo. Per raggiungere l’eliminazione entro il 2050, il declino annuale dei casi dovrebbe essere almeno pari al doppio di quello attuale; ▪ nella Regione europea sono necessari interventi mirati alla situazione epidemiologica di ogni singolo Stato membro. Nella maggior parte dei Paesi a bassa incidenza, i tassi di incidenza sono stabili o in lenta diminuzione e la maggior parte dei casi si verificano in persone immigrate. Nei Paesi ad alta incidenza, invece, si verificano molti casi di reinfezione e casi multi resistenti; ▪ per raggiungere l’obiettivo di eliminazione è necessario un utilizzo più efficiente degli interventi a disposizione che devono essere integrati da strumenti più nuovi ed efficaci. <p>Il rapporto ECDC riporta che nel 2013 sono stati segnalati in Italia 3153 casi di malattia, con un’incidenza di 5,3 casi /100.000 abitanti e colloca l’Italia tra i Paesi a bassa incidenza. Peraltro, il 63% dei casi è stato segnalato in persone di origine straniera con un’età media più bassa rispetto a quella degli italiani (36,3 anni mentre l’età media dei casi di origine italiana è stata pari a 56,1 anni). Inoltre il 3,3% dei casi è stato segnalato come multiresistente (Mdr-Tb) e il 9% di questi ultimi estremamente resistente ai farmaci (Xdr-Tb). Anche se in Italia si verifica una bassa incidenza della malattia tubercolare, questa continua a rappresentare un problema prioritario per la sanità pubblica nazionale.</p> <p>Le persone a maggior rischio sulle quali concentrare gli interventi preventivi comprendono gli immigrati (provenienti spesso da aree ad alta endemia per Tb), i cittadini italiani oltre i 65 anni di età, le persone detenute e gli operatori sanitari.</p> <p>Dall’analisi dell’andamento epidemiologico della malattia tubercolare in Umbria risulta che l’incidenza complessiva della tubercolosi nel territorio regionale è rimasta stabile negli ultimi anni come nel resto del Paese, anche se è diminuita negli italiani che si ammalano prevalentemente in età ≥ 65 anni, ed è aumentata negli stranieri che, peraltro, seguono le cure con maggior difficoltà.</p> <p>La finalità di questo progetto è quindi quella di ridurre la morbosità per TBC in Umbria, concentrando l’attenzione sulla popolazione immigrata che si ammala di più e contribuisce in maniera sostanziale a mantenere costante il numero dei casi nel territorio regionale.</p> <p>Gli immigrati hanno un maggior rischio di sviluppare la tubercolosi, non solo perché spesso si trovano in particolari condizioni di fragilità sociale, ma anche perché la scarsa conoscenza dei propri diritti e del funzionamento del servizio sanitario italiano finisce per influire sull’accesso alla prevenzione secondaria, alla diagnosi e alla cura.</p> <p>Peraltro, una volta contratta la malattia, gli stili di vita legati alle diverse culture e, ancora di più, le situazioni di indigenza, comportano una maggior frequenza di esiti sfavorevoli del trattamento con il rischio di mancata guarigione e con una maggiore possibilità di sviluppare un’infezione da M. tuberculosis multi-resistente.</p> <p>E’ indispensabile quindi riconoscere al problema la considerazione che merita, senza creare però inutili allarmismi: gli immigrati vanno ritenuti appartenenti ad una categoria a rischio in favore della quale devono essere sviluppati adeguati approcci di prevenzione e di sanità pubblica.</p> <p>Da diversi documenti nazionali emergono raccomandazioni per la prevenzione e il controllo della tubercolosi nella popolazione immigrata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - innanzitutto sono indicate strategie efficaci per migliorare l’accesso ai servizi sanitari che comprendono <i>l’informazione su diritti e doveri, sui percorsi assistenziali e sulle strategie di prevenzione, nonché il riorientamento del sistema in un’ottica di maggior permeabilità e trasparenza;</i> - quindi viene considerato auspicabile il coinvolgimento diretto e partecipato degli immigrati (associazioni, leader o gruppi di aggregazione religiosi, politici, singoli interessati, mediatori, ecc..), con particolare attenzione alle donne, per definire le strategie più adeguate di comunicazione,

	<p><i>compresa la possibilità di modulare i messaggi in base alle comunità etniche di riferimento.</i></p> <p>- altre strategie efficaci riguardano l'adesione al trattamento della malattia tubercolare e/o alla infezione tubercolare latente e viene inoltre raccomandata la presa in carico del paziente, l'importanza di figure sanitarie di riferimento e dei mediatori culturali nella gestione di casi e per azioni di counseling.</p> <p>In Umbria, con DGR N. 185 DEL 04/03/2013: <i>“Recepimento dell’Intesa tra Governo, Regioni e PP.AA. del 20/12/2012 sul documento “Controllo della tubercolosi: Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016”, dell’Accordo tra Governo, Regioni e PP.AA. del 7/2/2013 sul documento “Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e nei soggetti ad essi equiparati” ed integrazione del “Protocollo la prevenzione e il controllo della tubercolosi in Umbria” di cui alla DGR N. 1782 del 27/12/2012,</i> sono state date indicazioni per il miglioramento dell’efficacia delle azioni già messe in atto e per garantire uniformità di trattamento per i pazienti su tutto il territorio regionale; il problema del controllo della malattia tubercolare è stato affrontato promuovendo e ottimizzando il sistema di rapporti tra i Servizi sanitari che si occupano, a vario titolo, di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza.</p> <p>Al fine di ridurre la circolazione dell’infezione e la morbosità per TBC nel territorio della Regione, migliorando l’adesione alle azioni preventive e al trattamento farmacologico, riducendo anche il numero di casi persi al follow-up, è fondamentale implementare la comunicazione e l’informazione in materia, soprattutto nelle categorie a rischio.</p> <p>L’obiettivo del presente progetto è pertanto quello di migliorare le conoscenze delle persone immigrate, sia rispetto alle modalità di accesso ai servizi sanitari, sia rispetto alla prevenzione e alla cura della infezione tubercolare latente e /o della malattia tubercolare, attraverso la messa a disposizione di informazioni veicolate con strumenti diversi.</p> <p>Le attività di comunicazione/informazione dovranno necessariamente tenere conto dei target di riferimento e delle loro caratteristiche, dei contenuti dei messaggi da divulgare, delle caratteristiche del servizio offerto, degli strumenti da utilizzare e dei canali per la diffusione, nonché delle risorse disponibili e dei tempi per la realizzazione.</p> <p>Il progetto sarà realizzato con la collaborazione di associazioni di immigrati, leader o gruppi di aggregazione culturale o religiosa e mediatori culturali, al fine di individuare la metodologia di approccio e il linguaggio più idonei ad aumentare la compliance dei diversi gruppi etnici e di utilizzare i giusti canali di diffusione delle informazioni.</p> <p>Considerato che i cittadini stranieri, perlopiù giovani, utilizzano largamente la telefonia mobile, con questo PRP, si intende sviluppare un’applicazione per la popolazione immigrata che vuole rendere facile l’accesso alle informazioni sul corretto uso dei servizi sanitari pubblici. In particolare, come descritto nel <u>progetto 5.7 “Una APP per amico”</u> è stata sviluppata, in collaborazione con l’Università degli Studi di Perugia, una piattaforma web multilingue (www.hfm.unipg.it), la HFM (Health For Migrants), con l’obiettivo di sistematizzare le informazioni.</p> <p>Pertanto questo progetto si svilupperà secondo due direttrici principali: da un lato l’utilizzo della piattaforma HFM e della Applicazione per dispositivi mobili per dare informazioni soprattutto sull’accesso ai servizi, dall’altro la diffusione delle informazioni sulla prevenzione della malattia tubercolare sia attraverso la comunicazione diretta (incontri, seminari, ecc...) che attraverso altra documentazione distribuita sia su supporto cartaceo che via web..</p> <p>Un ulteriore passo in avanti potrà derivare da percorsi formativi specifici rivolti ai medici di medicina generale (su sintomi e segni, notifica, servizi e percorsi per la diagnosi, terapia e controllo della TBC a livello locale) che possono svolgere un ruolo fondamentale nella diagnosi precoce e nelle azioni di supporto al trattamento preventivo e terapeutico, che sono stati previste nel <u>progetto 6.1 “Migliorare la sorveglianza delle malattie infettive per azioni di prevenzione e controllo più efficaci”.</u></p>
<p>Gruppo prioritario</p>	<p>Popolazione immigrata residente in Umbria</p>

Setting	Strutture territoriali Az. USL, luoghi di comune interesse e di aggregazione (da definire con il gruppo di progetto)
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Popolazione immigrata residente in Umbria - Direzione regionale Salute e Coesione Sociale <ul style="list-style-type: none"> Aziende USL : Servizi Comunicazione Consulta regionale immigrazione Associazioni di immigrati Leader o gruppi di aggregazione culturali Leader o gruppi di aggregazione religiosi Mediatori culturali - Rappresentanti / leader immigrati, mediatori culturali, Operatori SSR, MMG
Prove di efficacia	<ul style="list-style-type: none"> - Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi negli immigrati da paesi ad elevata endemia tubercolare. Conferenza di consenso, Roma, 5 e 6 giugno 2008. - Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale (2009) - Ministero della Salute delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi - Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata Ministero della Salute 2010 Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V – Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. - Intesa tra Governo, Regioni e PP.AA. del 20/12/2012 sul documento “Controllo della tubercolosi: Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016”. - Accordo tra Governo, Regioni e PP.AA. del 7/2/2013 sul documento “Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e nei soggetti ad essi equiparati. - Rapporto Oms/Ecdc “Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015” Comunicato stampa congiunto Oms-Ecdc del 17 marzo 2015
Misure per le disuguaglianze	Il progetto prevede di migliorare l’accesso ai servizi sanitari delle persone immigrate, attraverso l’informazione su diritti e doveri, sui percorsi assistenziali e sulle strategie di prevenzione, costruita insieme ai rappresentati degli immigrati stessi
Trasversalità	E’ prevista la collaborazione fra la Direzione regionale Salute e Coesione Sociale, le Az. USL, la Consulta regionale immigrazione, le Associazioni di immigrati, i gruppi di aggregazione culturale e/o religiosa, i mediatori culturali che già collaborano con le Aziende Sanitarie e con i Servizi Sociali
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attivare di un gruppo di progetto multidisciplinare che comprenda i rappresentanti delle diverse comunità degli immigrati e i mediatori culturali ▪ Definire i bisogni di informazione, la metodologia di approccio e il linguaggio da utilizzare, nonché le modalità di diffusione/distribuzione più efficaci per i diversi gruppi target (materiali cartacei e da utilizzare sul web, incontri, seminari, ecc...) ▪ Definire i contenuti dei messaggi da destinare a diversi strumenti di divulgazione: <ul style="list-style-type: none"> - informazioni sull’accesso ai servizi da inserire nella APP per dispositivi mobili (v. Progetto: Una APP per amica) - informazione sulla prevenzione della malattia tubercolare (materiali cartacei da distribuire, da inserire nei siti istituzionali, filmati, ecc..) ▪ Implementare la piattaforma web e la APP per smartphone ▪ Tradurre i materiali informativi nelle lingue delle comunità straniere più rappresentate in Umbria ▪ Realizzare materiali informativi diversificati per supporto ▪ Distribuire materiali informativi secondo le modalità stabilite dal Gruppo di progetto
Rischi e management	Scelta dei componenti del gruppo di lavoro
Sostenibilità	I costi di ideazione e di produzione iniziale per materiali e gli strumenti previsti dalla campagna informativa, (a parte eventuali riproduzioni e aggiornamenti periodici dei contenuti, da realizzare sempre in collaborazione con il gruppo di progetto), tendono a minimizzarsi nel tempo.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
7.5.1 Migliorare le conoscenze delle persone immigrate, sia rispetto alle modalità di accesso ai servizi sanitari, sia rispetto alla prevenzione e alla cura della infezione tubercolare latente e /o della malattia tubercolare	7.5.1/1 Informazioni sull'accesso ai servizi inserite nella APP per dispositivi mobili destinata agli immigrati	/	/	/	APP realizzata	/	/
	7.5.1/2 Materiali informativi cartacei, da inserire nei siti istituzionali, ecc.. sulla prevenzione della malattia tubercolare prodotti e	/	/	/	/	Materiali informativi prodotti	/
	7.5.1/3 Proporzione dei casi di TBC polmonare e ITL persi al follow up * <i>progetto 6.1</i>	Casi di TBC polmonare persi al follow up/n. totale casi TBC polmonare notificati nell'anno	10,7% (2013)	/	/	/	5,35%

Cronogramma 7.5 - TBC: come affrontare un problema ancora diffuso

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
7.5.1 Migliorare le conoscenze delle persone immigrate, sia rispetto alle modalità di accesso ai servizi sanitari, sia rispetto alla prevenzione e alla cura della infezione tubercolare latente e /o della malattia tubercolare, attraverso la messa a disposizione di informazioni veicolate con strumenti diversi.																	
7.5.1.1	Attivare di un gruppo di progetto multidisciplinare che comprenda i rappresentanti delle diverse comunità degli immigrati e i mediatori culturali.	Direzione Regionale Salute e coesione sociale															
7.5.1.2	Definire i bisogni di informazione, la metodologia di approccio e il linguaggio da utilizzare, nonché le modalità di diffusione/distribuzione più efficaci per i diversi gruppi target (materiali cartacei e da utilizzare sul web, incontri, seminari, ecc...)	Direzione salute e coesione sociale Servizi Comunicazione Az. USL Rappresentanti immigrati, mediatori culturali															
7.5.1.3	Definire i contenuti dei messaggi da destinare a diversi strumenti di divulgazione: 1. informazioni sull'accesso ai servizi da inserire nella APP per dispositivi mobili (v. Progetto: Una APP per amica) 2. informazione sulla prevenzione della malattia tubercolare (materiali cartacei da distribuire, da inserire nei siti istituzionali, filmati, ecc..)	Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare, Servizi Comunicazione Az. USL Immigrati, mediatori culturali															
7.5.1.11	Tradurre il prodotto nelle lingue delle comunità straniere più rappresentate in Umbria	Mediatori culturali/traduttori															
7.5.1.4	Definire i contenuti della APP per ciascun settore	Gruppo di progetto/Regione															
7.5.1.5	Realizzare la struttura informatica su contenuti tipo	Software house															
7.5.1.6	Validare le versioni demo	Software house															
7.5.1.7	Verificare e formattare i contenuti	Software house															
7.5.1.8	Realizzare la versione prototipale	Software house															
7.5.1.9	Validare e effettuare test prototipo	Gruppo di progetto															
7.5.1.10	Finalizzare i prodotti Software	Software house															
7.5.1.11	Realizzare materiali	Società grafica individuata															
7.5.1.12	Distribuire materiali informativi secondo le modalità stabilite dal Gruppo di progetto	Direzione regionale Salute e Coesione sociale Servizi Comunicazione Az. USL Rappresentanti degli immigrati															

Progetto 7.6	Spazio ai giovani: tra reale e virtuale
Descrizione	<p>Questo progetto scaturisce da un'esperienza nata qualche anno fa e tuttora in corso, con caratteristiche innovative e ricca di potenzialità, e ne costituisce una nuova evoluzione.</p> <p>#YAU – Young Angles Umbria: la storia</p> <p>Nel 2013 è stato attivato dal C.C.M. - Ministero della Salute il progetto nazionale "Social net skills", al quale la Regione Umbria ha partecipato come unità operativa. Il progetto prevedeva attività di promozione della salute rivolte alle nuove generazioni, anche con l'utilizzo del web e dei social network. La realizzazione in Umbria è stata seguita direttamente dalla struttura regionale, nello specifico dalla <i>Sezione Salute Mentale e Dipendenze del Servizio Programmazione sociosanitaria della Direzione regionale Salute e Coesione Sociale</i>, e, per l'area di attività <i>on line</i>, è stata coordinata sul piano operativo dal Centro Servizi Giovani del Comune di Perugia. Il progetto nazionale è terminato il 21 marzo 2015, ed ora le attività stanno proseguendo con un finanziamento della Regione.</p> <p>Nell'ambito di questo progetto è nato #YAU - YoungAnglesUmbria, cioè una realtà che comprende allo stesso tempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un gruppo di giovani (attualmente 16, dai 18 ai 27 anni) che, attraverso una formazione specifica, ha acquisito competenze per l'ascolto e il supporto dei coetanei, forniti attraverso strumenti on line, con riferimento al metodo dell'educazione tra pari; - quindi, un luogo virtuale di incontro, di informazione, di ascolto, che si serve dei vari strumenti messi a disposizione da Internet (social network, chat, sito web); - una rete di supporto, che comprende innanzitutto un gruppo di tutor professionisti, e quindi una serie di servizi che forniscono in alcuni casi appoggio logistico e di personale, in altri casi sono a disposizione per attività specifiche, ed infine diverse associazioni giovanili. <p>Il progetto sviluppa tre principali modalità di interrelazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'accoglienza: volta a facilitare l'inserimento sia degli utenti che si avvicinano al progetto tramite internet, sia dei giovani che si candidano a diventare Peer educator; • la negoziazione, volta a far acquisire ai Peer la capacità di gestire i conflitti (es. bullismo, abbandono, ...) e di segnalare agli utenti le possibilità per affrontare e risolvere i conflitti stessi; • l'educazione alla salute, volta ad approfondire e proporre modelli di comportamento salutare, secondo una visione orientata al benessere e positiva/propositiva piuttosto che focalizzata su criticità e danni. <p>Gli strumenti on line comprendono un <i>profilo</i> e una <i>pagina</i> facebook, con attivazione di una chat in orari dedicati; sono tutti gestiti direttamente dai peer e rappresentano (in particolare lo spazio chat) il tramite con cui ascoltano e interagiscono con i loro coetanei su temi attinenti (anche in senso molto ampio) la salute, su domande e problemi propri del mondo giovanile. La chat ha orari fissi, prevede attualmente due spazi pomeridiani a settimana; viene tenuta, secondo un calendario di turni predefinito, presso sedi fisiche dotate della necessaria strumentazione, dislocate in varie città umbre (attualmente, Perugia, Gubbio, Foligno, Terni), dove ogni volta si ritrovano un gruppetto di peer provenienti dai territori limitrofi ed alcuni tutor. La <i>Pagina</i> sviluppa principalmente il filone informativo e di approfondimento delle tematiche di interesse, mentre sul <i>Profilo</i> si colloca la Chat.</p> <p>Grazie alla comunicazione multimediale, ed in particolare alla chat, i peer si sono confrontati con gli utenti su diverse tematiche: accettazione di sé, rapporto col proprio corpo, alimentazione-cibo, problemi familiari, rapporto con i genitori, problemi relazionali e affettività, problemi di cuore/gelosia e ansia, scuola e problemi scolastici, sessualità - omosessualità/bisessualità, lavoro, uso/abuso di sostanze psicotrope, disagio sociale e bullismo. Sono state inoltre fornite informazioni sui servizi offerti dal territorio (ad esempio i Consultori Giovani, il Servizio psicologico giovani etc.).</p> <p>Il gruppo dei peer ha inoltre preso parte direttamente a convegni, workshop e tavole rotonde che via via venivano organizzati nelle diverse città umbre e a livello nazionale, oltre ad eventi ed iniziative culturali ed aggregative.</p> <p>Le attività vengono supportate da tutor, ossia professionisti (psicologi ed educatori) provenienti da</p>

servizi sanitari e sociali, che fungono da facilitatori dei processi, supportano i peer durante le chat e curano in particolare la formazione e la supervisione. Tutor e peer, anche se con ruoli diversi, si sentono parte di un'unica realtà ed usufruiscono spesso di momenti comuni di confronto e scambio. L'equipe del Centro servizi giovani del Comune di Perugia coordina a livello operativo l'attività nel suo complesso, attraverso la presenza stabile di due operatori, che hanno assunto nel tempo un ruolo di riferimento per il progetto, in modo particolare per i peer.

Metodologia adottata

Il progetto ha avuto fin dalle prime fasi l'ambizione di diramarsi nell'intero territorio regionale. Nella fasi propedeutiche all'attuazione, in alcune città umbre sono stati individuati alcuni giovani dai 14 ai 27 anni, che si candidavano ad essere i futuri "peer educator"; i giovani sono stati intercettati tra coloro che partecipavano attivamente alle iniziative proposte dai centri aggregativi giovanili e ad associazioni giovanili attive nei vari territori, o sulla base di precedenti esperienze di peer education o ancora grazie ai contatti con la rete dei servizi pubblici e del privato sociale che opera nelle diverse realtà territoriali.

I giovani che hanno dato la propria disponibilità a svolgere il ruolo di peer, reputati idonei a questo compito, hanno preso parte ad un programma di incontri formativi, curati dal gruppo dei tutor e riguardanti sia temi inerenti le tecniche di ascolto sia temi inerenti la salute, di particolare interesse per i giovani.

La metodologia della formazione ha previsto un percorso comune rivolto ai peer e ai tutor in un'unica realtà di gruppo. Ciascun incontro è stato curato, a turno, da alcuni dei tutor. I principali argomenti trattati sono stati: ascolto tra pari (la pragmatica della comunicazione umana, comunicazione verbale e non verbale, aspetti di contenuto e di relazione, punteggiatura. Comunicazione genitoriale, comunicazione empatica); l'ascolto: emozioni e razionalità (il ruolo di argine della razionalità in funzione pro-emozione e non contro); la trasmissione del messaggio comunicativo; caratteristiche della comunicazione via chat; vocabolario e grammatica della comunicazione in rete.

A conclusione del percorso formativo sono state avviate le attività di ascolto/comunicazione tra pari attraverso l'uso delle chat, con sessioni di supervisione a cadenza mensile. La metodologia delle supervisioni è analoga a quella seguita per la formazione, gli incontri (curati ciascuno da due tutor) prevedono la presenza del gruppo unitario peer-tutor. I tutor si incontrano all'occorrenza in riunioni riservate esclusivamente al loro gruppo.

La partecipazione di giovani provenienti da diverse realtà umbre e uniti dalle esperienze proposte dal progetto, ha prodotto interesse e stimoli positivi, coesione del gruppo e disponibilità a partecipare alle sessioni di confronto regionali e nazionali.

La costituzione di un gruppo motivato ha avuto come ulteriore esito la progettazione e realizzazione di prodotti e performance per pubblicizzare il progetto (realizzazione di video, studio della grafica delle immagini e dei loghi rappresentativi del progetto) e la partecipazione ad iniziative pubbliche e manifestazioni in ambito regionale, dove i peer hanno raccontato in maniera creativa la loro esperienza progettuale e promosso il progetto; ciascuno ha messo a disposizione le proprie competenze e creatività.

Sono state realizzate, inoltre, collaborazioni e connessioni con altri progetti ed iniziative (ad es. Sessò, del consultorio di Perugia; i progetti Peer.Sing e SPES, finanziati dal Fondo Europeo Immigrazione e gestiti dal Comune di Perugia come capofila, che hanno sperimentato attività di "sportello" gestite da peer nelle scuole superiori). Infine, il gruppo dei peer ha messo in atto un'attività di auto-formazione a cascata, che ha facilitato il passaggio di informazioni verso i nuovi peer inseriti nel percorso in momenti successivi.

L'attività dei peer è svolta a titolo volontario e pertanto non prevede una retribuzione. È stato comunque necessario prevedere il rimborso delle spese vive sostenute da o per i peer riguardanti il vitto, il trasporto e, per gli incontri di livello nazionale previsti dal progetto precedente, alberghiere.

In relazione alla realizzazione delle Chat: per le attrezzature informatiche e i costi di connessione si è fatto riferimento alle sedi pubbliche dove era disponibile la connessione ad internet o una rete di

free Wi-Fi oltre alla possibilità di utilizzare tablet, notebook e PC.

I contatti tra peer, oltre alle riunioni di gruppo, avvengono attraverso l'uso dei propri smartphone.

Evoluzione dell'attività

Nel corso del progetto passato, #YAU si è caratterizzato sempre più come un servizio di informazione ed ascolto tra pari su piattaforme multimediali e sui social network (in particolare facebook), rivolto ad adolescenti e gestito da adolescenti "peer educator" con il supporto di psicologi ed esperti di comunicazione, in grado di fornire feed-back in tempo reale alle questioni poste dai ragazzi-utenti.

Ora con questo progetto, in funzione dei risultati positivi raggiunti, si intende dare continuità e valorizzazione a quanto attuato. A tutti i livelli (metodologico, organizzativo, ecc.), la base di partenza è l'attività già in atto, che, senza stravolgimenti che ne possano minare la validità, dovrà essere estesa e potenziata, prevedendo in particolare un'evoluzione delle attività di comunicazione e informazione: a partire da messaggi veicolati da istituzioni e servizi secondo modalità prestabilite, saranno costruite e diffuse, da parte dei peer, comunicazioni in una veste idonea a raggiungere altri giovani nella maniera più estesa possibile.

Tra gli argomenti principali, inerenti la salute, che possono essere affrontati nelle piattaforme multimediali e in altre iniziative, sono compresi i seguenti, di particolare interesse per i giovani:

- affettività, sessualità
- malattie a trasmissione sessuale
- uso/abuso di sostanze legali e illegali
- bullismo e aggressività
- conoscenza ed utilizzo dei servizi pubblici attivi sul territorio
- altri argomenti proposti dai ragazzi.

Per l'attuazione del progetto occorrono sedi fisiche presso le quali i peer ed i tutor possano incontrarsi per progettare/realizzare le attività; a questo proposito si confermano le localizzazioni precedenti (Perugia, Terni, Foligno, Gubbio) e si aggiunge Orvieto, considerata la difficoltà dei collegamenti che caratterizza questo territorio; esse costituiscono punto di riferimento anche per i territori limitrofi.

In ciascuna delle località indicate dovrà essere individuata o confermata una struttura aggregativa che funga da riferimento per la fascia d'età di interesse, che risponda e sia funzionale al raggiungimento degli obiettivi progettuali e che si associ alla disponibilità di una sede fisica adeguatamente attrezzata. La rispondenza alle esigenze del progetto è valutata in relazione ai seguenti parametri:

- il collegamento a circuiti sociali (associazioni, scuole, gruppi informali) che amplino la possibilità di individuare nuovi candidati alla funzione di peer educator e contribuiscano alla costruzione di reti di supporto formali ed informali;
- la flessibilità dell'organizzazione, sia per rispondere alle esigenze anche impreviste che possono maturare nel corso di realizzazione del progetto, visto il suo taglio innovativo, sia per supportare efficacemente (sul piano organizzativo e non solo) il gruppo dei peer nel loro ruolo di gestione attiva;
- la capacità di favorire la disseminazione del progetto nell'intera area territoriale, attivando reti locali e partecipando/organizzando eventi che promuovano le iniziative progettuali;
- la possibilità di supportare la partecipazione dei peer, anche attraverso attività di accompagnamento, agli incontri di formazione e supervisione mensili e agli incontri di coordinamento centrale;
- la capacità di favorire il lavoro in rete con altre iniziative che riguardino la promozione del benessere tra i giovani.

Obiettivo generale: Realizzare attività di informazione, comunicazione ed ascolto riguardanti i temi della salute, intesa in senso ampio, e della promozione del benessere, rivolte ai giovani e realizzate da giovani, attraverso l'uso del web e dei social network.

	<p>Obiettivi specifici</p> <p>7.6.1. Costituire un gruppo di lavoro di livello regionale, che comprenda le figure di coordinamento operativo di livello centrale e referenti delle sedi locali.</p> <p>7.6.2. Sviluppare, per ciascun territorio individuato per la localizzazione delle sedi operative del progetto (Perugia, Terni, Foligno, Gubbio, Orvieto), collaborazioni intersettoriali tra l'Azienda USL ed il Comune, per la messa a disposizione di quanto necessario alla realizzazione del progetto (sede, operatori, ecc.).</p> <p><i>Il progetto, per sviluppare al meglio la propria funzione, necessita di solide reti di sostegno. La strutturazione delle reti istituzionali, tuttavia, deve essere realizzata salvaguardando la spontaneità della "costruzione dal basso" che ha mobilitato fin qui entusiasmo e propositività.</i></p> <p>7.6.3. Attivare in ciascuna località individuata sedi operative idonee allo svolgimento delle attività progettuali.</p> <p>7.6.4. Comporre il gruppo dei tutor.</p> <p>7.6.5. Comporre il gruppo dei peer.</p> <p>7.6.6. Formare i peer.</p> <p>7.6.7. Realizzare attività di ascolto on line, secondo una metodologia peer to peer, dando continuità all'intervento già sperimentato.</p> <p>7.6.8. Avviare un'attività continuativa di informazione e comunicazione sui temi della salute e del benessere attraverso il web (sito, pagina facebook, ecc.)</p> <p>7.6.9. Realizzare attività di formazione continua e supervisione dei peer.</p> <p>7.6.10. Diffondere il progetto a livello locale, incrementandone la disseminazione, e sviluppare contatti con analoghe esperienze di livello extra-regionale.</p>
Gruppo prioritario	Adolescenti/giovani adulti tra i 14 e i 22 anni.
Setting	Rete Internet Centri ed eventi di aggregazione giovanile
Gruppi di interesse	Adolescenti/giovani di 14-22 anni Peer Educator dai 16 anni ai 24 anni Associazioni giovanili e gruppi giovanili informali Centri giovani, Informagiovani ed altri servizi per i giovani dei Comuni. Servizi ed equipe dedicate ad adolescenti/giovani delle ASL Rete dei servizi sanitari e sociali Istituzioni locali
Prove di efficacia	Il progetto costituisce essenzialmente un'estensione ed un ampliamento delle attività realizzate nell'ambito del progetto nazionale "Social net skills", attivato dal CCM del Ministero della Salute, e trova una base di validazione dai risultati positivi evidenziati da quel progetto.
Misure per le disuguaglianze	Aperto a tutti gli adolescenti senza discriminazione di sesso, religione, etnia. <i>Attività gratuita, usufruibile tramite wi-fi free e internet point gratuiti (Piazze Free Wi-Fi promosse dagli EE.PP.) accessibili tramite notebook, smartphone e tablet.</i> Il progetto si avvale del supporto di Centri giovani attivati dai Comuni, che costituiscono punti di aggregazione giovanile mirati prioritariamente ai gruppi più vulnerabili.
Trasversalità	La trasversalità si fonda sull'idea che il progetto sia di utilità in vari settori, Politiche Giovanili, Servizi Sanitari, Servizi Educativi, Cultura, Servizi Sociali, e si sostanzia nella costruzione di reti interistituzionali ed intersettoriali di supporto. Il Servizio Sanitario, ai suoi diversi livelli, detiene le funzioni di regia, progettazione, indirizzo e coordinamento per la realizzazione delle attività. Gli argomenti trattati saranno di diverso interesse, secondo il concetto di salute definito dall'OMS; compito dei peer sarà rielaborare il materiale informativo prodotto dai servizi territoriali per una comunicazione più adatta e più vicina al target di riferimento. La trasversalità si attuerà anche nel creare uno scambio continuo tra i peer e i servizi per lo svolgimento di questi compiti.

<p>Attività principali</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Costituire il gruppo di coordinamento regionale, composto da referenti della Regione, del Centro servizi giovani del Comune di Perugia e delle sedi locali e dai tutor. <i>Il Centro servizi giovani del Comune di Perugia manterrà il ruolo di coordinamento operativo in continuità con la fase precedente. Il gruppo di lavoro si allargherà nel tempo con l'inclusione delle realtà locali che saranno via via strutturate in aggiunta a quelle attive inizialmente</i> - Definire le modalità organizzative relative: al coordinamento operativo ed al raccordo tra le diverse sedi, per garantire la realizzazione omogenea e coordinata delle attività; al rapporto con le realtà formali ed informali del territorio, per lo sviluppo di reti locali di supporto al progetto. <i>Il Gruppo di coordinamento regionale nella fase iniziale definisce le modalità organizzative generali. Successivamente coordina la pianificazione e l'organizzazione delle attività.</i> - Presentare il progetto alle ASL e ai Comuni individuati per la collocazione delle sedi del progetto (Perugia, Terni, Foligno, Gubbio, Orvieto), come evoluzione dell'intervento attuato con il progetto CCM Social net skills. <i>Il progetto necessita di sedi fisiche, che costituiscono punti di riferimento anche per attività e relazioni di ambito territoriale, tuttavia consiste principalmente in attività sviluppate sul web e pertanto nel suo insieme coinvolge tutto il territorio regionale. I Comuni ove collocare le sedi sono stati individuati secondo criteri essenzialmente di tipo logistico-organizzativo.</i> Sottoscrivere, per ciascun territorio individuato per la realizzazione del progetto, un accordo di collaborazione tra la ASL (Distretto sociosanitario) ed il Comune, relativo alla sede, agli operatori e alle altre condizioni necessarie per la realizzazione del progetto. - Individuazione/conferma della sede centrale (Perugia - Centro servizi giovani) e delle sedi locali collocate nelle aree territoriali selezionate. - Per ciascuna sede, individuazione della struttura aggregativa cui viene affidata la gestione delle attività ed individuazione dei relativi operatori, secondo i criteri definiti dal progetto. - Individuare i tutor, partendo dal gruppo preesistente. <i>Saranno confermati gli operatori già attivi interessati a proseguire nelle attività, e saranno inseriti nuovi operatori (di servizi ASL o comunali). I tutor (preferibilmente psicologi ed educatori) devono avere esperienza/competenza nel lavoro con gli adolescenti, ed essere motivati a partecipare.</i> - Individuare i peer, partendo dal gruppo preesistente. <i>I peer dovranno essere individuati preferibilmente tra gli appartenenti alla fascia di età 16-24 anni. Saranno confermati i peer già attivi interessati a proseguire nelle attività, e saranno inseriti nuovi peer individuati attraverso gli interventi di peer education in atto nelle scuole (v. progetto YAPS), le associazioni, le segnalazioni degli operatori coinvolti nel progetto.</i> - Realizzare un percorso formativo rivolto al gruppo unitario tutor-peer, con le stesse metodologie utilizzate nella fase progettuale precedente. <i>Per la formazione, si utilizzeranno le stesse metodologie utilizzate nella fase precedente, visti i risultati positivi.</i> - Realizzare attività di ascolto tra pari tramite chat, in orari predefiniti, in fascia oraria pomeridiana e serale, in continuità con la fase progettuale precedente. - Realizzare attività di scambio e contatto costante con i servizi per il passaggio di informazioni, materiali, ecc. - Attivare strumenti di diffusione delle informazioni (sito web, FB, ecc.) idonei a raggiungere il target dei giovani. - Realizzare attività costanti di diffusione delle informazioni, tramite strumenti on line ed eventi ed iniziative sul territorio. <i>I messaggi da diffondere potranno derivare, oltre che dall'iniziativa spontanea dei peer, anche da input dei servizi sanitari e sociali; in questo caso saranno trasferiti sul web dopo rielaborazione da parte dei peer, con l'obiettivo di rendere più efficace la comunicazione in relazione al target che si intende raggiungere.</i> - Realizzare attività periodiche di supervisione e formazione continua dei peer, di norma con
-----------------------------------	---

	<p>cadenza mensile.</p> <p><i>La supervisione e la formazione continua dei peer saranno garantite dai tutor, con metodologie analoghe a quelle utilizzate nella fase progettuale precedente, che hanno avuto risultati positivi.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppare a supporto del progetto reti di collaborazione intersettoriale di livello locale, che includano soggetti istituzionali e realtà informali (associazioni, soprattutto giovanili). <p><i>Le collaborazioni, l’inserimento di peer e tutor, le attività con i servizi sociali e sanitari si amplieranno gradualmente ai territori contigui alle sedi individuate (Distretti sanitari/Zone sociali limitrofe).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffondere il progetto attraverso la partecipazione ad eventi pubblici di livello locale, regionale e nazionale. <p><i>Saranno realizzate anche attività di interscambio con iniziative simili di livello locale, regionale e nazionale. Sarà mantenuto, tra l’altro, il contatto con le diverse esperienze che, a livello nazionale, sono scaturite dal progetto Social Net Skills.</i></p>
Rischi e management	<p>I rischi che il progetto potrebbe incontrare sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - difficoltà nel costituire gruppi peer in diverse località della regione; - stabilità e durezza dei gruppi di peer costituiti; - uniformità dei messaggi inviati dalle diverse sedi operative; - difficoltà dei tutor afferenti alla rete dei servizi socio sanitari a garantire continuità della presenza, soprattutto nelle sessioni delle chat in orario extraufficio; - tempi di validazione da parte degli esperti tutor afferenti alla rete dei servizi socio sanitari, del materiale informativo rielaborato dagli stessi peer; - continuità del sostegno fornito dai Comuni ai centri di servizio e di aggregazione giovanile che svolgono azioni di riferimento per il progetto nei diversi territori. <p>Tuttavia il progetto è innovativo rispetto alle prassi in atto nel territorio, per cui non è facilmente intuibile la verosimiglianza della mappa dei rischi; la sperimentazione del triennio precedente ha consentito di valutare, accanto ad elementi di possibile criticità, la forza di proposizione che scaturisce dal progetto, ed il clima di generale favore che esso suscita. Pertanto si ritiene che la presenza costante degli Uffici regionali competenti nel monitorare e sostenere il progetto, accanto alle alleanze di livello locale, sia sufficiente per attivare l’adozione di “contromisure” adeguate rispetto ai problemi che si dovessero verificare.</p>
Sostenibilità	<p>La sostenibilità sul piano operativo appare realistica, alla luce della sperimentazione già effettuata. Si potrebbero presentare problemi di sostenibilità sul piano economico, se le attività si espandessero oltre i livelli previsti: nel caso, potrebbero essere cercate fonti di ulteriore finanziamento, ad integrazione di quello regionale previsto, a livello locale, regionale, nazionale o europeo.</p>

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
7.6.3 Attivare in ciascuna località individuata sedi operative idonee allo svolgimento delle attività progettuali.	7.6.3/1 Avvio sedi operative	/	/	/	5 sedi	/	/
7.6.6 Formare i peer	7.6.6/1 Corso di formazione	/	/	/	Corso di formazione organizzato	/	/
7.6.8 Avviare un’attività continuativa di informazione e comunicazione sui temi della salute e del benessere attraverso il web.	7.6.8/1 Attivazione sito e pagina FB	/	/	/	Sito web e pagina FB	/	/

Cronogramma 7.6 – Spazio ai giovani: tra reale e virtuale

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
7.6.1 Costituire un gruppo di lavoro di livello regionale, che comprenda le figure di coordinamento operativo di livello centrale e referenti delle sedi locali.																	
7.6.1.1	Costituire il gruppo di coordinamento regionale, composto da referenti della Regione, del Centro servizi giovani del Comune di Perugia e delle sedi locali e dai tutor.	Regione, Centro servizi giovani di Perugia, servizi ASL, servizi comunali															
7.6.1.2	Definire le modalità organizzative relative: al coordinamento operativo ed al raccordo tra le diverse sedi, per garantire la realizzazione omogenea e coordinata delle attività; al rapporto con le realtà formali ed informali del territorio, per lo sviluppo di reti locali di supporto al progetto.	Gruppo di lavoro regionale															
7.6.2 Sviluppare, per ciascun territorio individuato per la localizzazione delle sedi operative del progetto (Perugia, Terni, Foligno, Gubbio, Orvieto), collaborazioni intersettoriali tra l’Azienda USL ed il Comune, per la messa a disposizione di quanto necessario alla realizzazione del progetto (sede, operatori, strumentazioni, ecc.).																	
7.6.2.1	Presentare il progetto alle ASL e ai Comuni individuati per la collocazione delle sedi del progetto (Perugia, Terni, Foligno, Gubbio, Orvieto), come evoluzione dell’intervento attuato con il progetto CCM <i>Social net skills</i> .	Regione (con il supporto degli operatori e dei peer che hanno condotto l’esperienza precedente)															
7.6.2.1	Sottoscrivere, per ciascun territorio individuato per la realizzazione del progetto, un accordo di collaborazione tra la ASL (Distretto sociosanitario) ed il Comune, relativo alla sede, agli operatori e alle altre condizioni necessarie per la realizzazione del progetto.	ASL (distretti sanitari individuati), Comuni individuati															
7.6.3 Incrementare il livello di disseminazione del progetto, aumentando il numero delle sedi nel territorio regionale. Attivare in ciascuna località individuata sedi operative idonee allo svolgimento delle attività progettuali.																	

		servizi comunali, gruppo tutor																	
7.6.8.2	Attivare strumenti di diffusione delle informazioni (sito web, FB, ecc.) idonei a raggiungere il target dei giovani.	Peer, equipe Centro servizi giovani Perugia, equipe sedi locali																	
7.6.8.3	Realizzare attività costanti di diffusione delle informazioni, tramite strumenti on line ed eventi ed iniziative sul territorio.	Peer, equipe Centro servizi giovani Perugia, equipe sedi locali																	
7.6.9 Realizzare attività di formazione continua e supervisione dei peer.																			
7.6.9.1	7.6.6.1 Realizzare attività periodiche di supervisione e formazione continua dei peer, di norma con cadenza mensile.	Gruppo tutor, gruppo peer, equipe Centro servizi giovani Perugia, equipe sedi locali																	
7.6.10 Diffondere il progetto a livello locale, incrementandone la disseminazione, e sviluppare contatti con analoghe esperienze di livello extra-regionale.																			
7.6.10.1	Sviluppare a supporto del progetto reti di collaborazione intersettoriale di livello locale, che includano soggetti istituzionali e realtà informali (associazioni, soprattutto giovanili).	Servizi ASL e dei Comuni, equipe Centro servizi giovani Perugia, equipe sedi locali																	
7.6.10.2	Diffondere il progetto attraverso la partecipazione ad eventi pubblici di livello locale, regionale e nazionale.	Regione, equipe Centro servizi giovani Perugia, equipe sedi locali, gruppo peer, gruppo tutor																	

Programma 8. Cibo: cultura e salute

Vision

Con questo programma si vuole lavorare per “rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria” migliorando la qualità degli interventi dell’autorità di controllo ufficiale, dall’altro si ritiene importante utilizzare il tema del cibo come strumento per coniugare attenzione alle diversità, che in un contesto di grave difficoltà economica diventa attenzione alle classi meno abbienti, fino alla costruzione di progetti che utilizzino il cibo come occasione per l’incontro tra culture diverse in una logica di piena integrazione di costumi e usanze

Il programma pertanto è volto a perseguire i seguenti obiettivi generali:

- Favorire fin dall’infanzia l’integrazione tra culture diverse attraverso il cibo.
- Migliorare la qualità dei menù scolastici attraverso la implementazione delle linee guida regionali per la ristorazione.
- Migliorare la ristorazione nelle residenze protette al fine di garantire un adeguato supporto nutrizionale agli anziani ricoverati.
- Mettere a punto un percorso per il raggiungimento degli standard del controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare.

Con questo programma si intende contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi centrali nazionali: 1.3; 1.7; 1.8; 10.2; 10.4; 10.7; 10.9; 10.11; 10.12(riportati per esteso nel quadro logico regionale).

- 8.1 Migliorare l'efficacia dei controlli ufficiali eseguiti dalle Autorità Competenti nell’ambito del Piano Regionale Integrato
- 8.2 Il mercato dell’ultimo minuto
- 8.3 La formazione come strumento di miglioramento del controllo ufficiale
- 8.4 La mensa come strumento di educazione alimentare e contenimento degli sprechi
- 8.5 Miglioramento della qualità nutrizionale nelle residenze protette

I PROGETTI

<p>Progetto 8.1</p>	<p>Migliorare l'efficacia dei controlli ufficiali eseguiti dalle Autorità Competenti nell'ambito del Piano Regionale Integrato</p>
<p>Descrizione</p>	<p>Il Reg. (CE)882/2004 all'art. 4.2 stabilisce che le Autorità Competenti assicurino l'efficacia e l'appropriatezza dei controlli ufficiali su animali vivi, mangimi e alimenti in tutte le fasi della produzione, trasformazione e distribuzione, nonché riguardo all'uso dei mangimi.</p> <p>All'art. 4.6 prevede altresì che le Autorità Competenti procedano ad Audit interni, o possano far eseguire audit esterni, e prendano le misure appropriate alla luce dei loro risultati, per verificare che si stiano raggiungendo gli obiettivi previsti dal regolamento.</p> <p>L'art. 8.3 del medesimo regolamento stabilisce che le Autorità Competenti verifichino l'efficacia dei controlli ufficiali da esse eseguiti e assicurino che siano adottati i correttivi eventualmente necessari.</p> <p>Le "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria", di cui all'Accordo sancito in Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 7 febbraio 2013, recepito dalla Regione Umbria con Deliberazione di Giunta Regionale n. 505 del 28 maggio 2013, definiscono, al Capitolo 3, i criteri generali per lo svolgimento da parte delle Autorità Competenti degli Audit, previsti dal Reg. 882/04, finalizzati, attraverso la valutazione del funzionamento delle medesime Autorità, al loro progressivo adeguamento e continuo miglioramento.</p> <p>La Regione Umbria, conseguentemente all'entrata in vigore dei nuovi Regolamenti comunitari facenti capo al cosiddetto "pacchetto igiene", con Deliberazione di Giunta Regionale n.405 del 30 marzo 2009 ha già implementato lo sviluppo, in relazione al regolamento CE n. 882/2004, di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare salute e benessere animale, secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità, riferiti al modello UNI CEI EN 45004. Tale percorso ha interessato tutti gli operatori, Medici, Veterinari, Biologi e Tecnici della Prevenzione dei Servizi SA, IAOA, IAPZ e IAN delle Aziende USL umbre e del Servizio regionale di Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare.</p> <p>In coerenza con i criteri individuati dall'Accordo sulle "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria", l'attività di verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali eseguiti dalle Autorità Competenti in applicazione del regolamento CE n 882/2004, è stata supportata dal percorso formativo sullo "Standard per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria", previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 989 del 17 novembre 2013 e avviato il 30 marzo 2015 in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.</p> <p>In tale ambito, è in corso la revisione delle procedure documentate di controllo e verifica, previste dall'articolo 8.1 del Regolamento (CE) 882/2004, che comportano informazioni e istruzioni per il personale che esegue i controlli ufficiali comprensive di modulistica utilizzata per la pianificazione, attuazione, formulazione delle eventuali raccomandazioni e elaborazione del conseguente piano d'azione.</p> <p>L'obiettivo che si vuole raggiungere con questo progetto è il rafforzamento dello strumento della verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali eseguiti dalle Autorità Competenti nell'ambito del Piano Regionale Integrato (PRI) Regione Umbria, la cui stesura è stata avviata con Deliberazione della Giunta Regionale n. 91 del 26/01/2015 di recepimento "Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente il Piano Nazionale Integrato (PNI) 2015-2018".</p>

	<p>Strumenti di verifica dell'efficacia sono l'Audit di cui all' art. 4.6 del Reg. CE n. 882/2004, e la cosiddetta "Supervisione" prevista dall' art. 8.3 del Regolamento medesimo, svolta sia dall'AC Regionale sulle AC Locali che da quest'ultime all'interno della loro organizzazione.</p> <p>L'attività di Audit ai sensi dell'art. 4.6 del Reg. CE n. 882/2004 e la verifica dell'efficacia (cosiddetta "Supervisione") espletata dalle Autorità Competenti Locali all'interno della loro organizzazione, ricadono nel campo degli adempimenti LEA.</p> <p><u>Obiettivi specifici</u></p> <p>Con il progetto, pertanto, si intende:</p> <p>8.1.1 revisionare, nell'ambito del percorso formativo sullo "Standard per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria", le procedure documentate di controllo e verifica, previste dall'articolo 8.1 del Regolamento (CE) 882/2004, con particolare riferimento alla verifica dell'efficacia, uniformandone l'applicazione in Umbria da parte dell'Autorità Competente Regionale e Locale;</p> <p>8.1.2 prevedere la pianificazione annuale, da parte delle Autorità Competenti Regionale e Locale, dell'attività di verifica dell'efficacia e la relativa rendicontazione dell'attività svolta dalle medesime Autorità Competenti;</p> <p>8.1.3 prevedere la realizzazione da parte delle Autorità Competenti Regionale e Locale dell'attività di verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali espletati, sia mediante Audit ai sensi dell'art. 4.6 del Reg. CE n. 882/2004, che mediante la cosiddetta "Supervisione" ai sensi dell'art. art. 8.3 del Regolamento medesimo.</p>
Gruppo prioritario	<ul style="list-style-type: none"> • Regione Umbria - Direzione regionale Salute, coesione sociale – Servizio prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare • Servizi Medici di Igiene degli alimenti di origine animale • Servizi Veterinari di Sanità animale • Servizi Veterinari di Igiene degli alimenti di origine animale • Servizi Veterinari di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Regione Umbria - Direzione regionale Salute e Coesione sociale • Aziende USL Umbria 1 e 2 - Dipartimenti di Prevenzione
Gruppi di interesse	<p>Il progetto interessa l'Autorità Competente Regionale e quelle Locali, vale a dire Medici, Veterinari, Biologi e Tecnici della Prevenzione preposti ai controlli ufficiali previsti dal regolamento CE n. 882/2004 con il supporto di personale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche e dell'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente, Laboratori Ufficiali, in qualità di "Esperto" in taluni ambiti.</p>
Attività principali	<p>Nel biennio 2015-2016, nell'ambito del percorso formativo sullo "Standard per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria", verranno revisionate le procedure documentate di controllo e verifica (comprensive di modulistica utilizzata per la pianificazione, attuazione, formulazione delle eventuali raccomandazioni e elaborazione del conseguente piano d'azione) previste dall'articolo 8.1 del Regolamento (CE) 882/2004, con particolare riferimento alla verifica dell'efficacia, garantendone l'omogenea applicazione sull'intero territorio regionale.</p> <p>Nel periodo 2015 – 2018 le Autorità Competenti Regionale e Locale realizzeranno l'attività di verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali effettuati nell'ambito del Piano Regionale Integrato (PRI) - Regione Umbria relativamente ai sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" della Commissione Europea:</p> <ul style="list-style-type: none"> – salute animale – alimenti di origine animale – mangimi e alimentazione degli animali – TSE e sottoprodotti di origine animale – farmaci veterinari e residui

	<ul style="list-style-type: none"> – alimenti e igiene generale – fitosanitari e loro residui – benessere animale <p>sia mediante lo strumento dell’Audit ai sensi dell’art. 4.6 del Reg. CE n. 882/2004, che mediante la cosiddetta “Supervisione” ai sensi dell’art. art. 8.3 del Regolamento medesimo.</p>
Rischi e management	Il principale rischio deriva dal fatto che l’applicazione delle procedure presuppone spesso una modifica dei comportamenti che deve essere monitorata in continuo per evitare il ritorno a pressioni consolidate
Sostenibilità	Il costo del percorso formativo a sostegno del miglioramento dell’efficacia dei controlli sarà sostenuto dalla Direzione Salute e Coesione sociale

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
8.1.3 Realizzazione da parte delle Autorità Competenti Regionale e Locale, dell’attività di verifica dell’efficacia, sia mediante Audit ai sensi dell’art. 4.6 del Reg. CE n. 882/2004, che mediante la cosiddetta “Supervisione” ai sensi dell’art. art. 8.3 del Regolamento	8.1.3/1 Audit effettuati / audit programmati	/	/	/	100%	100%	100%

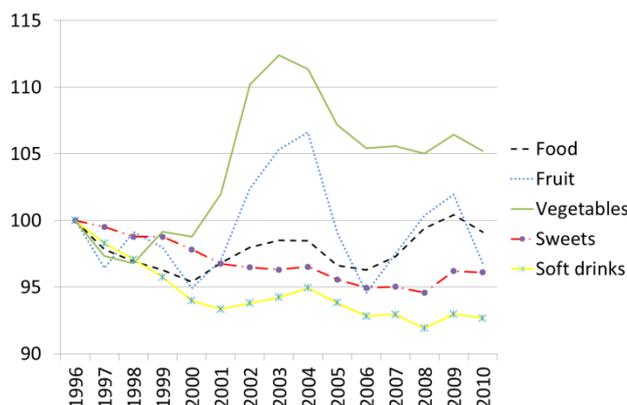
Cronogramma 8.1 – Migliorare l'efficacia dei controlli ufficiali eseguiti dalle Autorità Competenti nell'ambito del Piano Regionale Integrato

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
8.1.1 Revisionare le procedure documentate di controllo e verifica																
8.1.1.1	Revisionare e condividere le procedure documentate di controllo e verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali effettuati (comprehensive di modulistica utilizzata per la pianificazione, attuazione, formulazione delle eventuali raccomandazioni e elaborazione del conseguente piano d'azione)	Regione - Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare / gruppi di lavoro ad hoc														
8.1.1.2	Redigere il documento di validazione delle procedure (Determinazione Dirigenziale)	Regione - Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare														
8.1.1.3	Formare Medici, Veterinari, Biologici e Tecnici della Prevenzione, nell'ambito del percorso formativo sullo "Standard per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria"	Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica														
8.1.2 Pianificare con cadenza annuale dell'attività di verifica dell'efficacia e relativa rendicontazione dell'attività effettuata																
8.1.2.1	Pianificare, entro il I trimestre di ogni anno, da parte delle Autorità Competenti Regionale e Locale, l'attività di verifica dell'efficacia	Regione - Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare Aziende USL Umbria 1 e 2 – Dipartimenti di Prevenzione - Servizi Medici IAN – Servizi Veterinari SA, IAOA e IAPZ														

8.1.2.2	Rendicontare, entro il 31 gennaio di ogni anno, l'attività di verifica dell'efficacia effettuata.	Regione - Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare Aziende USL Umbria 1 e 2: Dipartimenti di Prevenzione - Servizi Medici IAN – Servizi Veterinari SA, IAOA e IAPZ																		
8.1.3 Realizzazione da parte delle Autorità Competenti Regionale e Locale, dell'attività di verifica dell'efficacia, sia mediante Audit ai sensi dell'art. 4.6 del Reg. CE n. 882/2004, che mediante la cosiddetta "Supervisione" ai sensi dell'art. art. 8.3 del Regolamento																				
8.1.3.1	Attività 1.1 realizzare, entro il II, III e IV trimestre di ogni anno, Audit ai sensi dell'art. 4.6 del Reg. CE n. 882/2004 su almeno 2 Servizi Medici IAN e Veterinari SA, IAOA e IAPZ di ciascuna Azienda USL in almeno 2 dei nei sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" della Commissione Europea	Regione - Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare Gruppi di Audit																		
8.1.3.2	Attività 1.2 realizzare annualmente "Supervisione" ai sensi dell'art. art. 8.3 del Regolamento su almeno 2 Servizi Medici IAN e Veterinari SA, IAOA e IAPZ di ciascuna Azienda USL, in almeno 2 dei sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" della Commissione Europea	Regione - Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare Gruppi di Supervisione																		
8.1.3.3	Attività 1.3 realizzare annualmente "Supervisione" ai sensi dell'art. art. 8.3 del Regolamento, in almeno 2 dei sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" della Commissione Europea	Aziende USL Umbria 1 e 2: Servizi Medici IAN – Servizi Veterinari SA, IAOA e IAPZ																		

Progetto 8.2	Il mercato dell'ultimo minuto
<p>Descrizione</p>	<p>Questo progetto interpreta, in maniera ampia e lungimirante, il concetto di promozione della salute, utilizzando un setting, la Grande Distribuzione Organizzata, in cui è possibile affrontare due tematiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. il rapporto fra cibo, prezzo degli alimenti e dieta; 2. la riduzione delle spreco alimentare come occasione anche per migliorare la qualità dell'alimentazione delle persone economicamente svantaggiate. <p>Rispetto alla prima tematica, in letteratura vi sono numerosi studi che evidenziano come fra le cause dell'obesità e di una dieta non salutare vi sia il prezzo degli alimenti, troppo alto per i cibi più sani (frutta e verdura, ma anche prodotti trasformati con caratteristiche più sane o light) e, soprattutto, troppo basso per gli alimenti ad alta densità calorica, fast food, snack, bibite dolcificate gasate, dolci.</p> <p>Come evidenziato in un interessante articolo di Mazzocchi-Capacci sulla relazione tra qualità nutrizionale della dieta e il costo della stessa, la ricerca scientifica è apparentemente divisa: il filone scientifico dominante, che fa capo soprattutto all'epidemiologo americano Adam Drewnowski, ha prodotto una rilevante quantità di studi che dimostrano un'associazione positiva tra la salubrità della dieta e la spesa alimentare. Più precisamente, viene mostrato (Drewnowski & Darmon, 2005) come la densità energetica degli alimenti (calorie per grammo) sia associata negativamente al prezzo (per caloria). In altre parole, come forse si può intuire, il costo degli alimenti è legato inversamente al peso (oltreché naturalmente alla qualità) per cui diventa economicamente più conveniente scegliere alimenti con maggiore densità calorica. Altri studi hanno completato l'evidenza mostrando come diete a bassa densità energetica siano associate ad una spesa alimentare giornaliera significativamente superiore rispetto alle diete ad alta densità energetica (Darmon, Briend & Drewnowski, 2004), con l'implicazione che consumatori nelle fasce di reddito più basse scelgono diete ad alta densità energetica e come tali più obesogeni (Drewnowski, 2009). Se l'evidenza raccolta da Drewnowski e colleghi è principalmente legata ai paesi anglosassoni e alla Francia, risultati simili sono stati prodotti con dati di altri paesi, ad esempio in Olanda (Waterlander et al., 2010) o Spagna (Schroder, Marrugat & Covas, 2006), mentre non risultano studi analoghi in Italia.</p> <p>A contrastare questa forte evidenza, ci sono diverse ricerche che dimostrano la possibilità di scelte alimentari perfettamente in linea con le linee guida nutrizionali ad un costo molto ridotto, oppure la possibilità di migliorare le caratteristiche nutrizionali delle diete correnti senza incorrere in aumenti di spesa, o addirittura con riduzioni di budget (ad esempio Henson, 1991; Ranney & McNamara, 2002), mentre per l'Italia Conforti e D'Amicis (2000) mostrano la possibilità di correggere la dieta per adattarla alle raccomandazioni Inran con una spesa alimentare inferiore del 20% rispetto alla media italiana.</p> <p>Considerando l'andamento dei prezzi al consumo per vari gruppi di prodotti alimentari in Italia fra il 1996 e il 2010 il prezzo degli ortaggi e soprattutto quello della frutta sono rimasti invariabilmente al di sopra dell'indice relativo ai beni alimentari in generale e nella maggior parte degli anni considerati hanno avuto un andamento superiore al livello di inflazione, contrariamente a dolci e bibite analcoliche che hanno invece mostrato le diminuzioni più cospicue (fig. 1).</p> <p>Queste dinamiche sebbene non possano spiegare del tutto l'incremento dei tassi di obesità della popolazione, sono però certamente compatibili con un peggioramento della dieta soprattutto nelle fasce di popolazione con maggiori difficoltà economiche.</p>

Figura 1 - Prezzi reali al consumo in Italia (1996-2010)



Fonte: Elaborazioni Mazzocchi-Capaci su dati Istat

Va inoltre sottolineato che l'incidenza di obesità e sovrappeso non è legata agli stili alimentari "medi" di un paese, che possono essere anche virtuosi (è il caso ad esempio dell'Italia e dei paesi della cosiddetta dieta mediterranea), ma alla distribuzione della dieta all'interno della popolazione. Per questo motivo l'analisi del consumatore medio può non essere sufficiente a spiegare le problematiche in relazione ai prezzi. Un recente studio pubblicato sul British Medical Journal (Green et al., 2013) ha esplorato sistematicamente la letteratura delle ultime due decadi riguardante l'elasticità dei consumi rispetto al prezzo per i gruppi di beni alimentari, cioè l'attitudine del consumatore a cambiare i propri consumi in relazione al prezzo degli alimenti. Lo studio ha considerato 1482 studi e ne ha selezionati 136 per una meta-analisi relativa alla differenziazione delle elasticità per livelli di reddito diversi. Come riportato nella tabella 1 **le famiglie a basso reddito hanno un'elasticità di prezzo superiore a quella delle famiglie ad alto reddito. Quindi oltre ad una domanda di "salute" inferiore per i vincoli di reddito, il consumatore a basso reddito ha elasticità di prezzo superiore ed è più propenso a reagire a variazioni nelle dinamiche di prezzo, che abbiamo visto essere negative rispetto alle raccomandazioni nutrizionali.**

Tabella 1 - Elasticità dirette di prezzo (e intervallo di confidenza al 95%) per categoria di reddito familiare, basato su un modello di meta-regressione a Dati insufficienti per le previsioni del modello.

Gruppo alimentare	Categoria di reddito familiare	
	Redditi bassi n=178	Redditi alti n=177
Frutta e ortaggi	-0.86 (-0.97, -0.76)	-0.73 (-0.84, -0.62)
Carne	-0.95 (-1.07, -0.82)	-0.81 (-0.93, -0.69)
Pesce	-1.01 (-1.17, -0.84)	-0.87 (-1.04, -0.70)
Latticini	-0.92 (-1.08, -0.78)	-0.79 (-0.93, -0.64)
Uova ^a	N/A	N/A
Cereali	-0.87 (-0.99, -0.74)	-0.72 (-0.85, -0.59)
Oli e grassi ^a	N/A	N/A
Dolci e bibite zuccherate	-0.87 (-1.06, -0.70)	-0.73 (-0.91, -0.55)
Altri cibi	-1.06 (-1.21, -0.92)	-0.93 (-1.08, -0.78)
Tutti gli alimenti	-0.91 (-1.00, -0.83)	-0.77 (-0.86, -0.68)

Fonte: Green et al. (2013)

Se si combina questa evidenza scientifica con l'andamento dei prezzi discusso in precedenza, è evidente come la diminuzione dei prezzi per i cibi ad alta densità calorica accompagnata da un aumento dei prezzi per frutta e ortaggi abbiano avuto un impatto marcatamente negativo sulle famiglie a basso reddito, coerentemente con gli studi che mostrano come l'eccesso di peso e le conseguenze per la salute abbiano un'incidenza superiore nelle fasce di popolazione a basso reddito (Pickett et al., 2005).

Il Parlamento Europeo definisce lo spreco alimentare come "l'insieme dei prodotti alimentari scartati dalla catena agroalimentare per ragioni economiche o estetiche oppure perché prossimi alla

scadenza di consumo, ma ancora perfettamente commestibili potenzialmente destinabili al consumo umano e che, in assenza di un possibile uso alternativo, sono destinati a essere eliminati e smaltiti producendo conseguenze negative dal punto di vista ambientale, costi economici e mancati guadagni per le imprese.”

La FAO nel 2011 ha stimato che la produzione agricola mondiale potrebbe nutrire abbondantemente 12 miliardi di esseri umani, cioè il doppio di quelli attualmente presenti sul pianeta. Il cibo viene sprecato a tutti i livelli della catena, dalla produzione al consumo; secondo le stime della FAO in percentuale e in milioni di tonnellate è così suddiviso:

- il 32% pari a 510 milioni di tonnellate durante la produzione agricola;
- il 22% pari a 355 milioni di tonnellate nelle fasi immediatamente successive alla raccolta;
- il 11% pari a 180 milioni di tonnellate durante la trasformazione industriale;
- il 13% pari a 200 milioni di tonnellate durante la distribuzione;
- il 22% pari a 345 milioni di tonnellate viene sprecato dal consumatore sia a livello domestico che nella ristorazione.

In Europa si stima che 89 milioni di tonnellate di alimenti siano scartati ogni anno; la riduzione dello spreco alimentare è uno degli obiettivi fondamentali dell’UE. Il Parlamento Europeo ha richiesto un’azione collettiva immediata per dimezzare lo spreco alimentare entro il 2025 e la Commissione Europea lavora per questa riduzione entro il 2020, essendo il cibo una delle maggiori priorità nella sua ‘Roadmap to a resource efficient Europe’.

L'Osservatorio Waste Watcher ha stimato il fenomeno dello spreco alimentare nel nostro Paese: ogni anno 5 milioni di tonnellate di prodotti alimentari finiscono nella spazzatura. In valore, parliamo di una cifra attorno agli 8 miliardi di euro (pari a mezzo punto di PIL). È come se ogni famiglia italiana, ogni settimana, buttasse nella spazzatura 630 grammi di cibo, equivalenti a una spesa di 6,5 euro.

Fra le varie proposte per limitare lo spreco alimentare il Parlamento europeo incoraggia le istituzioni pubbliche e di volontariato a raccogliere e ridistribuire ai bisognosi derrate alimentari inutilizzate, ma ancora commestibili, come misura aggiuntiva e non sostitutiva rispetto agli attuali sistemi di tutela sociale. Nello spirito delle proposte europee si muovono le molteplici iniziative che si sono sviluppate sui territori, in modo spontaneo o attraverso l’azione sinergica di enti pubblici e associazioni di volontariato, hanno consentito negli ultimi anni il recupero e il riutilizzo di quantitativi significativi di prodotti alimentari. Tutte queste derrate, probabilmente destinate a diventare rifiuto con oneri aggiuntivi per le aziende e fonte d’inquinamento per l’ambiente, invece sono state un prezioso ausilio per far fronte alla progressiva richiesta di aiuto di cittadini in condizioni di grave disagio economico.

La cessione di alimenti a qualsiasi titolo è disciplinata dai Regolamenti comunitari sulla sicurezza alimentare (Reg. CE 178/00, Reg. CE 852/04 e 853/04) che contengono le norme generali e specifiche inerenti le strutture, le attrezzature e la gestione delle fasi di produzione, di trasformazione e di distribuzione, nonché la responsabilità a carico dell’OSA (Operatore del Settore Alimentare). Recentemente è intervenuta la c.d. legge di stabilità (legge n. 147/2013), prevedendo all’art. 1, commi 236, 237, 238, che le Onlus che forniscono alimenti agli indigenti e gli operatori del settore alimentare che donano detti alimenti alle Onlus debbano garantire un corretto stato di conservazione, trasporto, deposito e utilizzo, ciascuno per la parte che gli compete e che detto obiettivo è raggiunto anche attraverso la predisposizione di specifici manuali di corretta prassi operativa in conformità a quanto previsto dal Regolamento CE n. 882/2004, validati dal Ministero della salute. Tali norme danno particolare rilevanza alla gestione dei processi secondo i principi dell’HACCP, alla rintracciabilità e all’informazione a tutela dei consumatori, responsabilizzando in proposito gli Operatori del Settore Alimentare (OSA).

Esse avendo come obiettivo primo la salute del consumatore, non prevedono deroghe al rispetto dei requisiti per la sicurezza alimentare.

Lo Stato italiano con la Legge n. 155 del 16 luglio 2003 (c.d. Legge del Buon Samaritano), ad articolo unico, equipara al consumatore finale le organizzazioni di volontariato che raccolgono e

distribuiscono il cibo ai poveri. In tal modo non si rinuncia alla tutela della salute delle persone instato di bisogno, bensì, nell'azione complessiva di sostegno e aiuto, si affida alle organizzazioni anche il compito di garantire la sicurezza alimentare, così come avviene nel contesto familiare.

Difatti l'equiparazione al consumatore finale non comprende le fasi della filiera alimentare di produzione e/o trasformazione ed è limitata a quelle di conservazione, trasporto, deposito e utilizzo degli alimenti.

Il perché ci si occupi di temi come questo in seno ad un Piano della Prevenzione dovrebbe essere chiaro fin da subito, dato che in epoca di EXPO 2015 siamo sempre più convinti che attraverso il cibo passi non solo la salute, ma anche la solidarietà e l'attenzione all'altro, condizioni sine qua non di un paese civile.

Sulla base di quanto descritto il presente progetto, attraverso il coinvolgimento e la collaborazione attiva con il settore della Grande Distribuzione Organizzata, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e Igiene degli Alimenti e Nutrizione delle ASL, le Istituzioni che si occupano di vigilanza (Nucleo Anti Sostituzioni), l'Università e le ONLUS che forniscono alimenti agli indigenti, intende:

8.2.1 migliorare la consapevolezza del consumatore e le sue capacità di scelta dei cibi da acquistare, nella logica che, a parità di costo, dovrebbe prediligere cibi ad elevato contenuto nutrizionale piuttosto dei cosiddetti cibi "spazzatura" o comunque dei cibi di scarsa qualità. Tale obiettivo, sebbene abbia come target tutti i consumatori che accedono al supermercato, vuole raggiungere soprattutto le famiglie appartenenti alle fasce di reddito basse che, come sottolineato nell'introduzione, scelgono con maggiore probabilità prodotti di scarsa qualità e hanno una maggiore incidenza di sovrappeso e obesità rispetto alle famiglie di reddito più elevato;

8.2.2 favorire la distribuzione alle fasce di popolazione svantaggiate degli alimenti non più facilmente commerciabili dalla GDO. Gli alimenti possono essere sia cibi di aspetto estetico non invitante seppur ancora edibili, sia prodotti prossimi alla scadenza (gruppo degli alimenti facilmente deperibili, che nell'etichetta hanno la dicitura "da consumarsi entro" o che hanno la data di scadenza), o che hanno superato il Termine minimo di conservazione (TMC) (alimenti che hanno la dicitura "Da consumarsi preferibilmente entro il" che indica che il prodotto, oltre la data riportata, può aver modificato alcune caratteristiche organolettiche e nutrizionali, ma può essere consumato senza rischi per la salute).

A tal fine si intende:

- avviare una campagna di comunicazione da realizzare all'interno dei punti vendita della GDO con l'obiettivo di informare i cittadini rispetto alla scelta consapevole del cibo;
- selezionare gruppi di cibi ad alto contenuto nutrizionale, che è possibile ancora consumare sebbene abbiano superato il TMC, senza alcun rischio per la salute;
- conoscere le attuali procedure di distribuzione o smaltimento dei cibi non venduti messe in atto dalle aziende della GDO;
- favorire l'incontro tra GDO e ONLUS per costruire una procedura affinché gli eccessi alimentari, gli alimenti in scadenza o con TMC scaduto, possano essere redistribuiti a fasce di popolazione in difficoltà;
- costruire un percorso affinché i gruppi di cibi di cui al punto precedente, nonché i cibi prossimi alla scadenza o con caratteristiche "estetiche" che li rendono difficilmente vendibili, possano essere soggetti ad una vendita "speciale", sotto costo e in appositi spazi riconoscibili dal consumatore all'interno dei punti vendita della GDO.

Bibliografia

- <http://agrireregionieuropa.univpm.it/content/article/31/34/prezzi-degli-alimenti-e-qualita-della-dieta-qual-e-levidenza-scientifica>).
- Capacci S., Mazzocchi M., & Shankar B. (2012), The regional price of junk foods relative to healthy foods in the UK: indirect estimation of a time series, 1997-2009. Agricultural Economics Society.
- Conforti P., & D'Amicis A. (2000), What is the cost of a healthy diet in terms of achieving RDAs? Public Health Nutrition, 3(3), 367-373.

	<ul style="list-style-type: none"> – Darmon N., Briend A., & Drewnowski A. (2004), Energy-dense diets are associated with lower diet costs: a community study of French adults. <i>Public Health Nutrition</i>, 7(1), 21-27. – Drewnowski A. (2009), Obesity, diets, and social inequalities. <i>Nutrition Reviews</i>, 67(5), S36-S39. – Drewnowski A., & Darmon N. (2005), Food choices and diet costs: an economic analysis. <i>Journal of Nutrition</i>, 135(4), 900-904. – Green R., Cornelsen L., Dangour A.D., Turner R., Shankar B., Mazzocchi M., & Smith R.D. (2013), The effect of rising food prices on food consumption: systematic review with meta-regression. <i>British Medical Journal</i>, 346. – Henson S. (1991), Linear-Programming Analysis of Constraints Upon Human Diets. <i>Journal of Agricultural Economics</i>, 42(3), 380-393. – Mazzocchi M., Shankar B., & Traill W.B. (2012), The development of global diets since 1992: influences of agri-food sector trends and policies.: Food and Agriculture Organization of the United Nations. [pdf]. – Pickett K.E., Kelly S., Brunner E., Lobstein T., & Wilkinson R.G. (2005), Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i>, 59(8), 670-674. – Ranney C.K., & McNamara P.E. (2002), Do healthier diets cost more? Aaea Meeting, Long Beach, California, July 28-31, 2002, [pdf]. – Schroder H., Marrugat J., & Covas M.I. (2006), High monetary costs of dietary patterns associated with lower body mass index: a population-based study. <i>International Journal of Obesity</i>, 30(10), 1574-1579. – Waterlander W.E., de Haas W.E., van Amstel I., Schuit A.J., Twisk J.W.R., Visser M., Seidell J.C., & Steenhuis I.H.M. (2010), Energy density, energy costs and income - how are they related? <i>Public Health Nutrition</i>, 13(10), 1599-1608.
Gruppo prioritario	Popolazione generale Fasce di popolazione svantaggiata
Setting	Ambiente di lavoro
Gruppi di interesse	Grande Distribuzione Organizzata Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione e servizi Veterinari delle ASL Istituzioni che si occupano di vigilanza (Nucleo Anti Sostituzioni) Università ONLUS Assessorato all'agricoltura
Prove di efficacia	L'utilizzo degli alimenti non venduti o non vendibili dai supermercati è stato già sperimentato con successo dall'Università di Bologna nel progetto Last minute Market.
Misure per le disuguaglianze	Il progetto vuole raggiungere un target "diseguale" per sua natura, quello delle famiglie a basso reddito e delle persone in stato di indigenza.
Trasversalità	Le azioni previste nel progetto sono state costruite in modo trasversale con interlocutori esterni al SSN.
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> – Stilare un protocollo d'intesa fra gli attori coinvolti; – avviare una campagna di comunicazione nei punti vendita della GDO; – avviare il mercato dell'ultimo minuto con almeno una catena di GDO.
Rischi e management	Il progetto nel suo insieme è ad alto rischio non solo perché la "sanità" può svolgere solo il ruolo di consulente scientifico e "governare" solo marginalmente il processo, ma anche perché i risultati di alcune azioni dipendono da un lato dalla disponibilità a mettersi in gioco delle imprese coinvolte dall'altra dalla capacità di alcuni organi di controllo di superare quelli che possiamo definire vincoli burocratici.
Sostenibilità	La sostenibilità dipende dalla partecipazione e sensibilità al tema del mondo delle imprese della GDO (vedi rischi).

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
8.2.1 Migliorare la consapevolezza del consumatore rispetto alla importanza e opportunità di acquistare cibi ad alto valore nutrizionale	8.2.1/1 Protocollo d'intesa approvato	/	/	/	/	Protocollo d'intesa approvato	/
	8.2.1/2 Campagna informativa	/	/	/	/	Campagna informativa avviata	/
8.2.2 Favorire la redistribuzione degli eccessi alimentari, degli alimenti in scadenza o con TMC scaduto, alle fasce di popolazione in difficoltà	8.2.2/1 Mercato dell'ultimo minuto creato con almeno una Grande Distribuzione Organizzata	/	/	/	/	Mercato dell'ultimo minuto creato con almeno una Grande Distribuzione Organizzata	/

Cronogramma 8.2 - Il mercato dell'ultimo minuto

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
8.2.1 Migliorare la consapevolezza del consumatore rispetto alla importanza e opportunità di acquistare cibi ad alto valore nutrizionale																
8.2.1.1	Costituire il gruppo di progetto (Regione, Grande Distribuzione Organizzata, i Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Servizi Veterinari delle ASL, le Istituzioni che si occupano di vigilanza (Nucleo Anti Sofisticazioni), l'Università e le ONLUS)	Regione														
8.2.1.2	Definire un protocollo d'intesa fra gli attori coinvolti (Regione, Aziende della GDO, ASL Carabinieri dei NAS, Università)	Gruppo di progetto														
8.2.1.3	Selezionare gruppi di cibi ad alto contenuto nutrizionale, che è possibile ancora consumare sebbene abbiano superato il TMC	Gruppo di progetto														
8.2.1.4	Mappare le procedure di gestione degli alimenti in scadenza e oltre il TMC già adottate dalle aziende della GDO	Gruppo di progetto														
8.2.1.5	Costruire un percorso affinché i gruppi di cibi di cui al punto precedente, nonché i cibi prossimi alla scadenza o con caratteristiche "estetiche" che li rendono difficilmente vendibili, possano essere soggetti ad una vendita "speciale", sotto costo e in appositi spazi riconoscibili dal consumatore all'interno dei punti vendita della GDO	Gruppo di progetto														
8.2.1.6	Progettare la campagna di informazione da realizzare all'interno dei punti vendita della GDO	Gruppo di progetto														
8.2.1.7	Definire le modalità di allestimento delle aree di esposizione "speciale" all'interno dei punti vendita	Gruppo di progetto														
8.2.1.8	Avviare la campagna di comunicazione	Direzione salute / GDO														
8.2.1.9	Definire le modalità per monitorare il consumo degli alimenti "speciali" da parte della popolazione	Gruppo di progetto														
8.2.1.10	Monitorare il consumo degli alimenti "speciali" da parte della popolazione	Gruppo di progetto														
8.2.2 Favorire la redistribuzione degli eccessi alimentari, degli alimenti in scadenza o con TMC scaduto, alle fasce di popolazione in difficoltà																
8.2.2.1	Realizzare un incontro tra le ONLUS del territorio e le aziende della grande distribuzione	Gruppo di progetto														
8.2.2.2	Definire un protocollo d'intesa con le aziende della GDO e con le ONLUS	Gruppo di progetto														
8.2.2.3	Avviare il mercato dell'ultimo minuto	GDO e ONLUS														

Progetto 8.3	La formazione come strumento di miglioramento del controllo ufficiale
Descrizione	<p>Il Reg. (CE)882/2004 stabilisce art. 6 che l'Autorità Competente assicuri che tutto il suo personale che esegue controlli ufficiali riceva, per il proprio ambito di competenza, una formazione adeguata che gli consenta di espletare i propri compiti con competenza e svolgere i controlli ufficiali in modo coerente. L'Autorità Competente deve altresì assicurare che tutto il suo personale che esegue controlli ufficiali si mantenga aggiornato nella sua sfera di competenze e riceva, se del caso, un'ulteriore formazione su base regolare.</p> <p>Le "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria", di cui all'Accordo sancito in Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR del 7 febbraio 2013) recepito dalla Regione Umbria con Deliberazione di Giunta Regionale n. n. 505 del 28 maggio 2013, definiscono, al Capitolo 2, i criteri comuni per la formazione di tutti gli operatori del controllo ufficiale chiamati all'applicazione delle linee guida. Tale formazione, erogata in coerenza con l'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009 in materia di formazione continua in medicina, deve essere completata entro il primo quinquennio dalla data di approvazione dell'Accordo.</p> <p>Nell'ambito del Piano di attività di aggiornamento, formazione continua e manageriale per il triennio 2013-2015, stabilito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 989 del 17 novembre 2013, è stato definito, in coerenza con i criteri individuati dall'Accordo, il percorso formativo sullo "Standard per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria", da realizzarsi in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.</p> <p>Nella definizione del percorso formativo si è tenuto conto dell'attività formativa già erogata in Umbria dall'entrata in vigore della normativa facente capo al cosiddetto "pacchetto igiene", ed in particolare quella stabilita con Deliberazione di Giunta Regionale n.405 del 30 marzo 2009 "Sviluppo, in relazione al regolamento CEE 882/2004, di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare salute e benessere animale, secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità, riferiti al modello UNI CEI EN 45004 (Criteri generali per il funzionamento dei vari tipi di organismi che effettuano attività di ispezione)", che ha interessato tutti gli operatori, medici, veterinari, biologi e tecnici della prevenzione dei Servizi SA, IAOA, IAPZ e IAN delle Aziende USL umbre e del Servizio regionale di Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare.</p> <p>Obiettivo specifico del progetto è:</p> <p>8.3.1 formare tutti gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione dedicati al controllo ufficiale nel campo della sicurezza alimentare sanità e benessere animale.</p> <p>Il percorso si svilupperà nel periodo maggio 2015-ottobre 2016 e vedrà coinvolto tutto il personale medico, veterinario, biologo e tecnico aziendale e regionale preposto a tale attività di controllo ufficiale.</p>
Gruppo prioritario	<ul style="list-style-type: none"> • Regione Umbria - Direzione regionale Salute, coesione sociale – Servizio prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare • Servizi Medici di Igiene degli alimenti di origine animale • Servizi Veterinari di Sanità animale • Servizi Veterinari di Igiene degli alimenti di origine animale • Servizi Veterinari di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> • Regione Umbria - Direzione regionale Salute, coesione sociale – Servizio prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare • Servizi Medici di Igiene degli alimenti di origine animale • Servizi Veterinari di Sanità animale • Servizi Veterinari di Igiene degli alimenti di origine animale • Servizi Veterinari di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Attività principali	<p>Il percorso prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CORSO BASE – PACCHETTO IGIENE – AGGIORNAMENTO (primo percorso standard di funzionamento A.C.) articolato in 4 Edizioni 2. AUDIT SU OSA – AGGIORNAMENTO (secondo percorso standard di funzionamento A.C.) articolato in 2 Edizioni 3. AUDIT E VERIFICA DELL’EFFICACIA (terzo percorso standard di funzionamento A.C.) in una Edizione 4. AFFIANCAMENTO SUL CAMPO: audit di addestramento e verifiche dell’efficacia di addestramento
----------------------------	---

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
8.3.1 Formare tutti gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione dedicati al controllo ufficiale nel campo della sicurezza alimentare sanità e benessere animale.	8.3.1/1 % operatori formati	Operatori formati / operatori da formare	/	90%	90%	/	/

Cronogramma progetto 8.3 – La formazione come strumento di miglioramento del controllo ufficiale

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015			2016				2017				2018				
			II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
8.3.1 Formare tutti gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione dedicati al controllo ufficiale nel campo della sicurezza alimentare sanità e benessere animale.																		
8.3.1.1	Primo percorso standard di funzionamento A.C.: CORSO BASE – PACCHETTO IGIENE – AGGIORNAMENTO	Personale dell'Istituto Superiore di Sanità																
8.3.1.2	Secondo percorso standard di funzionamento: AUDIT SU OSA – AGGIORNAMENTO																	
8.3.1.3	Terzo percorso standard di funzionamento AUDIT E VERIFICA DELL'EFFICACIA																	
8.3.1.4	Pianificare ed effettuare affiancamento sul campo nel corso di audit e verifiche dell'efficacia di addestramento																	

Descrizione

Dai diversi sistemi di sorveglianza attivati in Umbria (OKkio alla salute, HBSC, PASSI, PASSI d'Argento) per rilevare le condizioni di salute e le abitudini della popolazione nelle diverse età, risulta che ampie fasce di popolazione hanno scorretti stili di vita caratterizzati da una insufficiente attività fisica e da un'alimentazione non equilibrata e difforme dalle raccomandazioni nazionali contenute nel programma "Guadagnare salute" di cui al DPCM 4 maggio 2007.

L'alimentazione corretta, associata ad un'attività fisica regolare, può prevenire l'aumento di peso e ridurre il rischio di sviluppare in futuro malattie cronico-degenerative e le abitudini alimentari di ogni individuo, così come gli stili di vita, dipendono non solo dalle famiglie, ma anche dal contesto scolastico. La Regione Umbria ha sempre inteso valorizzare il ruolo fondamentale della scuola nell'attivazione di processi atti a promuovere la salute delle giovani generazioni, perché famiglia e scuola devono contribuire allo sviluppo di uno stile di vita salutare che permanga in età adulta.

Il Who European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020 approvato dall'OMS Europa nel mese di settembre del 2014 ha definito alcuni obiettivi per migliorare la gestione del sistema alimentare, la qualità complessiva della dieta della popolazione e lo stato nutrizionale:

- Stabilire le condizioni propizie per il consumo di cibi e bevande sane
- Promuovere i benefici offerti da un comportamento alimentare sano per tutto l'esistenza, soprattutto tra i gruppi più vulnerabili.
- Rafforzare i sistemi sanitari per promuovere un'alimentazione sana.
- Rafforzare sorveglianza, monitoraggio, valutazione e ricerca.
- Rafforzare la governance, le alleanze e le reti per garantire l'adozione di una strategia di integrazione - Salute in tutte le politiche.

In Umbria già da diversi anni si è andato strutturando, in questa ottica, uno stretto rapporto tra il Sistema Socio Sanitario, gli EE.LL. e gli Istituti scolastici, con l'obiettivo di intervenire anche sulla popolazione scolastica per promuovere comportamenti salutari. È infatti di fondamentale importanza costruire un percorso educativo che, partendo dai bambini, attraverso la conoscenza (sapere) induca comportamenti (saper fare) coerenti con un modello di vita (saper essere) improntato al benessere globale della persona.

Il coinvolgimento delle Scuole e dei Comuni nell'ottica del Programma nazionale "Guadagnare salute" ha visto realizzati in Umbria diversi progetti che prevedono una fattiva collaborazione tra Az. USL, Scuole e Comuni, anche grazie alla sottoscrizione di numerosi protocolli d'intesa finalizzati alla promozione di stili di vita sani (attraverso interventi di promozione dell'attività fisica e della sana alimentazione).

Tra gli altri interventi si è considerato fondamentale favorire anche l'utilizzo di menù di elevata qualità e bilanciati sotto il profilo del contenuto energetico: in questa ottica la ristorazione scolastica è stata individuata come uno spazio strategico per promuovere corretti comportamenti alimentari fin dall'infanzia.

La ristorazione scolastica, infatti, proprio perché è rivolta ad una fascia di utenti particolarmente vulnerabili e coinvolge molte strutture pubbliche e private, deve rispondere ad alcuni requisiti considerati fondamentali: garantire qualità nutrizionale e sicurezza degli alimenti e svolgere contemporaneamente un ruolo educativo nei confronti dei bambini e delle famiglie contribuendo alla promozione di sane scelte alimentari.

I Servizi di Igiene Alimenti e della Nutrizione (SIAN) delle Az. USL dell'Umbria, coordinati dal Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare della Direzione Salute e Coesione sociale, a partire dal lavoro svolto da un gruppo di professionisti interno della ex Azienda USL 2, che aveva delineato le procedure da seguire nell'ambito degli interventi nutrizionali per la ristorazione scolastica ed elaborato precise indicazioni per le Scuole e per i Soggetti/Enti che gestiscono le Mense scolastiche, hanno messo a punto delle vere e proprie linee di indirizzo per la ristorazione scolastica.

Il documento risultato da questo lavoro, approvato con DGR N. 59 DEL 03/02/2014, comprende:

	<ul style="list-style-type: none"> - l'analisi del contesto di riferimento (abitudini alimentari, attività fisica svolta, stato ponderale dei bambini umbri e del resto del Paese all'età di 8 anni); - l'illustrazione delle competenze rispetto alla materia che ciascuno dei portatori di interesse coinvolti possiede (Comune, Servizi IAN, Gestori delle mense e Commissioni mense); - le indicazioni e i criteri per la formulazione dei menù per la ristorazione scolastica per la scuola dell'infanzia, per le scuole primarie, per le secondarie di I e II grado, con relative tabelle dietetiche consigliate; - le indicazioni per alcune diete speciali; - alcune indicazioni per organizzare e gestire il servizio di mensa e definire il capitolato d'appalto anche in base alle caratteristiche merceologiche dei prodotti; - alcuni suggerimenti per i genitori finalizzati alla preparazione dei pasti in famiglia, così da completare con il pasto serale il fabbisogno nutrizionale di bambini o ragazzi ; - i modelli da utilizzare per richiedere ai SIAN l'elaborazione di diete speciali, dare comunicazione dell'adozione dei menù presenti nella linea di indirizzo o per chiedere la validazione di quelli alternativi adottati. <p>I menù contenuti nel documento sono articolati per settimane e diversificati in base alle età degli scolari e alle diverse stagioni dell'anno; sono stati quindi sperimentati nei diversi ordini e gradi di scuola presso il Centro Internazionale Montessori di Perugia e alcune preparazioni anche presso l'Università dei Sapori di Perugia.</p> <p>Inoltre, poiché i menù scolastici prevedono solo il pasto principale, al fine di garantire un adeguato bilanciamento della giornata nutrizionale dei bambini e dei ragazzi, sono stati elaborati specifici suggerimenti per il pasto serale e per gli spuntini (preparazione dei piatti consigliati e indicazioni quantitative per fascia di età) che le Scuole devono mettere a disposizione dei genitori.</p> <p>Dal momento della approvazione delle Linee di Indirizzo regionali, non è mai stato fatto un formale riscontro dell'applicazione delle stesse nelle Scuole, seppure informalmente sono state riportate alcune considerazioni e proposte migliorative, per cui l'obiettivo generale del presente progetto è quello di migliorare la qualità complessiva dei pasti somministrati nelle mense scolastiche e ridurre gli sprechi di cibo, valutando anche la possibilità di implementare le linee di indirizzo suddette.</p> <p>Sono quindi Obiettivi specifici del presente progetto:</p> <p>8.4.1 Valutare il grado di accettazione dei cibi distribuiti nelle mense scolastiche, rispetto alla qualità e alla preparazione, nonché alle quantità e agli eventuali sprechi</p> <p>8.4.2 Condividere con gli operatori addetti alla distribuzione dei pasti, con gli operatori scolastici, con i comitati mensa e con le famiglie, i risultati della rilevazione</p> <p>8.4.3 Implementare le linee di indirizzo regionali sulla ristorazione scolastica</p>
Gruppo prioritario	Bambini e ragazzi che frequentano le mense scolastiche e loro famiglie
Setting	Nidi d'infanzia, Scuole materne, Scuole primarie di I° e II° grado
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> • Bambini e ragazzi che frequentano le mense scolastiche e loro famiglie Insegnanti e operatori di Nidi d'infanzia, Scuole materne, Scuole primarie di I° e II° grado • Direzione Regionale Salute e coesione Sociale - Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare Aziende USL: Servizi IAN e "reti" per la promozione della salute Nidi d'infanzia, Scuole materne, Scuole primarie di I° e II° grado • Operatori delle Az. USL, operatori e insegnanti delle Scuole coinvolte, operatori addetti alla distribuzione dei pasti ("sporzionatori")
Prove di efficacia	<ul style="list-style-type: none"> - Linee di indirizzo nazionali e regionali per la ristorazione scolastica Commissione delle Comunità Europee - Bruxelles, Com(2005) Libro verde "promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche" - "Who European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020" OMS Europa: 15-18 settembre 2014

Misure per le disuguaglianze	Il coinvolgimento delle famiglie permetterà di evidenziare eventuali difficoltà legate alle differenze culturali che saranno considerate nella implementazione delle linee di indirizzo regionali.
Trasversalità	Il progetto vede coinvolti le Az. USL, diversi Soggetti istituzionali e le famiglie dei bambini e dei ragazzi
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acquisire l'elenco delle scuole fornite di mensa suddivise per Distretto e il numero di allievi per scuola ▪ Costruire il campione (n. bambini e n. di scuole da coinvolgere) ▪ Elaborare questionari differenziati per rilevare il gradimento dei pasti somministrati nelle scuole da somministrare agli operatori, agli allievi e alle famiglie. ▪ Somministrare i questionari nelle scuole individuate in collaborazione con i Dirigenti scolastici e con i comitati mensa. ▪ Valutare i risultati derivanti dalla elaborazione delle schede e discuterli con i Comitati mensa. ▪ Progettare e organizzare incontri informativi per operatori addetti allo "sporzionamento" dei pasti sui diversi tipi di alimenti e sulle quantità adatte alle diverse età. ▪ Progettare e organizzare laboratori pratici di "educazione al gusto" (per favorire il consumo di alimenti necessari, ma di solito meno graditi) rivolti alle famiglie, agli operatori delle scuole, ai Comitati mensa
Rischi e management	Scarsa adesione dei Dirigenti Scolastici e delle famiglie
Sostenibilità	I costi saranno sostenuti dalla Direzione Salute e Coesione sociale

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
8.4.1 Valutare il grado di accettazione delle "Linee di indirizzo sulla ristorazione scolastica" rispetto alla qualità e alla preparazione dei cibi, nonché rispetto alle quantità e agli eventuali sprechi	8.4.1/.1 Proporzione di scuole che aderiscono alla valutazione dei menù	N. Scuole aderenti/ Scuole individuate come campione	/	/	90%	/	/
	8.4.1/2 Proporzione di bambini e famiglie che complessivamente gradiscono i menù in uso/ totale bambini e famiglie che hanno risposto al questionario	N. bambini e famiglie che complessivamente gradiscono i menù in uso nelle scuole che hanno aderito alla valutazione	/	/	/	70%	/

Cronogramma 8.4 - La mensa come strumento di educazione alimentare e contenimento degli sprechi

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
8.4.1 Valutare il grado di accettazione delle “Linee di indirizzo sulla ristorazione scolastica” rispetto alla qualità e alla preparazione dei cibi, nonché rispetto alle quantità e agli eventuali sprechi																	
8.4.1.1	Acquisire l’elenco delle scuole fornite di mensa suddivise per Distretto e il numero di allievi per scuola	Servizi I.A.N delle aziende USL															
8.4.1.2	Costruire il campione (n. bambini, scuole, classi da coinvolgere)	Servizi IAN, Direttori Distretto, responsabili “Rete” aziendale di promozione della salute															
8.4.1.3	Elaborare i questionari differenziati per rilevare il gradimento dei pasti somministrati nelle scuole da somministrare agli operatori, agli allievi e alle famiglie	Servizi IAN, Responsabili “Rete” aziendale di promozione della salute															
8.4.1.4	Somministrare i questionari nelle scuole e nelle classi individuate come “campione” in collaborazione con i Dirigenti scolastici e con i Comitati mensa	Dirigenti Scolastici Comitati mensa															
8.4.1.4	Valutare i risultati derivanti dalla elaborazione delle schede e discuterli con i Comitati mensa	Servizi IAN, responsabili “Rete” aziendale di promozione della salute Dirigenti scolastici															
8.4.2 Condividere con gli operatori addetti alla distribuzione dei pasti, con gli operatori scolastici, con i comitati mensa e con le famiglie, i risultati della rilevazione																	
8.4.2.1	Programmare incontri informativi per operatori addetti allo “sporzionamento” dei pasti sui diversi tipi di alimenti e sulle quantità adatte alle diverse età.	Servizi IAN, Responsabili “Rete” aziendale di promozione della salute															
8.4.2.2	Organizzare incontri informativi per operatori addetti allo “sporzionamento” dei pasti sui diversi tipi di alimenti e sulle quantità adatte alle diverse età	Servizi IAN, Responsabili “Rete” aziendale di promozione della salute Ditte incaricate della ristorazione															

Descrizione

L'intervento nutrizionale ha di solito come obiettivo quello di mantenere e promuovere la salute nel soggetto sano, mentre nel soggetto affetto da patologia ha talora finalità terapeutiche specifiche e/o di prevenzione delle complicanze. Diversa rilevanza e specificità assume la "qualità nutrizionale" del cibo in riferimento alla popolazione anziana, nella quale la linea di confine tra salute e malattia è molto sottile e l'assenza di malattia può anche non coincidere con lo stato di salute e di benessere. Il corretto apporto nutrizionale diventa fondamentale poiché l'invecchiamento è normalmente associato a una riduzione dell'appetito e degli apporti nutrizionali, condizione definita con il termine di anoressia fisiologica.

Tale fenomeno ha un'eziologia multifattoriale: la riduzione dell'appetito è dovuta alla precoce sensazione di sazietà che si realizza negli anziani a causa di modificazioni anatomico-funzionali e di variazioni nella concentrazione di alcuni ormoni implicati nel controllo dell'appetito. La diminuzione della sensibilità gustativa (ipogeusia) e olfattoria (iposmia) insieme ai disordini del gusto (disgeusia) e dell'olfatto (disosmia) concorrono poi a determinare l'anoressia dell'anziano. La ridotta acuità visiva e uditiva, unita alle patologie che condizionano la motilità, limitano inoltre la predisposizione a elaborare i pasti, senza dimenticare i problemi dentali che riducono la possibilità di masticazione. Anche le condizioni di disagio sociale e psicologico possono ovviamente influire sul deficit nutrizionale dell'anziano, insieme ai trattamenti farmacologici delle patologie croniche, che possono avere effetti anoressizzanti.

La malnutrizione, in particolare quella proteico-calorica, insieme al deficit di minerali e vitamine è frequente negli anziani e, fra questi, la categoria a più alto rischio di malnutrizione è rappresentata dai cosiddetti *anziani fragili*, cioè persone di età avanzata affetti da malattie croniche anche multiple, clinicamente instabili, frequentemente disabili, con problematiche di tipo socio-economico, soprattutto solitudine e povertà.

Spesso però tale condizione clinica non viene riconosciuta dagli operatori sanitari e ciò è particolarmente grave perché l'individuazione precoce delle situazioni a rischio consentirebbe di ridurre le conseguenze negative della malnutrizione, attraverso l'elaborazione di opportune strategie di sostegno e di integrazione nutrizionale.

Per ricapitolare si riporta uno schema nel quale vengono esemplificati *i fattori che concorrono alla genesi della malnutrizione nell'anziano*.

NUTRIZIONALI	Abitudini e consumi inadeguati e/o insufficienti Diminuzione dell'appetito Interazione farmaci-nutrienti Prescrizioni dietetiche restrittive e/o inadeguate Variazione nel fabbisogno energetico e di nutrienti
CLINICI	Edentulia e cattiva gestione della protesi Scarso appetito Alterazioni gusto e olfatto Riduzione dello stimolo neuroormonale dell'appetito Aumento senso di sazietà Disfagia Disabilità e limitata mobilità Interazione farmacologica Stati patologici (gastriti, epatopatie, pancreatite, ecc) Nausea/vomito, malassorbimento, diarrea protratta Confusione, depressione, demenza Deficit funzionali o motori o sensoriale Parkinson e altri disturbi neurologici
PSICO-SOCIALI	Livello culturale Povertà Istituzionalizzazione, isolamento, Inabilità a procurarsi e/o a preparare i cibi Assistenza scarsa o non professionale ai pasti Perdita di interesse nel cucinare Depressione, ansietà Lutto

Non bisogna dimenticare peraltro che la condizione di malnutrizione incrementa la vulnerabilità del paziente, è responsabile dell'aumento delle complicanze, condiziona negativamente i risultati delle terapie, riduce la risposta immunitaria, predispone alle infezioni, compromette la funzionalità degli apparati, riduce massa e forza muscolare, con rilevanti effetti anche a livello psicologico che possono determinare una cronica disaffezione verso il cibo.

Conseguentemente la condizione di malnutrizione comporta:

- un aumentato rischio di piaghe da decubito
- un aumentato rischio di fratture
- una riabilitazione più lunga dopo traumi/fratture
- un maggior impiego di farmaci
- un maggior numero di ospedalizzazioni
- più frequenti complicanze postoperatorie
- una ritardata guarigione delle ferite
- una più lunga durata di degenza
- mortalità più elevata

e, quindi, costi sanitari più elevati.

Per tutto ciò, come ricordato anche nelle "Linee guida sulla valutazione multidisciplinare dell'anziano fragile" della Società di Geriatria e Gerontologia, la diagnosi e la terapia della malnutrizione di fatto costituiscono uno dei momenti cardini della cura dell'anziano.

La prevalenza della malnutrizione calorico-proteica negli anziani riguarda dal 10 al 38% negli anziani non ospedalizzati, mai si arriva fino a percentuali dell'85% negli anziani istituzionalizzati, con maggiore prevalenza nel sesso femminile e nei soggetti di età più avanzata.

Risulta quindi prioritario ed essenziale che nelle strutture residenziali per anziani e disabili sia posta particolare attenzione agli aspetti nutrizionali del pasto, in particolare in quelle strutture residenziali dove vivono persone in condizioni di accertata non autosufficienza (anziani fragili) che devono usufruire di un servizio qualificato di cure sanitarie ed assistenziali.

Non va sottovalutato per altro che per l'anziano il *pasto rappresenta una ritualità* che deve rispondere a precise esigenze di natura fisica e psicologica: il cibo si carica di valori aggiunti, diventa strumento di gratificazione, di legame con le proprie origini culturali, oltre ad essere un'occasione altamente socializzante, nel complesso può anche produrre benessere.

Avere pasti ben strutturati e corretti dal punto di vista nutrizionale è un ottimo obiettivo, ma questi devono essere accettati e graditi: studi recenti su persone ospedalizzate e istituzionalizzate hanno messo in evidenza che gli scarti possono essere anche superiori al 42% delle porzioni servite. Questo mancato consumo si riflette sui bilanci con apporti energetici inferiori a 20 Kcal/kg di peso die e con apporto proteico inferiore a 0,7 g/Kg di peso al dì: si possono quindi creare situazioni di iponutrizione che possono essere una delle cause di malnutrizione in questi soggetti.

Un progetto "pilota" per migliorare la qualità nutrizionale nelle residenze protette è stato realizzato inizialmente nel Distretto Alto Tevere e quindi esteso al Distretto Alto Chiascio della Azienda USL 1 dell'Umbria e, seppure con eventuali aggiustamenti a livello locale, si ritiene che possa costituire la base per definire una linea di indirizzo regionale in materia. Nei due distretti sono stati realizzati interventi integrati che hanno previsto il coinvolgimento, nella progettazione e nella realizzazione delle diverse attività, più attori: il Distretto, il Servizio Igiene e Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione, la Direzione Sanitaria delle residenze protette, anche con la collaborazione dei Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica (ove presenti) dei Presidi Ospedalieri delle Az. USL.

All'interno delle Residenze protette è stata realizzata una valutazione precoce del rischio nutrizionale degli anziani, effettuata al momento dell'ingresso ed è essenziale per la messa a punto di piani dietetici personalizzati a seconda del rischio nutrizionale e delle patologie associate. Il personale delle residenze protette (di assistenza, delle cucine, personale infermieristico) è stato inserito in un percorso formativo calibrato in base al ruolo, alla mansione e alle competenze professionali di base delle diverse figure coinvolte.

	<p>Quindi gli operatori hanno collaborato alla definizione delle procedure operative interne da adottare per promuovere e gestire la qualità nutrizionale, i compiti professionali e le responsabilità ad essi collegati.</p> <p>L'esperienza realizzata, con eventuali aggiustamenti può costituire il punto di partenza per avviare un percorso simile in tutto il territorio regionale.</p> <p>L'obiettivo generale del progetto è quindi quello di contribuire a migliorare la qualità nutrizionale dei pasti distribuiti agli anziani, che vivono nelle residenze protette attraverso l'implementazione di linee di indirizzo regionali</p> <p>Obiettivi specifici del progetto sono pertanto:</p> <p>8.5.1 Realizzare il miglioramento della qualità nutrizionale delle Residenze Protette per anziani della regione attraverso la definizione di linee di indirizzo regionali</p> <p>8.5.2 Implementare le linee di indirizzo regionali attraverso il confronto con le direzioni sanitarie delle Residenze Protette</p>
Gruppo prioritario	Anziani ospiti di residenze protette
Setting	Residenze Protette
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Anziani ospiti di residenze protette - Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare della Direzione Regionale Salute e coesione Sociale - Az. USL: SIAN, Distretti Enti Gestori di Residenze Protette
Prove di efficacia	<p>Ministero della Salute - Direzione Generale della Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione "Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale". 2009</p> <p>Società di Geriatria e Gerontologia "Linee guida sulla valutazione multidisciplinare dell'anziano fragile"</p> <p>L. Bissoli, M. Zamboni, G. Sergi, E. Ferrari, O. Bosello "Linee Guida per la valutazione della malnutrizione nell'anziano" Giorn Geront 2001; 49: 4-12</p>
Misure per le disuguaglianze	La valutazione precoce del rischio nutrizionale e l'elaborazione di piani dietetici personalizzati possono supportare adeguatamente gli anziani con maggiori problemi di salute nella prevenzione di complicanze.
Trasversalità	Il Progetto rappresenta un intervento integrato che vede coinvolti, nella promozione e realizzazione: il Distretto, il Servizio Igiene e Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione e le Direzioni Sanitarie delle Residenze Protette.
Attività principali	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analizzare il percorso realizzato nella Az. USL 1 per il miglioramento della qualità nutrizionale delle mense nelle residenze protette con i Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione ▪ Valutare le procedure in uso negli altri territori ▪ Predisporre le linee di indirizzo, comprensive delle attività formative rivolte alle diverse figure professionali che operano nelle strutture coinvolte; ▪ Individuare le Residenze Protette nelle quali sperimentare nelle due Az. USL le linee di indirizzo ▪ Condividere le linee di indirizzo con le Direzioni Sanitarie delle residenze Protette ▪ Sperimentare le linee di indirizzo nelle strutture individuate ▪ Validare le linee di indirizzo con DGR
Rischi e management	Il principale rischio si ravvede nella collaborazione con le direzioni sanitarie delle residenze protette che verranno comunque coinvolte fin dalle prime fasi.
Sostenibilità	Il progetto non presenta costi particolari.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
8.5.1 Realizzare il miglioramento della qualità nutrizionale nelle R. P. per anziani attraverso la definizione di linee di indirizzo regionali.	8.5.1/1 Linee di indirizzo validate e approvate dalla Giunta regionale	/	/	/	/	DGR di approvazione delle linee di indirizzo	/
8.5.2 Implementare le linee di indirizzo regionali attraverso il confronto con le direzioni sanitarie di alcune Residenze Protette della regione	8.5.2/1 Proporzione di Residenze Protette che hanno applicato le Linee di indirizzo	Residenze protette nelle quali sono applicate le linee di indirizzo /Residenze protette presenti	/	/	/	40% delle RP	/

Cronogramma progetto 8.5 – Miglioramento della qualità nutrizionale nelle residenze protette

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
8.5.1 Realizzare il miglioramento della qualità nutrizionale delle Residenze Protette per anziani della regione attraverso la definizione di linee di indirizzo regionali.																
8.5.1.1	Condividere il percorso realizzato nella Az. USL 1 per il miglioramento della qualità nutrizionale delle mense nelle residenze protette con i Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione	Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare- Direzione Salute e Coesione Sociale Servizi IAN delle Az. USL														
8.5.1.2	Valutare le procedure in uso negli altri territori	Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare- Direzione Salute e Coesione Sociale Servizi IAN delle Az. USL														
8.5.1.3	Predisporre le linee di indirizzo, comprensive di: - valutazione del rischio nutrizionale degli anziani - messa a punto di Piani dietetici personalizzati - elaborazione di percorsi formativi rivolti alle diverse figure professionali che operano nelle strutture coinvolte;	Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare- Direzione Salute e Coesione Sociale Servizi IAN delle Az. USL														
8.5.2 Implementare le linee di indirizzo regionali attraverso il confronto con le direzioni sanitarie di alcune Residenze Protette della regione																
8.5.2.1	Individuare le Residenze Protette con le quali sperimentare nelle due Az. USL le linee di indirizzo	Servizi IAN														
8.5.2.2	Condividere le linee di indirizzo con le Direzioni Sanitarie delle residenze Protette	Servizi IAN Direttori Sanitari Residenze Protette														

8.5.2.3	Sperimentare le linee di indirizzo	Servizi IAN Direzioni sanitarie delle Residenze Protette													
8.5.2.4	Validare le linee di indirizzo e sottoporle all'approvazione da parte della Giunta regionale per la loro attuazione in tutte le Residenze protette dell'Umbria	Servizi IAN Regione													

Programma 9. RandAgiamo

Vision

Da anni in Umbria è attiva una politica di sensibilizzazione e attenzione al corretto rapporto tra uomo e animale, che ha consentito di contenere il fenomeno del randagismo. Con questo programma si intende però mettere in campo un ulteriore sforzo, che da un lato permetta di utilizzare in modo più efficace la vigilanza e promuova un'ulteriore sensibilizzazione della popolazione, dall'altra promuova attivamente il rapporto uomo-animale, non solo a partire dai giovani, ma anche favorendone per esempio l'utilizzo in contesti privilegiati, come per esempio le residenze protette, quali strumenti di socializzazione

Il programma pertanto è volto a perseguire i seguenti obiettivi generali:

- Favorire l'interazione uomo-animale attraverso la promozione dell'inserimento degli animali da compagnia, quali cani e gatti in contesti collettivi anche di cura.
- Promuovere la corretta gestione degli animali da compagnia attraverso un'adeguata sensibilizzazione della popolazione rispetto a microchippatura e sterilizzazione e un'appropriata vigilanza

Il programma intende contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi centrali nazionali: 3.1; 4.1; 6.2; 10.8 (riportati per esteso nel quadro logico regionale) attraverso i progetti sotto elencati:

- 9.1 Con un amico si sta meglio: gli animali da compagnia nelle strutture sanitarie
- 9.2 I canili aperti per promuovere salute
- 9.3 Chi trova un amico trova un tesoro: il possesso consapevole di un animale da compagnia

I PROGETTI

Progetto 9.1 Con un amico si sta meglio: gli animali da compagnia nelle strutture sanitarie

Descrizione	<p>In questo progetto il cane di canile non rappresenta più un oggetto di scarica o uno scarto della società, bensì una grande risorsa che permette ai volontari addestrati di configurarsi non solo come veri e propri artefici del miglioramento della vita dei cani, ma addirittura di attuare, attraverso le loro attività in canile dei veri e propri Interventi Assistiti con l'ausilio di Animali (IAA), comunemente denominati pet-therapy, che sono attività che si avvalgono della referenza animale per contribuire al cambiamento della persona e/o facilitare alcuni processi terapeutici o riabilitativi intrapresi nel corso di malattie o disagi. Allo stesso tempo, i cani che vivono già in ambito familiare possono rappresentare un potente aiuto per i loro proprietari in momenti difficili della loro vita a causa di patologie che richiedono l'ospedalizzazione o durante la fase terminale di una malattia trascorsa in una struttura apposita come l'Hospice. La "visita" del cane di proprietà può dare un conforto affettivo e psicologico non solo alla persona malata, ma a tutti i membri della famiglia facendoli sentire più a "casa" e contribuendo a rafforzare il senso di unione della famiglia stessa. La presenza e l'interazione con l'animale può alleviare il dolore fisico e psicologico delle persone ospedalizzate, l'ansia dell'attesa di un trattamento invasivo (ad es., prelievo di sangue nei bambini, chemioterapia) o di un intervento chirurgico. Animali opportunamente formati e certificati in IAA possono essere impiegati per migliorare la qualità della vita dei pazienti e promuoverne la guarigione, particolarmente nei reparti di Oncologia, Pediatria e Geriatria. È stato scientificamente dimostrato che il coinvolgimento in attività interattive con gli animali ha effetti positivi anche nei pazienti a lunga degenza o ricoverati in case di riposo, anche qualora queste attività utilizzino non solo la diretta relazione con l'animale, in particolar modo il cane, per l'obiettivo assistenziale, ma anche tutto ciò che concerne il mondo animale e l'interesse che questo è in grado di suscitare nella persona.</p> <p>Gli Interventi Assistiti con l'ausilio di Animali (IAA) si distinguono in: Attività Assistite dall'Animale (AAA), Terapie Assistite dall'Animale (TAA) ed Educazione Assistita dall'Animale (EAA).</p> <p>Le AAA sono costituite da interventi di tipo educativo-ricreativo con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone. Gli interventi possono essere svolti in ambienti di vario tipo e non utilizzano solo la diretta relazione con l'animale, in particolar modo il cane, per l'obiettivo assistenziale ma tutto ciò che concerne il mondo animale e l'interesse che questo è in grado di suscitare nella persona. Le AAA si strutturano in momenti teorici durante i quali gli utenti vengono informati su vari argomenti che riguardano il mondo animale, in cui si propongono attività di laboratorio, filmati, immagini, testi al fine di preparare la persona al secondo momento che è quello di interazione col cane. Le attività di interazione sono strutturate su specifiche dimensioni di relazione in grado di suscitare momenti di interscambio favorevoli al benessere della persona, sulla base dei bisogni per essa individuati dal medico curante.</p> <p>Le TAA sono costituite da interventi con obiettivi specifici predefiniti. Gli incontri si svolgono sempre alla presenza del professionista con esperienza specifica nel campo, nell'ambito dell'esercizio della propria professione. Le TAA hanno l'obiettivo di favorire il miglioramento delle funzioni fisiche, sociali, emotive, cognitive e sono effettuate individualmente o in gruppo in diverse strutture. Gli interventi sono documentati e valutati.</p> <p>L'EAA sono costituite da interventi con obiettivi specifici predefiniti. Gli incontri si svolgono sempre alla presenza del professionista in ambito educativo: insegnante, pedagogo, educatore professionale, psicologo, ecc., e hanno l'obiettivo di migliorare le funzioni cognitive.</p> <p>Con questo progetto si intende quindi perseguire il seguente obiettivo generale: migliorare la qualità della vita delle persone e coadiuvare programmi terapeutici individuali attraverso la valorizzazione della relazione uomo-animale e realizzabile con Interventi Assistiti con l'ausilio di Animali (IAA) nelle strutture sanitarie e di accoglienza</p> <p>Obiettivi specifici</p>
--------------------	--

	9.1.1 Permettere la visita di animali d'affezione ai proprietari in degenza presso Hospice, Ospedali e Case di riposo
Gruppo prioritario	Degenti in hospice o in residenze protette, bambini ricoverati in reparti di pediatria
Setting	Strutture sanitarie e residenze protette
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> • Destinatari: ospiti e personale di strutture sanitarie (Ospedali, Hospice), di accoglienza (case di riposo), membri equipe AAA/TAA/EAA, medici, medici veterinari, operatori sanitari e sociali, educatori, psicologi, insegnanti, etc.). • Sostenitori: Enti pubblici, Ordine Medici Veterinari, OVUD, Sportello a 4 zampe–Provincia di Perugia, Associazioni di volontariato sociale e protezionistiche. • Operatori: ASL; Progetto RandAgiamo, Associazioni sanitarie (Croce Bianca, ecc.); IZSUM, operatori sanitari di ospedali, Hospice, case di riposo, personale penitenziario, docenti universitari dell'Università, professionisti e animali certificati in IAA.
Trasversalità	Medici ed operatori socio-sanitari. Le IAA possono avere molteplici settori di applicazioni e obiettivi, generali e individuali, che possono essere raggiunti solo con il lavoro di un team multidisciplinare (medici, infermieri, psicologi, medici veterinari, educatori cinofili, etc.).
Attività principali	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stendere specifici protocolli e procedure finalizzati a individuare le caratteristiche che debbono possedere gli animali che vengono utilizzati nelle IAA al fine di evitare rischi per la salute dei pazienti o compromettere il benessere degli animali impiegati 2. Condividere i protocolli con gli operatori sanitari sotto la cui responsabilità ricadono le strutture sanitarie in seno alle quali si intende inserire gli animali 3. Stipulare protocollo di intesa tra Azienda USL, Azienda Ospedaliera e Dipartimento di Medicina Veterinaria

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
9.1.1 Permettere la visita di animali d'affezione ai proprietari in degenza presso Hospice, Ospedali e Case di riposo	9.1.1/1 Protocollo d'intesa	/	/	/	/	Protocollo d'intesa stipulato	/

Cronogramma 9.1 - Con un amico si sta meglio: gli animali da compagnia nelle strutture sanitarie

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
9.1.1 Permettere la visita di animali d'affezione ai proprietari in degenza presso Hospice, Ospedali e Case di riposo																
9.1.1.1	Stendere specifici protocolli e procedure finalizzate	Regione Umbria, ASL, LEBA-Dipartimento di Medicina Veterinaria														
9.1.1.2	Condividere i protocolli con gli operatori sanitari	Regione Umbria, ASL, LEBA-Dipartimento di Medicina Veterinaria														
9.1.1.3	Stipulare protocollo di intesa tra Azienda USL, Azienda Ospedaliera e Dipartimento di Medicina Veterinaria	Regione Umbria, ASL, LEBA-Dipartimento di Medicina Veterinaria														

Progetto 9.2 I canili aperti per promuovere salute

Descrizione

In Italia, l'applicazione della legge 281/91 ha introdotto una "no-kill politica" nazionale per i cani, a meno che non soffrano di malattie incurabili o siano giudicati pericolosi per la società umana. I cani trovati vaganti e catturati e non restituiti al proprietario non possono essere più soppressi entro tre giorni dalla loro cattura, ma devono essere alloggiati in canili sanitari e rifugio fino alla loro eventuale adozione. Purtroppo, la non completa adesione dei proprietari all'iscrizione obbligatoria dei loro cani all'Anagrafe Canina Regionale, come previsto dalla legge 281/91, nel corso degli anni ha portato a un esubero dei cani catturati e non restituiti, perché non identificati o reclamati dai proprietari, un'inadempienza che testimonia la carenza nella responsabilità di custodia degli animali da parte dei privati cittadini. Questo problema è aggravato dalla percezione diffusa del canile quale struttura "discarica" dei cani più sgradevoli e la scarsa valorizzazione dei soggetti che entrano nei canili. Ciò comporta un forte impegno economico per le amministrazioni pubbliche e fa sì che i cani vivano in canile in condizioni di vita spesso lontane dai livelli minimi di benessere animale per ciò che concerne i loro bisogni etologici.

Il Progetto RandAgiamo è nato nel 2010 per cercare di valorizzare la relazione con l'animale nella vita delle persone, con un approccio esclusivamente scientifico e non pietista o animalista, in quanto RandAgiamo è un progetto svolto in collaborazione tra il Laboratorio di Etologia e Benessere Animale (LEBA) del Dipartimento di Medicina Veterinaria dell'Università di Perugia e l'U.O.S. di Igiene Urbana e Prevenzione Randagismo del Servizio Sanità Animale dell'USLUmbria1. Il progetto è stato promosso dalla Regione Umbria come modello operativo ed è stato sostenuto economicamente a partire dal 2010 nell'ambito di una convenzione tra Regione e Università.

Il progetto RandAgiamo ha la finalità di favorire l'adozione dei cani ospitati nei canili, facilitando il loro inserimento nelle famiglie adottanti attraverso un percorso di educazione dell'animale, raggiungibile attraverso un numero molto contenuto di incontri tra l'animale e i veterinari del LEBA e la valorizzazione della relazione uomo-cane. I cani che hanno seguito il percorso RandAgiamo, come tutti i cani presenti nei canili sanitari, sono curati e controllati dal Servizio Veterinario di Sanità Animale della USL. I cani catturati e non restituibili vengono vaccinati, trattati contro gli ecto- ed endoparassiti, sottoposti a prove sierologiche per leishmaniosi e filariosi, sottoposti a sterilizzazione chirurgica e tenuti in osservazione sanitaria per evitare la trasmissione di malattie infettive e parassitarie. I Servizi Veterinari della USL, che sono delegati dal Sindaco all'affido dei cani presenti nel canile, curano anche tutti gli aspetti burocratici e gli eventuali contenziosi medico legali che possono insorgere nel pre- e nel post-affido.

Tra gli obiettivi del progetto RandAgiamo rientra l'attuazione di interventi di sensibilizzazione dei cittadini per promuovere la conoscenza zooantropo-etologica dell'animale e la tutela del suo benessere mediante l'implementazione di progetti didattici e programmi di attività socialmente utili e terapie assistite con l'ausilio del cane. Nell'ambito del Progetto RandAgiamo l'adozione del cane avviene con una sorta di "garanzia", sia per il nuovo proprietario sia per il cane. L'adottante è assistito non solo nella scelta del cane più idoneo al suo contesto familiare, ma anche in caso insorgano problemi comportamentali, per evitare che il cane possa essere riportato in canile e quindi nuovamente abbandonato. Prima dell'adozione i cani sono appositamente educati mediante un protocollo operativo basato sull'etologia e il benessere animale, mirato a migliorare la gestione dei cani di canile. Tra il 2010 e il 2014 il progetto è stato sperimentato e attuato in alcuni canili sanitari della regione, con grande successo non solo dal punto di vista dell'incremento delle adozioni, ma anche come "effetto alone" in seno al canile, attraverso un miglioramento del benessere di tutti gli animali presenti.

Per la sua attuazione il progetto si avvale della collaborazione dello staff specializzato afferente al LEBA opportunamente formato, al quale è richiesta una partecipazione attiva, sulla base delle disponibilità e capacità professionali individuali, non solo per l'"addestramento" degli animali, ma anche per due tipologie di coinvolgimento principali:

- **RandAgente**: è un volontario che è formato e partecipa attivamente al protocollo di educazione

	<p>dei cani.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volontario per la passeggiata dei cani: è un volontario che è formato per portare in passeggiata i cani che sono stati già educati con il protocollo RandAgiamo, con la funzione di far loro rinnovare le competenze acquisite e applicarle durante la passeggiata. <p>Con questo progetto si intende utilizzare i cani dei canili sanitari addestrati per accompagnare i cittadini, bambini e adulti, in passeggiate. Portare in passeggiata i cani educati con il progetto RandAgiamo fornisce un’opportunità unica per i cittadini di socializzare tra loro, creando occasioni per avvicinare generazioni e culture diverse, spesso mondi lontani tra loro, imparare ad approcciare correttamente gli animali, nonché di ristabilire un contatto con la natura. Andare a passeggiare con i cani “RandAgiamo” rappresenta un valore aggiunto perché fornisce un’occasione per insegnare alle persone ad avere un rapporto più consapevole e rispettoso con gli animali, nonché di fare conoscere la realtà dei cani di canile, aumentando la loro visibilità e quindi favorendone l’adozione.</p> <p>Obiettivo generale</p> <p>Favorire la lotta al randagismo mediante l’implementazione del modello RandAgiamo, finalizzato a migliorare la qualità di vita dei cani ospitati nei canili ma soprattutto a favorire l’adozione e l’utilizzo questi animali per promuovere stili di vita salutari specialmente per le persone over-65, attraverso passeggiate, eventi e iniziative ludico-ricreative e seminari divulgativi e formativi, che vedano come protagonisti i cani di canile opportunamente educati con il protocollo RandAgiamo.</p> <p>Obiettivi specifici</p> <p>9.2.1. Garantire l’addestramento continuo di cani ospitati nei canili mediante il protocollo RandAgiamo al fine di favorire al massimo la loro adottabilità e quindi il loro inserimento in contesti che ne garantiscano salute e benessere, incrementando progressivamente il numero di canili sanitari e rifugio nei quali i cani sono educati secondo il modello RandAgiamo</p> <p>9.2.2. Garantire la formazione continua nel tempo di volontari, definiti Randagenti, ovvero di persone disponibili a seguire corsi teorico-pratici sulla relazione uomo-animale e a diventare in seguito accompagnatori sia nelle passeggiate, organizzate con la collaborazione delle reti per la promozione della salute esistenti nelle aziende USL , che in altre attività ludico-creative finalizzate al coinvolgimento di adulti e bambini.</p> <p>9.2.3. Promuovere l’attività fisica nelle persone over-65, in compagnia delle loro famiglie e dei bambini, attraverso l’organizzazione di passeggiate che vedano la presenza dei cani RandAgiamo, assieme ai volontari addestrati</p> <p>9.2.4. Promuovere la cultura del valore della relazione con l’animale per favorire l’adozione di stili di vita salutari nella cittadinanza, con particolare riguardo per le persone over-65, mediante l’implementazione di iniziative ludico-ricreative e seminari divulgativi e formativi.</p>
Gruppo prioritario	I cani dei canili sanitari e rifugio dell’Umbria e la popolazione over 65; cittadini (possessori di animali e non), Comuni, case di riposo, scuole, centri di aggregazione, medici veterinari, educatori cinofili, associazioni protezioniste e animaliste, gestori di canili, studenti Licei e istituti tecnici, ospiti case di riposo).
Setting	Canili sanitari e canili rifugio dell’Umbria. Il territorio umbro come luogo dove attuare passeggiate e incontri all’aperto in cui coinvolgere i cittadini umbri di tutte le età.
Gruppi di interesse	<ul style="list-style-type: none"> • Destinatari: cittadini (possessori di animali e non), Comuni, case di riposo, scuole, centri di aggregazione, medici veterinari, educatori cinofili, associazioni protezioniste e animaliste, gestori di canili, studenti Licei e istituti tecnici, ospiti case di riposo). • Sostenitori: Regione Umbria– Direzione Salute e Coesione Sociale, USL Umbria 1 e 2 – Servizio Sanità Animale, LEBA-Dipartimento di Medicina Veterinaria, Comuni e Associazioni protezionistiche che gestiscono i canili/gattili e che aderiscono al progetto RandAgiamo, Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell’Umbria e delle Marche, Sportello a 4 zampe – Provincia di Perugia, enti pubblici, Ordine dei Medici Veterinari, OVUD, associazioni protezionistiche e di volontariato sociale, soggetti privati, Sindacati e UISP

	<ul style="list-style-type: none"> • Operatori: staff progetto RandAgiamo, ASL, LEBA-Dipartimento di Medicina Veterinaria, Piedibus, Eurobis
Prove di efficacia	<ul style="list-style-type: none"> - Menchetti L., Mancini S., Catalani M.C., Boccini B., Diverio S., 2015. RandAgiamo, a pilot project increasing shelter dogs adoptability in the Umbria Region (Italy). <i>Animals</i>, Special Issue: Management and Welfare of Shelter Animals (submitted). - Diverio S., Boccini B., Menchetti L., Zampini D., Bennett P., 2015. What are the expectations of a person who adopt a dog? A survey among Italian residents for promoting the adoption of shelter dogs. XII Convegno So.Fi.Vet, Perugia 15-17 giugno 2015. - Diverio, S., Catalani, M.C., Martino, G., Marchesini, R., 2013. Increasing Dog's Adoptability by Working on Emotions. Proceedings of the IAHAIO (International Association Human-Animal Organizations) 2013 International Conference–AVMA (American Veterinary Medical Association), 150th Annual Convention, Chicago, USA, 20th-22nd July. - Boccini B., Bennett P.C., Diverio S., 2013. The ideal companion dog: a cultural perspective? Proceedings Congress ISAZ (International Society of Anthrozoology, “Evidence-Based Approaches to the Study of Human-Animal Interactions: Past, Current, and Future Research Directions”, 18-19 July 2013, Chicago, USA, 53.
Misure per le disuguaglianze	Il canile aperto è un progetto “aperto a tutti” che vuole essere uno strumento per superare le differenze generazionali, culturali, corporative, di razza e sesso. Chiunque può diventare Volontario per le passeggiate dei cani, molte delle attività proposte si propongono come trait d’union tra persone spesso lontane fra loro.
Trasversalità	Il progetto va sviluppato con il coinvolgimento di diversi attori istituzionali (vedi Gruppo prioritario), dove ognuno partecipa in base alle specifiche competenze. Inoltre, la fase di operatività necessita della collaborazione di diversi soggetti che potranno contribuire alla riuscita del progetto (Associazioni protezionistiche e di volontariato sociale, Ordini dei Medici Veterinari, Comuni e ANCI, Eurobis, Piedibus, Sindacati, Pro Loco, Forze dell'ordine, ...)
Attività principali	<p>Il progetto si sostanzia in attività fondamentali, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l’individuazione di ulteriori canili sia sanitari che rifugio nei quali estendere l’attività di addestramento dei cani, • la formazione dei volontari che sono disponibili a diventare randagenti, • la costruzione di iniziative ludico-ricreative come passeggiate all’aria aperta grazie alla collaborazione con le reti per la promozione della salute, presenti in ciascuna azienda sanitaria. <p>Il tutto naturalmente sarà accompagnato da iniziative volte a informare la cittadinanza di tutte le attività svolte</p>
Rischi e management	Per la realizzazione del progetto è necessario poter consolidare la collaborazione del personale volontario presente e di quello che sarà formato in futuro, inserendo i professionisti che svolgono un ruolo chiave nel progetto come personale a contratto o borsisti per potere assicurare una continuità e un impegno nel tempo al lavoro da svolgere.
Sostenibilità	La Regione Umbria ha rinnovato per la terza volta la Convenzione con l’Università per il periodo 2015-2016

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
9.2.1 Garantire l'addestramento continuo di cani ospitati nei canili mediante il protocollo RandAgiamo al fine di favorire al massimo la loro adottabilità e quindi il loro inserimento in contesti che ne garantiscano salute e benessere	9.2.1/1 numero cani adottati/numero cani entrati e rimasti in canile	numero cani adottati/numero cani entrati e rimasti in canile	/	/	+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%	+ 10%
	9.2.1/2 adozioni	/	/	/	+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%	+ 10%
	9.2.1/3 canili che aderiscono al modello RandAgiamo	numero di canili che aderiscono al modello RandAgiamo/su canili presenti sul territorio	/	/	/	+ 10% rispetto baseline 2015	+ 10%

Cronogramma 9.2 - I canili aperti per promuovere salute

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
9.2.1 Garantire l'addestramento continuo di cani ospitati nei canili mediante il protocollo RandAgiamo al fine di favorire al massimo la loro adottabilità e quindi il loro inserimento in contesti che ne garantiscano salute e benessere																
9.2.1.1	Individuare i canili sanitari e i canili rifugio in cui estendere il progetto	Staff progetto RandAgiamo, ASL, LEBA- Dip di Med Veterinaria														
9.2.1.2	Assumere accordi con i Comuni titolari dei canili o con le Associazioni per attivare l'estensione del progetto	Staff progetto RandAgiamo, ASL, LEBA- Dip di Med Veterinaria														
9.2.1.3	Iniziare e mantenere l'attività di "addestramento" degli animali	Staff progetto RandAgiamo, ASL, LEBA- Dip di Med Veterinaria														
9.2.2 Garantire la formazione continua nel tempo di volontari, definiti Randagenti, ovvero di persone disponibili a seguire corsi teorico-pratici sulla relazione uomo-animale																
9.2.2.1	Organizzare i corsi di formazione continua come Volontari per le passeggiate con i cani RandAgiamo per gli ospiti di case di riposo e centri diurni, studenti, persone diversamente abili, etc	Staff progetto RandAgiamo, ASL, LEBA- Dip di Med Veterinaria														
9.2.3 Promuovere l'attività fisica nelle persone over-65, in compagnia delle loro famiglie e dei bambini, attraverso l'organizzazione di passeggiate che vedano la presenza dei cani RandAgiamo, assieme ai volontari addestrati																
9.2.3.1	Incontrare i referenti della rete per la promozione della salute per l'organizzazione dei percorsi	Dip. Med, Vet Reti promozione salute														
9.2.3.2	Stipulare accordo con i Comuni di riferimento per l'individuazione dei percorsi più adatti e il coinvolgimento della popolazione	Reti promozione salute Dip Med Vet. Comuni														
9.2.3.3	Organizzare le passeggiate	Dip Med Vet. Reti promozione salute														

Descrizione

Il possesso di animali da compagnia da parte delle famiglie italiane ha subito un notevole incremento negli ultimi anni dovuto essenzialmente a un sostanziale cambiamento del rapporto tra uomo e animale causato da alcuni fattori quali:

- l'avvenuto controllo di alcune zoonosi (eradicazione della rabbia) e di molte malattie infettive del cane e del gatto, grazie allo sviluppo di vaccini e alla sempre maggiore disponibilità di cure veterinarie;
- la mutazione e il miglioramento delle condizioni sociali, economiche ed ecologiche nei paesi occidentali nel corso degli ultimi quarant'anni;
- l'avvento di concetti come "diritti degli animali" e "benessere animale", grazie ai progressi degli studi di neuroscienze ed etologia che hanno sempre più comprovato che gli animali sono esseri senzienti.

Nel corso di questa evoluzione del rapporto uomo-animale, se da un lato sono emersi tutti i benefici che la convivenza con un animale da compagnia (pet) comporta, soprattutto per determinate fasce di popolazione (anziani, bambini, ecc.) che trovano nel pet una compagnia, un sostegno e un'occasione per fare attività fisica e relazionarsi con gli altri, dall'altro si sono purtroppo evidenziate le numerose problematiche che scaturiscono da un rapporto sbagliato o irresponsabile, come il randagismo, la riproduzione incontrollata, le aggressioni a persone o ad altri animali. Risolvere o arginare tali problematiche, ha un costo elevato per le amministrazioni di Enti pubblici, quali Regioni, ASL e Comuni, che debbono adempiere a quanto previsto dalla legge n. 281/91, con risultati inferiori e costi sicuramente ben superiori a quelli necessari ad attuare un'efficace attività di prevenzione e formazione della cittadinanza. Il possesso consapevole e responsabile è, infatti, premessa indispensabile alla buona convivenza con gli animali da compagnia e presupposto fondamentale nella prevenzione delle problematiche che da tale convivenza possono scaturire.

Al possesso consapevole si arriva attraverso le seguenti azioni:

- formazione dei cittadini e diffusione di una cultura del valore e rispetto dell'animale;
- facilitazione dell'accesso agli adempimenti obbligatori (iscrizione ACR), anche attraverso idonee iniziative con finanziamento pubblico;

Si intende pertanto attivare una serie di iniziative formative rivolte sia ai giovani che agli adulti secondo i seguenti filoni di attività:

- **Formazione professionale personale delle scuole dell'obbligo**

Corsi di zooantropologia didattica, etologia e benessere animale per gli insegnanti di scuola media e istituti superiori (Regione, Provincia in collaborazione con il Progetto RandAgiamo, Dipartimento di Medicina Veterinaria e USL). Percorso educativo sulla conoscenza degli animali, la cura e il rispetto destinato ai bambini delle scuole elementari e medie (Ordine dei Medici Veterinari di Perugia e Progetto RandAgiamo).

- **Patentino: Corsi formativi per proprietari di cani nella scuola dell'obbligo**
- **Formazione professionale per giovani**

Corso di educatore cinofilo con riconoscimento CSEN-ENCI (Regione, Provincia, in collaborazione con Dipartimento di Medicina Veterinaria e ASL).

- **Patentino: Corsi formativi per proprietari di cani**

Corsi di formazione che hanno l'obiettivo di favorire un corretto sviluppo della relazione tra il cane e il proprietario o detentore, al fine di consentire l'integrazione dell'animale nel contesto familiare e sociale. Il percorso formativo fornisce nozioni sulla normativa vigente e sulle caratteristiche fisiologiche ed etologiche del cane, in modo da indirizzare il proprietario verso il possesso responsabile. Il percorso formativo deve inoltre infondere nei proprietari la conoscenza dei loro doveri e delle loro responsabilità civili e penali, nonché la comprensione del cane e del suo linguaggio, al fine di valorizzare il rapporto interspecifico e prevenire lo sviluppo di comportamenti indesiderati. Tali corsi sono facoltativi per tutti i possessori di cani o per chi intende diventarlo e obbligatori per i proprietari di cani impegnativi.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Corsi di formazione professionale aperti a tutti i cittadini <i>Corso di formazione binomi cane-conduttore per la ricerca di esche avvelenate</i> da impiegare per la sorveglianza e la bonifica di aree contaminate (destinatari: agenti polizia provinciale, corpo forestale dello stato, guardie zoofile, carcerati, privati cittadini) ○ Corso per gestori di colonie feline <i>Corso per gestori di colonie feline</i> (destinatari: liberi cittadini, membri associazioni protezionistiche). Al fine di armonizzare la presenza di questi animali sul territorio cittadino, i Servizi Veterinari della USL, in collaborazione con i Comuni, il Dipartimento di Medicina Veterinaria della Università di Perugia e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Umbria e Marche di Perugia, organizzano corsi di formazione per gattare/i che li renda edotti sui diritti, ma anche sui doveri che sono in capo a chi decide di occuparsi di una colonia felina e che li doti di un patentino che li autorizzi a intervenire in caso di episodi di cattiva gestione di colonie da parte di altri cittadini. Contestualmente alle azioni di formazione i Servizi di Sanità Animale dei Dipartimenti di Prevenzione elaboreranno un programma annuale di intensificazione delle operazioni di vigilanza e controllo sulla popolazione canina per verificarne l'iscrizione in anagrafe. Tale programma dovrà essere concertato e realizzato in collaborazione con la Polizia Municipale e altri organi di polizia (Polizia Provinciale, Corpo Forestale dello Stato, in fase di riorganizzazione) prevedendo l'intensificazione di tale attività in specifici periodi dell'anno e in luoghi strategici, al fine di ottenere il miglior risultato possibile. <p>Obiettivo generale Formare e sensibilizzare la cittadinanza su cosa significa il possesso consapevole di un animale da compagnia, partendo dalla conoscenza delle necessità fisiche ed etologiche dell'animale, che variano secondo la specie, la razza e il sesso, che ne esalti vantaggi e benefici e minimizzi le problematiche che potrebbero scaturire dalla convivenza con gli animali da compagnia.</p> <p>Obiettivo specifico Fornire ai cittadini, giovani e più adulti, le conoscenze e il supporto professionale per la scelta dell'animale da compagnia idoneo allo stile di vita condotto e alle risorse disponibili e gli obblighi di legge inerenti il possesso di un animale da compagnia con particolare riferimento alla identificazione e iscrizione all'Anagrafe Canina Regionale (ACR).</p>
Gruppo prioritario	Cittadini umbri possessori di animali e non
Setting	Scuola secondaria di primo grado
Gruppi di interesse	<p>Destinatari: cittadini (possessori di animali e non), scuole, associazioni protezioniste e animaliste.</p> <p>Sostenitori: Regione, USL Umbria 1 e 2 – Servizio Igiene Urbana e Prevenzione del Randagismo, Progetto Rand<i>Agiamo</i>, LEBA-Dipartimento di Medicina Veterinaria, Comuni, Ordine dei Medici Veterinari di Perugia e Terni</p> <p>Operatori: personale specializzato degli Enti coinvolti nel Gruppo prioritario</p>
Trasversalità	Il progetto va sviluppato con il coinvolgimento di diversi attori istituzionali (vedi Gruppo prioritario), dove ognuno partecipa in base alle specifiche competenze.
Attività principali	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzare corsi di formazione per insegnanti delle scuole dell'obbligo, cittadini che hanno il cane o desiderano averlo (patentino), proprietari di cani impegnativi (patentino obbligatorio), gestori di colonie feline. 2. Organizzare corsi di formazione professionale per binomi cane conduttore per la ricerca di esche avvelenate 3. Organizzare campagne di vigilanza e controllo sull'iscrizione dei cani in ACR 4. Informare e sensibilizzare i cittadini su corsi di formazione svolti e iniziative intraprese dagli enti promotori partner (Regione, Provincia, ASL, ANCI, Comuni, Progetto Rand<i>Agiamo</i>, Università) relativamente agli obiettivi del presente piano.
Rischi e management	Il progetto è costruito sostanzialmente su azioni formative, che dovranno quindi vedere da un lato la partecipazione della scuola primaria e della scuola secondaria di primo e secondo grado dall'altra la partecipazione dei cittadini.
Sostenibilità	L'attuazione del progetto non comporta costi particolari, ma capacità organizzative e adattabilità.

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
9.3.1 Fornire ai cittadini, giovani e più adulti, le conoscenze e il supporto professionale per la scelta dell'animale da compagnia idoneo allo stile di vita condotto nonché agli obblighi di legge inerenti il possesso di un animale da compagnia con particolare riferimento alla identificazione e iscrizione all'Anagrafe Canina Regionale (ACR).	9.3.1/1 n. cani privi di microchip/n. cani oggetto di vigilanza	n. cani privi di microchip/n. cani oggetto di vigilanza	/	/	-10%	-10%	-10%

Cronogramma 9.3 - Chi trova un amico trova un tesoro: il possesso consapevole di un animale da compagnia

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018				
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
9.3.1 Fornire ai cittadini, giovani e più adulti, le conoscenze e il supporto professionale per la scelta dell'animale da compagnia idoneo allo stile di vita condotto nonché agli obblighi di legge inerenti il possesso di un animale da compagnia con particolare riferimento alla identificazione e iscrizione all'Anagrafe Canina Regionale (ACR).																	
9.3.1.1	Stipulare un protocollo d'intesa tra Asl, Anci, Ordine dei Medici Veterinari, Regione e Università finalizzato a programmare e attuare corsi di formazione sul corretto rapporto uomo animale e sulla legislazione vigente	Regione Umbria															
9.3.1.2	Formare i formatori	USL, Dipartimento di Med Veterinaria															
9.3.1.3	Progettare i corsi Patentino in 4 scuole dell'obbligo per ogni ASL	USL, Dip. di Med Vet. OMV															
9.3.1.4	Attuare i corsi Patentino in 4 scuole dell'obbligo per ogni ASL	USL, Dip. di Med Vet. OMV															
9.3.1.5	Progettare i 4 corsi Patentino per adulti per ogni ASL	USL, Dip. di Med Vet. OMV															
9.3.1.6	Attuare i 4 corsi Patentino per adulti per ogni ASL	USL, Dip. di Med Vet. OMV															
9.3.1.7	Progettare i 2 corsi per gestore di colonia felina per ogni ASL	USL, Dip. di Med Vet. OMV															
9.3.1.8	Attuare i 2 corsi per gestore di colonia felina per ogni ASL	USL, Dip. di Med Vet. OMV															
9.3.2 Programmare operazioni di vigilanza e controllo sulla popolazione canina per verificarne l'iscrizione in anagrafe in collaborazione con la Polizia Municipale e altri organi di polizia																	
9.3.2.1	Elaborare un programma annuale di intensificazione delle operazioni di vigilanza e controllo sulla popolazione canina per verificarne l'iscrizione in anagrafe integrato tra organi di vigilanza	Regione- Aziende USI- altri organi di vigilanza															
9.3.2.2	Attuare un programma annuale di intensificazione delle operazioni di vigilanza e controllo sulla popolazione canina per verificarne l'iscrizione in anagrafe integrato tra organi di vigilanza	Regione- Aziende USI- altri organi di vigilanza															

Programma 10. Gestire le emergenze

Vision

Con questo programma si intende provare a incrementare le competenze a partire dal processo di non sottovalutazione dei rischi biologici in ambiente sanitario. La Regione Umbria intende inoltre, da un lato, collaborare a livello nazionale alla stesura delle linee guida e contestualmente lavorare con la Protezione Civile, l'ARPA, l'Istituto Zooprofilattico Umbria-Marche, le Prefetture e le Questure alla messa a punto di procedure su scala locale, al fine di sviluppare non solo negli operatori sanitari, ma anche nella popolazione generale la consapevolezza che se un'emergenza non si può prevenire fino in fondo, è possibile gestirla in modo da contenere i danni.

Il programma pertanto è volto a perseguire i seguenti obiettivi generali:

- Mettere a punto piani operativi integrati tra i servizi sanitari e quelli di altre istituzioni per la gestione di emergenze riguardanti la sanità pubblica, la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria.
- Migliorare la capacità di riconoscere e gestire casi infettivi attraverso un adeguato livello di integrazione tra ospedale e territorio.
- Migliorare nella popolazione generale la capacità di gestire un'emergenza individuale o collettiva.

Il programma intende contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi centrali nazionali: 9.2; 9.9; 10.5 (riportati per esteso nel quadro logico regionale) attraverso il seguente progetto:

10.1 Progettare le emergenze

Progetto 10.1 Progettare le emergenze

Descrizione	<p>Il titolo di questo progetto è volutamente un ossimoro. Nasce dal fatto che le diverse emergenze di tipo infettivo che il sistema sanitario si è trovato ad affrontare nel recente passato, hanno dimostrato non tanto la difficoltà dello stesso a mettere in moto la macchina organizzativa, quanto piuttosto una incapacità a costruire comportamenti adatti a rispondere sotto il profilo gestionale, organizzativo oltre che comunicativo al verificarsi di un evento critico, che coinvolga la collettività, o parte di essa e possa essere determinato da eventi naturali e non, con particolare riferimento a quelli di natura infettiva. Peraltro proprio in questa regione la Protezione Civile ha sviluppato un importante knowhow a partire dal terremoto del 1996, per il quale si parla di <i>Sistema integrato della protezione civile</i>, per il cui potenziamento è stato siglato proprio nel gennaio di quest'anno un protocollo di intesa tra Regione e Prefetture di Perugia e Terni. In base ad esso Stato, Prefetture e Regione, nel rispetto delle competenze di ciascuno, si impegnano a promuovere, incrementare ed attuare una reciproca sinergia nelle attività di protezione civile favorendo, in particolare, il coordinamento operativo nell'attività di gestione delle emergenze. Il Prefetto competente per territorio, qualora, sulla base delle informazioni comunque acquisite, ravvisasse che un evento calamitoso, per intensità ed estensione, richieda l'intervento coordinato di più enti o amministrazioni competenti in via ordinaria, assume la direzione unitaria dei servizi di emergenza e, coordinandosi con il Presidente della Giunta Regionale, convoca il Centro Coordinamento Soccorsi ed attiva i sistemi operativi di intervento attraverso la sala operativa di Protezione Civile situata presso il Centro Regionale di Protezione Civile di Foligno.</p> <p>Cosa si intende però quando si utilizza l'espressione "emergenze" e come possono coinvolgere il sistema sanitario? Il gruppo che ha partecipato alla costruzione di questo progetto, dopo un lungo e talora acceso dibattito, ha deciso che in questo contesto si intende per <i>emergenza</i> una qualunque calamità che coinvolga una parte più o meno estesa del territorio regionale e una quota più o meno ampia della popolazione della regione.</p> <p>Nel sito della Protezione Civile nazionale si definisce quindi per <i>piano di emergenza</i> l'insieme delle procedure operative di intervento, per fronteggiare una qualsiasi calamità attesa in un determinato territorio. Il piano d'emergenza è lo strumento che consente alle autorità di predisporre e coordinare gli interventi di soccorso a tutela della popolazione e dei beni in un'area a rischio. Ha l'obiettivo di garantire con ogni mezzo il mantenimento del livello di vita "civile" messo in crisi da una situazione che comporta gravi disagi fisici e psicologici.</p> <p>Tutti i Comuni umbri hanno un piano di emergenza. Che cosa manca allora? Manca sostanzialmente una rete operativa pronta ad intervenire in maniera tempestiva e coordinata ed a controllare la comunicazione nei confronti della popolazione o in altri termini la identificazione puntuale delle figure da coinvolgere, in grado di assumere decisioni ciascuno per il proprio ruolo (secondo la logica della catena di comando) e contemporaneamente di rispondere ad una organizzazione multisettoriale oltre che, talora, sovra-aziendale. Tutto ciò risulta particolarmente evidente nel caso di emergenze infettive, ma può essere applicato a qualunque tipo di evento calamitoso che coinvolga la popolazione in una fetta più o meno ampia. E' necessario però fare una distinzione: in campo veterinario si potrebbe dire che è maggiore la attenzione alla gestione delle emergenze da parte del livello centrale. Per esempio per quanto riguarda le malattie infettive che colpiscono gli animali da reddito è stato declinato nel 2014 il <i>Piano Nazionale per le emergenze di tipo epidemico</i>, così come per la sicurezza alimentare è codificata a livello regionale e aziendale l'organizzazione dell'<i>Unità di crisi</i>. Nonostante ciò però anche in questo settore, se da un lato è maggiore la consapevolezza della catena di comando dall'altra non è poi così sviluppata la capacità di operare in modo integrato con gli altri servizi sanitari.</p> <p>Con il presente progetto si intende pertanto migliorare la capacità di risposta della sanità pubblica ad una emergenza, nelle fasi di valutazione del problema, controllo e gestione dello stesso, a partire dall'individuazione del referente Sanitario Regionale per le emergenze, soggetto che deve essere dotato di ampia conoscenza dei sistemi di emergenza ed urgenza del servizio sanitario regionale,</p>
--------------------	---

	<p>della dislocazione delle risorse e delle capacità operative e della rete organizzativa del sistema regionale. A costui dovrà essere conferita adeguata autorità decisionale per permettergli di affrontare in tempi rapidi le situazioni di crisi da fronteggiare, sia internamente alla regione sia nel caso di attivazione del Modulo Sanitario Regionale da parte del Dipartimento Nazionale della Protezione Civile sia in Italia che all’Estero. Il Referente Sanitario Regionale, rappresenta il Sistema Sanitario Regionale all’interno della Funzione F2 dello schieramento della Sala Operativa Unica Regionale – SOUR.</p> <p>Perché tale figura possa svolgere efficacemente il proprio ruolo è necessario che in ogni Azienda USL venga formalizzato un <i>Comitato per l'emergenza di sanità pubblica</i> (CESP), che deve rappresentare il nucleo direzionale sanitario, sia nella fase di preparazione della risposta all'emergenza, sia in corso di crisi e, e per ciascun Dipartimento di Prevenzione del cosiddetto <i>GORR (gruppo operativo a risposta rapida)</i> con capacità di attivazione elevata, coordinato da un medico o da un medico veterinario.</p> <p>Si vogliono inoltre formare gli operatori di sanità pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Distretti a svolgere attività che sono proprie di un contesto di emergenza collettiva e tra queste le attività di comunicazione con la popolazione, anche in lingue diverse dall’italiano. La formazione, che ricomprende una sostanziosa componente esercitativa, dovrà essere rivolta prevalentemente alle emergenze di natura infettiva, ma dovrà garantire un programma di conoscenze anche attinenti ad emergenze di altra natura (rischio chimico, rischio radiologico, catastrofi naturali ecc) nonché, naturalmente, rispetto alle modalità di funzionamento della gestione degli eventi calamitosi e catastrofici da parte della Protezione Civile, consentendo di sviluppare una rete di conoscenze formali ed informali utili per la gestione degli eventi citati. Pertanto con questo progetto si intende raggiungere i seguenti obiettivi:</p> <p>10.1.1 Formare gli operatori di sanità pubblica (Dipartimenti di Prevenzione e Distretti) a svolgere attività che sono proprie di un contesto di emergenza collettiva e tra queste le attività di comunicazione con la popolazione, nonché rispetto alle modalità della gestione degli eventi calamitosi e catastrofici da parte della Protezione Civile.</p> <p>10.1.2 Costituire un modello strutturato di rete aziendale e regionale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica, con particolare riferimento a quelle di natura infettiva, in grado di rappresentare concretamente il “punto di contatto” con la protezione civile.</p>
Gruppo prioritario	Medici, Veterinari, Laureati non medici, Tecnici della Prevenzione dei Dipartimenti di Prevenzione e Medici ed Infermieri dei Distretti
Gruppi di interesse	Medici, Veterinari, Laureati non medici, Tecnici della Prevenzione dei Dipartimenti di Prevenzione e Medici ed Infermieri dei Distretti, Direzione Salute e Coesione Sociale, IZS UM, ARPA e Protezione Civile
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale)	Il progetto si fonda proprio sulla intersettorialità delle figure sanitarie con le altre forze coordinate dalla Protezione Civile
Attività principali	Come meglio precisato nel cronogramma le attività sono sostanzialmente formative e organizzative
Rischi e management	Anche in questo caso il rischio è connesso con la resistenza degli operatori a modificare il proprio approccio al problema e in particolare a superare l’idea che tutto è già codificato e non migliorabile. Si ritiene quindi che la formazione sia essenziale per superare parte di queste resistenze.
Sostenibilità	Non ci sono costi particolari se non quelli connessi con la attività formativa

Tabella degli indicatori

Obiettivi specifici	Indicatori	Formula calcolo	Valore di partenza	Valori attesi			
				2015	2016	2017	2018
10.1.1 Formare gli operatori di sanità pubblica (Dipartimenti di Prevenzione e Distretti) a svolgere attività che sono proprie di un contesto di emergenza collettiva e tra queste le attività di comunicazione con la popolazione, nonché rispetto alle modalità della gestione degli eventi calamitosi e catastrofici da parte della Protezione Civile	10.1.1/1 CESP attivato	/	/	/	CESO attivato in ciascuna azienda sanitaria del CESP	/	/
10.1.2 Costituire un modello strutturato di rete aziendale e regionale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica, con particolare riferimento a quelle di natura infettiva, in grado di rappresentare concretamente il “punto di contatto” con la Protezione Civile	10.1.2/1 Percorso formativo	/	/	/	Realizzazione del percorso formativo in collaborazione e con la Protezione civile	/	/

Cronogramma progetto 10.1 – Progettare le emergenze

Obiettivi specifici e attività		Responsabile	2015		2016				2017				2018			
			III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
10.1.1 Formare gli operatori di sanità pubblica (Dipartimenti di Prevenzione e Distretti) a svolgere attività che sono proprie di un contesto di emergenza collettiva e tra queste le attività di comunicazione con la popolazione, nonché rispetto alle modalità della gestione degli eventi calamitosi e catastrofici da parte della Protezione Civile																
10.1.1.1	Costruire il percorso formativo in collaborazione con la Protezione Civile rivolto agli operatori di Sanità Pubblica (Distretti e Dipartimenti di Prevenzione)	Direzione Salute e Coesione Sociale + Protezione Civile+ARPA+IZSUM + Scuola di Sanità Pubblica "Villa Umbra"														
10.1.1.2	Realizzare le iniziative formative progettate	Scuola di Sanità Pubblica "Villa Umbra"														
10.1.2 Costituire un modello strutturato di rete aziendale e regionale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica, con particolare riferimento a quelle di natura infettiva, in grado di rappresentare concretamente il "punto di contatto" con la protezione civile.																
10.1.2.1	Presentare il progetto alle Direzioni Sanitarie e alle Direzioni dei Dipartimenti di Prevenzione	Direzione Salute e Coesione Social														
10.1.2.2	Costituire una rete aziendale multidisciplinare in ciascuna azienda territoriale per fronteggiare le emergenze di sanità pubblica con particolare riferimento a quelle infettive dell'uomo e degli animali	Direzioni Aziendali delle Aziende Sanitarie														