





OGGETTO: INTERVENTI REGIONALI DI ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018.

**LA GIUNTA REGIONALE**

**VISTA** il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla PF Prevenzione e Promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

**VISTO** il parere favorevole di cui all'articolo 16 bis, della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della PF Prevenzione e Promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

**VISTA** la proposta del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

**VISTO** l'articolo 28 dello statuto della regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

**DELIBERA**

di approvare, in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, i programmi individuati nell'Allegato A che forma parte integrante della presente delibera;

di stabilire che la spesa derivante dalla attuazione della presente deliberazione è compresa nei limiti del budget annualmente assegnato dalla Regione Marche alle Aziende del SSR.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elsa Moroni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Luca Ceriscioli

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

Con l'atto di intesa Stato – Regioni e Province Autonome n. 156/CSR del 13 novembre 2014, è stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014 -2018.

Con la delibera n. 1434 del 22.12.2014 si è proceduto al primo adempimento previsto con scadenza 31.12.2014 dalla Intesa Stato – Regioni e Province Autonome di cui sopra e sono stati individuati, con la metodologia prevista all'art. 2 della medesima, i programmi regionali per la successiva adozione del Piano Regionale della Prevenzione 2014 – 2018. Inoltre è stato stabilito che la spesa derivante dalla attuazione della deliberazione, per l'anno 2014, è ricompresa all'interno del budget assegnato dalla Regione Marche alle Aziende del SSR per tale anno e che, per gli anni successivi, si provvederà alla copertura dei costi all'interno dei budget assegnati.

L'adozione del PRP e la successiva valutazione da parte del Ministero della Salute, sono adempimenti previsti dalla certificazione LEA per l'anno 2015, ai sensi della Intesa Stato Regioni n.56 del 25 marzo 2015 dal titolo "PNP 2014 – 2018 – Documento di valutazione".

La stesura del Piano Regionale della Prevenzione, pur essendo strettamente conseguente agli indirizzi indicati nella DGR 1434/2012, ha richiesto comunque un percorso articolato finalizzato a rispondere a tutti i criteri riportati nell'allegato 2 - "griglia di valutazione della pianificazione" dell'Intesa Stato Regioni sopra citata. In particolare:

- nel mese di gennaio è stato predisposto, a cura della PF Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro dell'ARS, un documento tecnico con le "istruzioni per la stesura dei Programmi del PRP 14 – 18"

- nei mesi di febbraio, marzo ed aprile, in accordo con Direzione ARS, Direzione Servizio Sanità, Direzioni delle Aziende del SSR, si sono tenuti gli incontri dei gruppi tecnici composti da personale dell'ARS, delle Aziende del SSR, dei servizi Politiche Sociali e Agricoltura ed Ambiente della Regione Marche, dei rappresentanti degli Ambiti Sociali Territoriali e dell'Ufficio Scolastico Regionale in precedenza individuati, dell'ARPA Marche per quanto di competenza. Tali gruppi hanno sviluppato i contenuti tecnici delle linee di intervento di ciascuno dei programmi; nel mese di aprile, in accordo e promosso dalla Direzione Generale dell'ASUR, è stato svolto un incontro volto ad informare e confrontare con i Direttori di Distretti, Dipartimenti di Prevenzione e Direttori dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche, i contenuti della elaborazione intermedia relativa ai programmi 1 – 4 che presentano la maggior complessità in termini di "trasversalità" di azione nei territori di ciascuna Area Vasta

- nello stesso periodo, a cura del coordinatore tecnico del PRP Marche, dirigente della PF Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro dell'ARS, sono stati effettuati incontri su specifiche tematiche del PRP con attori e portatori di interesse quali rappresentanti dei MMG, Presidente dell'Ordine dei Medici di Ancona come riferimento regionale, Enti di promozione sportiva e di promozione sociale, OO.SS., Componenti del Comitato Regionale di Coordinamento per la prevenzione nei luoghi di lavoro (ex art. 7 D.Lgs 81/08),

- in data 18, 19 e 31 marzo personale della ARS – Regione Marche ha partecipato ad incontri promossi dall'ISS e dal Ministero della Salute, in collaborazione con il Coordinamento Interregionale della Prevenzione, con il fine di confrontare ed omogeneizzare le pianificazioni in corso nei singoli territori regionali.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>4</b>
------------------

- come già previsto al paragrafo 6 "individuazione dei programmi" della DGR 1434/2014, nella definizione di dettaglio realizzata durante la stesura della presente deliberazione, è emersa la opportunità di eliminare il programma "Salute e ... lavori in corso" aggregando le due linee di intervento previste nei programmi "Mi prendo cura di me" rivolto al supporto agli stili di vita salutari nell'età adulta, e "Prevenire è volersi bene" rivolto al miglioramento dell'adesione agli screening oncologici. Ciò al fine di semplificare ulteriormente l'impostazione complessiva e migliorare la trasversalità delle azioni che ne derivano. Si è altresì modificato, ampliandolo, il contenuto del programma "Riduzione dei residui di contaminanti chimici ed ambientali negli alimenti" e – di conseguenza – è stato modificato il titolo del medesimo in "Sicurezza alimentare", così come è stato migliorata la leggibilità del contenuto del programma relativo a randagismo ed animali di affezione, il cui titolo definitivo è "Prevenzione del randagismo e animali di affezione nel contesto urbano".

Gli obiettivi del presente Piano Regionale della Prevenzione, faranno parte degli obiettivi sanitari da assegnare ai Direttori delle Aziende del SSR, per quanto di rispettiva competenza.

Per quanto sopra si propone:

- di approvare, in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, i programmi individuati nell'Allegato A che forma parte integrante della presente delibera;
- di stabilire che la spesa derivante dalla attuazione della presente deliberazione è compresa nei limiti del budget annualmente assegnato dalla Regione Marche alle Aziende del SSR.

**Il Responsabile del Procedimento**  
**Dr. Giuliano Tagliavento**

**PROPOSTA E PARERE DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione

**IL DIRETTORE**  
**Dott. Enrico Bordoni**



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>5</b>
------------------

La presente deliberazione si compone di n. **377** pagine, di cui n. **372** pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**

**Dot.ssa Elisa Moroni**



**ALLEGATO A**

**PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018**

**CAPITOLO 1: INTRODUZIONE**

- 1.1 VISION E PRINCIPI SPECIFICI
- 1.2 METODOLOGIA PER LA PROGETTAZIONE
- 1.3 PRINCIPI E STRUMENTI PER L'ATTUAZIONE
- 1.4 STRUTTURA GENERALE DEI PROGRAMMI
- 1.5 MONITORAGGIO

**CAPITOLO 2: I PROGRAMMI**

**Programma 1 - Bambini DOP: Denominazione di Origine Protetta**

LINEE di INTERVENTO	
1-1	<i>Allattamento al seno: una scelta di salute per la vita</i>
1-2	<i>Guadagnare Salute... con le Life Skills"- Scuola dell'Infanzia</i>
1-3	<i>Mamme libere dal fumo e dall'alcol</i>
1-4	<i>Screening Neonatali</i>
1-5	<i>Piccoli in Sicurezza</i>

**Programma 2 - Scuola e Salute ...è tutto un Programma!**

LINEE di INTERVENTO	
2-1	<i>I nodi della Rete</i>
2-2	<i>"Guadagnare Salute... con le Life Skills"- Scuola Primaria e Secondaria di I grado</i>
2-3	<i>Peer education: un programma di promozione della salute nelle Scuole secondarie di 1° e 2° grado</i>
2-4	<i>Identificazione precoce delle patologie psichica in età evolutiva e dei disturbi dello sviluppo</i>



2-5	<i>La giusta alimentazione .... La trovi a scuola!</i>
2-6	<i>Ragazzi in Gamba</i>
2-7	<i>Sicuri è meglio</i>
2-8	<i>Imparare a portare soccorso</i>
2-9	<i>Salute e sicurezza nella scuola 2.0</i>
2-10	<i>Si può fare: cellulari e raggi solari</i>

**Programma 3 - Mi prendo cura di me**

LINEE di INTERVENTO	
3-1	<i>Muoversi per Guadagnare Salute</i>
3-2	<i>Motivare al cambiamento</i>
3-3	<i>Lavorare .... Con stile</i>
3-4	<i>Gente di Cuore</i>
3-5	<i>Meno sale, meno pressione</i>

**Programma 4 - Salute d'Argento**

LINEE di INTERVENTO	
4-1	<i>manTeniamoci</i>
4-2	<i>Ossi duri si diventa</i>
4-3	<i>Attività Fisica Adattata (AFA) per pazienti over 65</i>

**Programma 5 - Gli Screening oncologici: prevenire è volersi bene 2.0**

LINEE di INTERVENTO	
5-1	<i>Miglioramento dello screening del tumore del colon-retto</i>
5-2	<i>Miglioramento dello screening del tumore della mammella</i>
5-3	<i>Miglioramento dello screening del tumore della cervice uterina</i>
5-4	<i>Il "Lavoro" invita allo screening"</i>

**Programma 6 - Lavorare per vivere**

LINEE di INTERVENTO	
6-1	<i>Ridefinizione dei criteri per la redazione del report regionale in funzione degli obiettivi strategici ex articolo 7 d. lgs 81/08</i>
6-2	<i>Cancerogeni occupazionali e tumori professionali</i>
6-3	<i>Sorveglianza sanitaria ex lavoratori esposti ad amianto e controllo qualità sorveglianza sanitaria lavoratori esposti</i>
6-4	<i>Aggiornamento e implementazione del programma regionale sul rischio da sovraccarico biomeccanico</i>
6-5	<i>Prevenzione del rischio stress lavoro correlato e promozione del benessere organizzativo nelle aziende</i>
6-6	<i>Prevenire gli incidenti stradali di lavoratori causati da Apnee Ostruttive durante il sonno (OSAS)</i>
6-7	<i>Sicuri ... di essere sicuri?: Attuazione regionale del Piano nazionale di Prevenzione in Edilizia</i>
6-8	<i>Prevenzione in Agricoltura</i>
6-9	<i>Sostenere la rete di R.L.S. ed R.L.S.T.</i>

**Programma 7 - Ambiente.... In Salute**

LINEE di INTERVENTO	
7-1	<i>La rete Ambiente e Salute</i>
7-2	<i>Impatto sulla salute dei determinati ambientali</i>
7-3	<i>Comunicazione del Rischio</i>
7-4	<i>Vigilanza e controllo sul territorio regionale in materia di REACH e CLP su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente</i>
7-5	<i>Accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze sulla sicurezza chimica degli operatori dei Servizi Pubblici, dei Consulenti/Responsabili Aziendali addetti al controllo su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente</i>
7-6	<i>Prevenzione Amianto</i>
7-7	<i>Buone Pratiche in Edilizia</i>





## Programma 8 - Per un sistema Vaccinale Regionale maturo

<b>LINEE di INTERVENTO</b>	
8-1	<i>Anagrafe vaccinale per le Marche</i>
8-2	<i>Miglioramento della qualità del sistema vaccinale nelle Marche</i>
8-3	<i>Integrazione ospedale-territorio per il miglioramento delle coperture vaccinali nei gruppi a rischio</i>
8-4	<i>Comunicare in un sistema vaccinale maturo</i>

## Programma 9 - Preparazione e Risposta della Sanità Pubblica alle Emergenze

<b>LINEE di INTERVENTO</b>	
9-1	<i>Preparazione e risposta della sanità pubblica alle emergenze nelle Marche. Pianificare la preparazione e la risposta alle emergenze per la salute pubblica nelle Marche</i>
9-2	<i>Esercitarsi alle emergenze</i>

## Programma 10 - Prevenzione del randagismo e animali d'affezione nel contesto urbano

<b>LINEE di INTERVENTO</b>	
10-1	<i>Promozione del possesso responsabile di animali da affezione, obblighi di identificazione e delle condizioni di benessere animale</i>
10-2	<i>Prevenire il randagismo tramite l'incentivazione all'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà</i>
10-3	<i>Controllo nei canili e nei rifugi che ospitano cani randagi</i>

**Programma 11 - Sicurezza alimentare**

LINEE di INTERVENTO	
11-1	<i>Promuovere l'integrazione fra archivi Arpam, IZS e Regione per consentire una valutazione integrata del rischio contaminanti</i>
11-2	<i>Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi (OSM)</i>
11-3	<i>Adeguamento dell'anagrafica in SIVA ai criteri degli stabilimenti alimentari della Master List</i>
11-4	<i>Pianificazione attività di campionamento ufficiale con i laboratori designati</i>
11-5	<i>Reazioni avverse al cibo: l'OSA Formato</i>
11-6	<i>Poco sale, ma iodato</i>
11-7	<i>Tecniche e organizzazione del controllo ufficiale: aspetti relativi alla formazione e agli audit</i>

**Programma 12 - Prevenzione delle Malattie Infettive Trasmissibili**

LINEE di INTERVENTO	
12-1	<i>Verso l'eradicazione del Morbillo e della Rosolia nelle Marche</i>
12-2	<i>Per una migliore Sorveglianza delle Malattie Infettive nelle Marche</i>
12-3	<i>Gestire le Malattie Infettive "Croniche" nelle Marche</i>
12-4	<i>CPE Network</i>
12-5	<i>Sistema regionale di sorveglianza del consumo di antibiotici</i>
12-6	<i>Focus su Antibiotico-resistenza e corretta comunicazione sull'utilizzo degli antibiotici</i>
12-7	<i>Campagna di comunicazione per un consapevole uso degli ATB</i>
12-8	<i>Infezioni correlate all'assistenza: sorvegliare per prevenire</i>
12-9	<i>Monitoraggio informatizzato della produzione e distribuzione del farmaco veterinario</i>
12-10	<i>Sorveglianza delle Zoonosi: ruolo del laboratorio come elemento strategico della sorveglianza</i>
12-11	<i>Attuazione di piani di sorveglianza in popolazione di animali selvatici</i>



## CAPITOLO 1: INTRODUZIONE

### 1.1 VISION E PRINCIPI SPECIFICI

La DGR 1434 del 22.12.14, nel recepire il Piano Nazionale della Prevenzione, indica al paragrafo 5 alcuni elementi che caratterizzano il nuovo Piano Regionale della Prevenzione. In particolare:

- L'adesione alla vision e principi generali del PNP (par. 1.2.1 e 1.2.2) ai quali si rimanda
- la scelta di raccordare le molteplici linee di intervento all'interno di un limitato numero di programmi con la finalità di favorire il superamento della logica dell'intervento singolo, caratteristica dei precedenti piani
- la individuazione di un modello territoriale omogeneo per la attuazione in ciascuna Area Vasta dell'ASUR che, sulla base di sperimentazioni già realizzate, favorisca il riconoscimento di ruoli specifici e, al contempo, favorisca il raccordo tra le reti formali ed informali, interne ed esterne al SSR, istituzionali e di portatori di interesse.

I tre elementi richiamati tendono in particolare a perseguire:

- strategie di empowerment, in particolare organizzativo e di comunità, utili sia alla maggior efficacia e razionalità degli interventi, sia al recupero di risorse complessive da tutto il sistema sociale e sanitario.
- accompagnamento alla concreta riorganizzazione delle strutture territoriali dell'ASUR, all'interno di ciascuna Area Vasta, in quanto il PRP definisce obiettivi da raggiungere programmando, coordinando e realizzando le azioni previste in tale ambito territoriale, in modo omogeneo.

### 1.2 METODOLOGIA DI PROGETTAZIONE

L'intesa Stato – Regioni e Province Autonome n. 156/CSR del 13 novembre 2014, Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014 -2018 ha previsto una progettazione in due fasi temporali: l'una generale collegata al recepimento dell'intesa stessa, l'una di dettaglio collegata anche con la successiva Intesa Stato Regioni n.56 del 25 marzo 2015 dal titolo "PNP 2014 – 2018 – Documento di valutazione". Come logica conseguenza, la definizione dell'assetto generale in programmi e la definizione degli stessi, è stata effettuata secondo quanto già descritto nella DGR 1434/2014, paragrafo 5.1 - "Le metodologie di approccio per la definizione e la sostenibilità dei programmi nell'attuale contesto".

I contenuti di ciascun programma sono stati sviluppati in modo "partecipato", nei limiti dei tempi a disposizione, ed in maniera differenziata secondo la tipologia e la organizzazione che il sistema marchigiano ha consolidato al momento attuale. Ciò al fine di garantire una concreta sostenibilità fin dalla fase progettuale:

- I programmi 1- 4, definiti con approccio per le tre fasce di età e per il setting "scuola", sono stati sviluppati con gruppi di lavoro integrati costituiti dai referenti dei precedenti progetti trasversali di promozione degli stili di vita dell'ASUR, referenti di Area Vasta degli Ambiti Territoriali Sociali, referenti identificati in accordo tra ARS – Regione Marche ed Az. del SSR e portatori di interesse, in relazione alle specifiche linee di intervento. L'obiettivo è stato quello di



valutare, in particolare, i limiti e gli sviluppi potenziali della capacità di intervento, con modalità intersettoriali ed interprofessionali, nella 'Comunità' nel sistema sanitario e sociale, in modo specifico.

- Il programma 5, dedicato al miglioramento degli screening oncologici già in atto, è stato sviluppato dal gruppo di lavoro regionale screening, già operativo da tempo e rappresentativo delle Aziende del SSR. La linea progettuale integrativa, finalizzata alla diminuzione delle disuguaglianze di accesso che si riscontrano in tale ambito di offerta di servizi, è stato sviluppato dal gruppo di lavoro regionale afferente al Comitato di Coordinamento ex art. 7 del D. Lgs 81/08, che tratta i temi collegati al Medico Competente, in raccordo con il Referente regionale screening.

- Il programma 6, dedicato alle tematiche della prevenzione nei luoghi di lavoro, è stato sviluppato da un gruppo di lavoro composto dai referenti dello specifico sistema informativo integrato Regione – ASUR – INAIL e dei gruppi di lavoro già operanti per le specifiche tematiche da affrontare. I contenuti intermedi sono stati oggetto di valutazione da parte del Comitato di Coordinamento ex art. 7 del D. Lgs 81/08

- Il programma 7, dedicato alle tematiche del rapporto tra salute ed ambiente, è stato sviluppato da un gruppo misto di operatori ASUR, ARPA, ARS, Servizio Ambiente ed Agricoltura della Regione Marche.

- Il programma 8, dedicato al miglioramento del sistema vaccinale regionale è stato sviluppato dal gruppo tecnico regionale vaccini, composto da operatori ARS, Aree Vaste dell'ASUR, rappresentante Università Politecnica delle Marche, rappresentante MMG e rappresentante PLS.

- Il programma 9 dedicato alle risposte emergenziali in sanità pubblica è stato sviluppato dal Gruppo Operativo Regionale per le Emergenze Sanitarie (GORES), attivo da molti anni e composto sia da rappresentanti del SSR che del Dipartimento Protezione Civile Regionale

- I programmi da 10 a 12, dedicati alle tematiche di sicurezza alimentare, randagismo, prevenzione delle malattie infettive e trasmissibili, sono stati sviluppati da un gruppo tecnico dell'ARS – Regione Marche composto dal personale delle Posizioni di funzione competenti, con l'apporto di tecnici ASUR, IZS Marche Umbria, ARPAM-Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica – Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica dell'Università Politecnica delle Marche (per le linee relative alla prevenzione delle infezioni ospedaliere ed antibiotico resistenza).

La definizione dei valori regionali di "base line" degli indicatori centrali e degli "standard di riferimento" regionali previsti al 2018, è stata curata dall'Osservatorio Epidemiologico dell'ARS con la collaborazione dei referenti dei singoli sistemi di sorveglianza.

In base ai contenuti dell'Accordo Stato Regioni 56/CSR del 25.3.2015 "Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014 – 2018 – Documento per la valutazione", è stato predisposto un format che permettesse di rispondere ai requisiti quali – quantitativi presenti in tale documento. Tale format è stato sostanzialmente utilizzato per tutti i programmi.

La tabella di sintesi iniziale, presente in ciascun programma, ha l'obiettivo di evidenziare in particolare i maggiori elementi di trasversalità, in relazione ai 10 macro obiettivi del PNP ed il rapporto tra obiettivi centrali considerati ed obiettivi specifici regionali ad essi correlati.



La tabella presente al termine di ogni linea di intervento, raffigura un quadro di sintesi che raccorda i riferimenti specifici del PNP, con gli obiettivi regionali relativi, gli indicatori di processo e la fonte dati monitoraggio.

Gli "indicatori sentinella" di tutto il PRP, avendo il particolare significato di essere funzionali al monitoraggio dello stato di avanzamento ed alla conseguente certificazione annuale, sono elencati in una specifica tabella posta nel successivo paragrafo dedicato al Monitoraggio.

L'insieme di tutti gli indicatori è stato definito con riferimento alla complessiva programmazione nazionale, a quella regionale, alle risorse umane e strumentali presenti al momento della redazione. Il contesto economico futuro, conseguenza di una perdurante crisi che ha già avuto importanti risvolti anche sulle risorse del SSR, ed il contesto istituzionale in forte evoluzione, determinano la necessità della rivalutazione di tutti gli obiettivi, ed indicatori del PRP, che verrà effettuata nel primo trimestre 2017. Tale previsione è aderente a quanto contenuto nell'Accordo nazionale.

Nella stesura dei programmi e, soprattutto, delle azioni di piano (linee di intervento) si è tenuto conto, ove possibile, delle evidenze di efficacia, di azioni già svolte nel contesto locale (facendo tesoro dei precedenti piani regionali della prevenzione) e nazionale, delle programmazioni nazionali di settore, con uno sguardo agli studi di valutazione di impatto internazionali. Inoltre sono state considerate le 'buone prassi' che nelle piattaforme nazionali evidenziano azioni utili ad una efficace prevenzione e promozione della salute.

#### Il contrasto alle disuguaglianze:

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 ha tenuto conto, nella definizione dei macro obiettivi, anche di criteri di valore strategico tra i quali la *Rilevanza*, valutata non soltanto come carico di malattia per l'intera popolazione, ma anche come insieme di azioni a favore di gruppi sociali particolarmente a rischio di fragilità o di disuguaglianza, quindi una rilevanza etica e di coesione sociale.

Il tema delle disuguaglianze necessita pertanto, nell'ambito del Piano Regionale, di un approccio sistematico, sia nei principi che negli strumenti operativi.

Per questa ragione in ciascun programma inserito nel PRP, quando utile, è stato evidenziato lo sviluppo del contrasto alle disuguaglianze.

In senso metodologico generale, poi, sono state identificate due tematiche di lavoro, tra loro intersecate:

- a. la identificazione di un sottogruppo della popolazione che presenta elementi evidenti di criticità nella capacità/possibilità di accesso ai servizi sanitari;
- b. La identificazione di un'area dei servizi sanitari, con accertato valore preventivo, in cui la disuguaglianza di accesso è verosimilmente riducibile mettendo in atto strategie di contrasto.

Rispetto al primo tema, molti studi e la quotidiana evidenza, indicano che la condizione di immigrato costituisce di per sé fattore di rischio di peggiori condizioni di salute, almeno per due ragioni:

- il processo di migrazione che rende il soggetto più fragile a causa dello sradicamento dalla cultura originaria;
- le condizioni di deprivazione/esclusione (sociale, economica, culturale, relazionale) in cui spesso tali persone si trovano nel paese ospitante.



Quantitativamente la popolazione immigrata stabilmente residente in Italia era nel 2013 pari al 7% del totale (4.230.000 abitanti circa), quindi una "stabile" ed importante componente della nostra società, verosimilmente in aumento nei prossimi anni. Circa il 51% proviene da altri paesi europei, 22% dall'Africa, 18% dall'Asia, 8% dal Centro e Sud America. Più della metà sono donne ed il 25% circa minori.

Una delle maggiori criticità presenti oggi, rispetto al porre in essere azioni efficaci, è la insufficiente conoscenza dei dati specifici di utilizzo dei servizi sanitari da parte di questa componente della popolazione. Ciò in quanto i flussi informativi correnti a disposizione non rilevano (o rilevano con insufficiente accuratezza) alcune variabili fondamentali. Fino a pochi anni fa il fenomeno migratorio era ritenuto poco significativo ed i sistemi informativi non avevano tenuto conto della importanza della tracciabilità dell'utente non italiano. Tali osservazioni sono contenute nelle conclusioni del progetto CCM 2009 "promozione della salute della popolazione immigrata".

Nel corso della durata del PRP si opererà, quindi, sperimentando integrazioni dei flussi informativi correnti con le variabili specifiche oggi assenti o insufficienti, atte ad identificare in modo migliore indicatori intermedi e finali per misurare la grandezza dello svantaggio nella salute e monitorare la direzione del cambiamento.

Rispetto al secondo tema, è stato individuato un fattore di rischio significativo, promettente per il contrasto delle disuguaglianze, scelto sulla base di criteri di rilevanza e fattibilità. A tal fine è stata applicata, a livello regionale, l'analisi specifica del Servizio Epidemiologia ASL TO3 Piemonte, basata sul modello di analisi proposto dal Coordinamento del Progetto CCM 2014 "Equity Audit nei PRP".

Secondo il modello utilizzato, partendo dalla lista degli obiettivi del PNP sono stati identificati i fattori di rischio bersaglio (da progetto NIEBP) e sono stati individuati indicatori proxy di esposizione ad ogni fattore di rischio. Per ognuno di questi fattori è stato valutato il potenziale di riduzione dell'esposizione nella popolazione ricavabile da una riduzione delle disuguaglianze di esposizione.

In particolare:

- è stata considerata la prevalenza dei principali indicatori disponibili a livello regionale di esposizione a quei fattori di rischio che ben rappresentano *proxy* degli obiettivi specifici del PNP;
- è stato valutato il contributo delle disuguaglianze a tale esposizione e quindi la quota di esposti a fattori di rischio che potrebbe essere evitata se si annullassero le disuguaglianze sociali nella salute, misurate attraverso il livello di istruzione raggiunto;
- è stato valutato l'impatto (in termini di riduzione di prevalenza) che si potrebbe ottenere sulla popolazione inclusa nei vari denominatori specifici per ogni indicatore e su tutta la popolazione se venissero eliminate tali disuguaglianze. .

Per i macro-obiettivi del PRP sono stati evidenziati i relativi obiettivi specifici aggredibili attraverso il contrasto alle disuguaglianze di salute. Per ogni indicatore sono state rilevate differenti misure volte a guidare la scelta degli interventi preventivi più promettenti in termini di riduzione delle disuguaglianze. E' stata dunque presa in riferimento la popolazione con più di 20 anni, divisa per fasce d'età.



Sulla base di queste valutazioni, sono stati considerati in ordine decrescente i fattori di rischio per possibile impatto sulla popolazione (in termini di riduzione di prevalenza) derivante dall'eliminazione delle differenze sociali nell'esposizione.

I dati, e le opportunità di azione, indicano come fattore rilevante il non uso dello screening per il tumore della mammella, in particolare come impatto nella popolazione specifica (12,6% nella popolazione specifica, 1,0% nella popolazione generale). Anche la sorveglianza PASSI ha dimostrato che le donne che non eseguono i test di screening oncologici sono svantaggiate dal punto di vista socioeconomico e dedicano una minore attenzione alla propria salute. Secondo lo studio PASSI, nelle regioni prese in esame, le 50-69enni che non si sono mai sottoposte a test di screening o lo hanno fatto secondo tempistiche diverse da quelle raccomandate hanno un livello di istruzione più basso e maggiori difficoltà economiche. Queste donne presentano, inoltre, stili di vita meno salutari rispetto a quelle che eseguono test di screening nei tempi raccomandati: fumano di più (27% rispetto al 19%), consumano più alcol (16% rispetto al 10%) e sono maggiormente sedentarie (40% rispetto al 23%) e obese (20% rispetto al 13%).

Sul non uso dello screening per il tumore della mammella verrà condotto un intervento di *Health equity audit* con lo scopo di stabilire azioni di sistema (*capacity building*) per contrastare le disuguaglianze.

### 1.3 STRUTTURA GENERALE DEI PROGRAMMI

Il PRP, conformemente alle indicazioni dell'Accordo nazionale, si pone l'obiettivo di rendere progressivamente stabile l'attività prevista, superando la logica progettuale. In tal senso i programmi sono declinati in "linee di intervento" che si interfacciano ed integrano, nella programmazione ordinaria, le aree di operatività del SSR riferibili ai più recenti documenti di valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Per tale motivo gli obiettivi del presente Piano Regionale della Prevenzione, con le modalità che verranno negli anni di riferimento stabiliti nelle rispettive Delibere di Giunta, faranno parte degli obiettivi sanitari da raggiungere da parte dei Direttori delle Aziende del SSR, per quanto di rispettiva competenza, in ciascuno degli anni di validità.

### 1.4 PRINCIPI E STRUMENTI PER L'ATTUAZIONE

#### 1.4.1 Organizzazione del SSR

La articolazione e l'ampiezza degli obiettivi del PRP 2014 – 2018 comportano la necessità di indicare i soggetti che facilitino sia l'attuazione sia il monitoraggio delle azioni, a livello regionale, e in ciascuna Area Vasta, da individuarsi all'interno dell'attuale assetto organizzativo, come riorganizzato dalle delibere di giunta regionale di settore.

#### A livello regionale

In analogia a quanto sperimentato per il precedente Piano 2010 – 2013, a cura del Dirigente della PF Prevenzione e Promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro dell'ARS, coordinatore tecnico del PRP, verrà formalizzato:





- il gruppo di lavoro ristretto con compiti di coordinamento generale e raccordo con i gruppi tecnici regionali già operativi (esempio: Gruppo Regionale Screening Oncologici, Gruppo tecnico Vaccini) per tematiche afferenti al piano
- gruppi tecnici per il coordinamento dei programmi, o gruppi di programmi, rivedendo - semplificando o integrando secondo le logiche dell'attuale PRP - gruppi tecnici preesistenti (es: area promozione della salute, area prevenzione nei luoghi di lavoro, area rapporto ambiente e salute) avvalendosi anche di personale delle Aziende del SSR.
- gruppo tecnico, coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), per il monitoraggio epidemiologico degli obiettivi centrali (processo di valutazione del PNP/PRP) e degli indicatori di processo, compresi gli indicatori "sentinella" (processo certificativo LEA). Tale gruppo tecnico sarà composto dai referenti regionali di tutti i sistemi di sorveglianza necessari alla raccolta dei dati valutativi contenuti nel PNP, eventualmente coadiuvati da esperti per aspetti specifici..

#### A livello di Area Vasta

La DGR 1434 del 22.12.2014 individua già al paragrafo 5.2, il modello di organizzazione da formalizzare in ciascuna Area Vasta dell'ASUR per governare l'attuazione delle azioni nei territori. Tale modello, simile a quello già indicato nel paragrafo 4 della DGR 347/2014 "attuazione DGR 1102/13 - PRP - linee di indirizzo per la promozione della attività fisica nelle Marche", prevede la costituzione di un gruppo tecnico multidisciplinare allargato alla partecipazione dei soggetti portatori di interesse, sia istituzionali che non.

Inoltre, in accordo con le indicazioni dello specifico paragrafo del PNP "Accountability della organizzazione e sostenibilità della prevenzione", al quale si rimanda, il Dipartimento di Prevenzione, in ciascuna Area Vasta, assume un ruolo complessivo di coordinamento e facilitazione delle azioni.

In base a quanto sopra indicato, il gruppo tecnico di Area Vasta deve prevedere almeno le seguenti figure stabili:

- il direttore del Dipartimento di Prevenzione o suo delegato con compito di coordinatore;
- il direttore del Dipartimento Dipendenze Patologiche o suo delegato;
- un direttore di Distretto o suo delegato;
- il rappresentante degli Ambiti Sociali già individuato in ciascuna Area Vasta nella fase di progettazione del PRP;
- un operatore della rete epidemiologica;
- un operatore della rete di promozione della salute.

Tale gruppo è integrato, sulla base dei contenuti dei programmi, dalle figure professionali interessate, valorizzando prioritariamente gli operatori che hanno acquisito la esperienza metodologica con i precedenti Piani Regionali della prevenzione.

Alla Direzione Generale ASUR è affidato il compito di supportare le attività di formazione per il personale del SSR e di informazione, comunicazione e disseminazione collegate con i programmi del PRP: trattasi di attività che costituiscono elementi chiave per la sostenibilità complessiva ed il raggiungimento degli obiettivi.

Riguardo alle metodologie formative, si ritiene che per il personale dipendente del SSR, a fianco della formazione più tradizionale collegata con tematiche tecniche, debba avere un ruolo rilevante la formazione metodologicamente svolta mediante "gruppi di miglioramento".





Riguardo alle figure professionali, un ruolo di fondamentale rilevanza verso i singoli cittadini, è da sempre svolto dai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Per tali figure si identificano le seguenti linee di intervento finalizzate al loro coinvolgimento complessivo, anche in termini culturali:

- a) accordo di collaborazione con gli Ordini dei Medici,
- b) accordi territoriali, tramite l'ASUR, per l'inserimento dei temi del PRP nei percorsi di formazione obbligatoria dei MMG
- c) inserimento dei temi sia metodologici, che di contenuto specifico, nel Corso Triennale di formazione specifica per Medici di Medicina Generale della Regione Marche.

La comunicazione e la disseminazione dei programmi e della attività è una funzione utile nello sviluppo dell'empowerment verso la comunità e verso gli operatori del sistema sanitario, permettendo anche una più facile restituzione agli stessi dei risultati intermedi, sostenendone quindi l'attenzione ed il coinvolgimento.

#### 1.4.2 Collaborazioni del SSR con altre istituzioni e portatori di interesse.

Le linee di intervento dei programmi prevedono in molti casi la interazione tra il sistema sanitario ed altri Enti ed Istituzioni. In più casi (come Ufficio Scolastico Regionale, INAIL, Università, IZS Marche –Umbria, ARPA, ecc) sono già in atto accordi, che potranno essere integrati con contenuti specifici, qualora necessario. Per enti ed istituzioni coinvolti in azioni previste dal PRP per le quali non siano già in atto accordi, si procederà con nuovi atti che avranno lo scopo di facilitare le sinergie operative nel rispetto dei reciproci mandati istituzionali.

In base alle esperienze regionali o nazionali già in essere ed a quanto emerso dalla fase di progettazione, si procederà, entro il 2015, alla stipula di accordi per la implementazione del PRP, con associazioni di portatori di interesse che abbiano una organizzazione estesa su tutto il territorio regionale. Ciò in considerazione della necessità, richiesta dal PNP, di sviluppare azioni in tutto il territorio regionale.

Al riguardo, si indicano come prioritari, accordi con i seguenti portatori di interesse:

- CONI ed Enti di Promozione della attività sportiva che siano anche Enti di promozione sociale;
- Organizzazioni dei datori di lavoro ed organizzazioni sindacali dei lavoratori;
- Associazioni di volontariato CRI e AVIS;
- Ordine dei Medici e Ordine dei Medici Veterinari.
- Associazioni di riferimento dei Farmacisti

#### 1.5 MONITORAGGIO

Al fine di offrire un quadro di sintesi del contributo del PRP Marche al raggiungimento degli obiettivi centrali, si riporta:

- una tabella che indica quali obiettivi centrali verranno perseguiti da ciascun programma (TAB -1-).
- una tabella di sintesi che informa sul valore di "base line" e di "riferimento al 2018" di ciascuno degli obiettivi centrali da perseguire, riferito alla Regione Marche (TAB -2-). Tale tabella è utile per il monitoraggio a fini valutativi che avverrà a livello Regionale e Nazionale al termine del periodo di validità del PNP 2014 – 2018.



L'intesa Stato Regioni n. 56 del 25 marzo 2015 dal titolo "PNP 2014 – 2018 – Documento di valutazione" prevede, inoltre, una valutazione di processo attraverso la misurazione del livello di avanzamento dei programmi. Tale valutazione avviene annualmente da parte del Ministero della Salute ed è valida ai fini certificativi LEA. A tal fine, il PRP prevede, come specificato al punto 3.4 dell'Accordo, l'individuazione, tra gli indicatori di processo di ogni programma, dei così detti "indicatori sentinella" e relativi standard, che verranno utilizzati ai fini certificativi per gli anni 2016 – 2018. La scelta degli Indicatori sentinella del presente PRP si è basata sui seguenti criteri generali:

- La priorità è stata data ad indicatori con un maggiore significato per sostenere/indirizzare lo spostamento complessivo del sistema rispetto al programma del PRP;
- Sono stati selezionati preferibilmente indicatori sentinella quantitativi; in alcuni casi sono stati utilizzati indicatori qualitativi
- Essendo il PRP strutturato in un limitato numero di programmi, come suggerito dal PNP, sono stati individuati più indicatori sentinella per ciascun programma complesso, al fine di garantire la valutazione di processo degli elementi fondamentali;
- La scelta degli Indicatori sentinella ha tenuto conto anche della loro specificità, misurabilità, disponibilità, pertinenza e modificabilità temporale.

Si riporta di seguito la descrizione di ciascuno degli indicatori sentinella individuati.

**INDICATORI SENTINELLA – PRP MARCHE 2014-2018**

<b>Programma n. 1 Bambini DOP: Denominazione di Origine Protetta</b>				
<b>Linea di Intervento n. 1 – 1: "Allattamento al seno. Una scelta di salute per la vita"</b>				
<b>INDICATORE</b>	Realizzazione percorsi formativi secondo standard OMS/UNICEF			
<b>DEFINIZIONE</b>	Numero di corsi formativi realizzati secondo lo standard OMS/UNICEF			
<b>FONTE</b>	Regione /ASUR			
<b>Numeratore , denominatore, formula calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( 2014 ): n.r.	2016: 4 corsi	2017: 4 corsi	2018: 4 corsi



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**19**

<b>Programma n. 1 Bambini DOP: Denominazione di Origine Protetta</b>				
<b>Linea di Intervento n. 1 – 2 “guadagnare salute .... Con le life skills” – scuola d’infanzia”</b>				
<b>INDICATORE</b>	Formazione a cascata integrata scuola/sociale/sanità			
<b>DEFINIZIONE</b>	Numero di corsi realizzati			
<b>FONTE</b>	Regione/ASUR			
<b>Numeratore, denominatore e formula di calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( 2014): n.r.	2016: 3 (1 per formatori + 2 ricaduta)	2017: 3 ricaduta	2018: 2 ricaduta

<b>Programma n. 2 Scuola e Salute ...è tutto un Programma!</b>				
<b>Linea di Intervento n. 2 - 1: “I nodi della Rete”</b>				
<b>INDICATORE</b>	Avvio operativo delle scuole che promuovono salute			
<b>DEFINIZIONE</b>	Percorso di formalizzazione dei 25 istituti scolastici aderenti a SPS			
<b>FONTE</b>	USR			
<b>Numeratore, denominatore e formula di calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline (2014 ): n.r.	2016: 100% istituti scolastici approvano carta identità SPS	2017: 100% istituti scolastici realizzano profilo salute scuola	2018: 100% istituti scolastici approvano sono formalizzati SPS



<b>Programma n. 2 Scuola e Salute ...è tutto un Programma!</b>				
<b>Linea di Intervento n 2 – 3: Peer education: un programma di promozione della salute nelle scuole secondarie di 1° e 2° grado</b>				
<b>INDICATORE</b>	% di istituti scolastici che attivano gruppi di Peer educator			
<b>DEFINIZIONE</b>	Percentuale di istituti scolastici aderenti al percorso SPS che attivano gruppi di peer educator			
<b>FONTE</b>	ASUR / USP			
<b>NUMERATORE</b>	Numero di istituti scolastici che hanno attivato gruppi di peer educator			
<b>DENOMINATORE</b>	Numero totale di istituti scolastici aderenti a percorso SPS			
<b>FORMULA calcolo</b>	Numero istituti scolastici aderenti al programma peer education ----- x 100 Numero di istituti scolastici aderenti a SPS			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( n.r. )	2016: 30%	2017: 80%	2018. 100%

<b>Programma n. 2.Scuola e Salute ...è tutto un Programma!</b>				
<b>Linea di Intervento n. 2 – 6: "Ragazzi in Gamba"</b>				
<b>INDICATORE</b>	Attività gruppi tecnici locali - Progettazione integrata e relaizzazione "spazi in movimento"			
<b>DEFINIZIONE</b>	Numero di eventi "spazi in movimento " realizzati in modo integrato nei territori delle AA.VV. ASUR			
<b>FONTE</b>	USR / ASUR			
<b>Numeratore, denominatore e formula di calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline (2014): n.r.	2016: 2 eventi	2017: 4 eventi	2018: 4 eventi



<b>Programma n. 3 – Mi prendo cura di me</b>				
<b>Linea di Intervento n. 3 – 2: si muove la città</b>				
<b>INDICATORE</b>	<b>Attività gruppi tecnici locali – realizzazione iniziative promozione esercizio fisico</b>			
<b>DEFINIZIONE</b>	Incremento % del numero di iniziative di promozione dell'esercizio fisico realizzate nel territorio regionale rispetto al periodo precedente definito			
<b>FONTE</b>	ASUR/ REGIONE / CONI / EPSS			
<b>Numeratore, denominatore, formula calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( 2014 ): verrà definita entro 31.12.15	2016: + 5% rispetto anno 2014	2017: + 5% rispetto anno 2015	2018: + 5% rispetto anno 2016

<b>Programma n. 3 – Mi prendo cura di me</b>				
<b>Linea di Intervento n. 3 – 4: "Gente di cuore"</b>				
<b>INDICATORE</b>	<b>Formazione addestramento volontari AVIS</b>			
<b>DEFINIZIONE</b>	%di sedi AVIS aderenti al percorso di formazione addestramento per volontari			
<b>FONTE</b>	AVIS			
<b>Numeratore,</b>	numero di sedi AVIS aderenti			
<b>denominatore,</b>	numero totale di sedi AVIS delle Marche			
<b>formula calcolo</b>	$\frac{\text{numero di sedi AVIS aderenti}}{\text{Numero totale di sedi AVIS}} \times 100$			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( 2014 ): n.r.	2016: 10%	2017: 20%	2018: 30%



<b>Programma n. 4 – Salute d'argento</b>				
<b>Linea di Intervento n. 4 – 2: ossi duri si diventa</b>				
<b>INDICATORE</b>	Incontri informativi/formativi con "care giver"			
<b>DEFINIZIONE</b>	Numero incontri realizzati con care giver			
<b>FONTE</b>	ASUR			
<b>Numeratore, denominatore, formula calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( 2014 ): n.r.	2016: 5	2017: 5	2018: 5

<b>Programma n. 5 - Gli Screening oncologici: prevenire è volersi bene 2.0</b>				
<b>Linea di Intervento n. 5 - 1 : miglioramento dell'efficacia del programma di screening del tumore colon retto</b>				
<b>INDICATORE</b>	Estensione della spedizione degli inviti alla popolazione bersaglio per screening del CCR			
<b>DEFINIZIONE</b>	Proporzione di persone in età target invitate allo screening			
<b>FONTE</b>	Regione Marche - ONS			
<b>NUMERATORE</b>	Numero di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening CCR			
<b>DENOMINATORE</b>	Popolazione bersaglio per fascia d'età			
<b>FORMULA calcolo</b>	$\frac{\text{N. persone che ricevono invito partecipare programma di screening CCR}}{\text{Numero persone popolazione bersaglio per fascia di età}} \times 100$			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( 84,2%	2016: 90%	2017: 95%	2018: 100%



<b>Programma n. 5 - Gli Screening oncologici: prevenire è volersi bene 2.0</b>				
<b>Linea di Intervento n. 5 – 2 : miglioramento dell'efficacia del programma di screening mammella</b>				
<b>INDICATORE</b>	Estensione della spedizione degli inviti alla popolazione bersaglio per screening della mammella			
<b>DEFINIZIONE</b>	Proporzione di persone in età target invitate allo screening			
<b>FONTE</b>	Regione Marche - ONS			
<b>NUMERATORE</b>	Numero di donne che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening della mammella			
<b>DENOMINATORE</b>	Popolazione bersaglio per sesso e fascia d'età			
<b>FORMULA calcolo</b>	$\frac{\text{N. donne che ricevono invito partecipare programma di screening CCR}}{\text{Numero donne popolazione bersaglio per fascia di età}} \times 100$			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( 90% )	2016: 90%	2017: 95%	2018. 100%

<b>Programma n. 5 - Gli Screening oncologici: prevenire è volersi bene 2.0</b>				
<b>Linea di Intervento n. 5 – 3 : miglioramento dell'efficacia del programma di screening della cervice uterina</b>				
<b>INDICATORE</b>	Estensione regionale del programma HPV – DNA peer la popolazione sottoposta a screening della cervice uterina			
<b>DEFINIZIONE</b>	Proporzione di Aree Vaste ASUR che hanno attivato il programma HPV – DNA per la popolazione sottoposta a screening della cervice uterina			
<b>FONTE</b>	Regione Marche - ONS			
<b>NUMERATORE</b>	Numero di AA.VV. ASUR che hanno attivato il programma HPV - DNA			
<b>DENOMINATORE</b>	Numero totale AA.VV ASUR			
<b>FORMULA calcolo</b>	$\frac{\text{Numero di AA.VV. ASUR che hanno attivato il programma HPV - DNA}}{\text{Numero totale AA.VV. ASUR}} \times 100$			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( nr )	2016: 20%	2017: 60%	2018. 100%



<b>Programma n. 6 – Lavorare per vivere</b>				
<b>Linea di Intervento n. 6 – 2 Cancerogeni occupazionali e tumori professionali</b>				
<b>INDICATORE</b>	<b>Estensione utilizzo sistema informativo CAR - MAP</b>			
<b>DEFINIZIONE</b>	% di registri aziendali ex art. 243 DLgs 81/08 inseriti nel sistema informativo CAR - MAP			
<b>FONTE</b>	ASUR/ INAIL			
<b>NUMERATORE</b>	Numero registri aziendali ex art. 243 D.Lgs 81/08 inseriti CAR - MAP			
<b>DENOMINATORE</b>	Numero totale registri aziende della regione Marche ex art. 243 D.Lgs 81/08 presenti c/o Archivio INAIL (N. 967)			
<b>FORMULA calcolo</b>	$\frac{\text{Numero registri aziendali ex art. 243 D.Lgs 81/08 inseriti CAR - MAP}}{\text{Numero totale registri aziende regione marche in archivio INAIL}} \times 100$			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( n.r.)	2016: 20%	2017: 50%	2018: 80%

<b>Programma n. 6 – Lavorare per vivere</b>				
<b>Linea di Intervento n. 6 – 7: Sicuri ..... di essere sicuri</b>				
<b>INDICATORE</b>	<b>Sistema informativo regionale notifiche ex art. 99 D. Lgs 81/08</b>			
<b>DEFINIZIONE</b>	Realizzazione sistema informativo regionale per notifiche ex art. 99 on - line			
<b>FONTE</b>	ASUR			
<b>NUMERATORE</b>	Non pertinente			
<b>DENOMINATORE</b>	Non pertinente			
<b>FORMULA calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( n.r.): studio preliminare	2016 Avvio sistema informativo	2017 Messa a regime del sistema	2018 Report regionale analisi dati





<b>Programma n. 6 – Lavorare per vivere</b>				
<b>Linea di Intervento n. 6 – 8: prevenzione in agricoltura</b>				
<b>INDICATORE</b>	<b>Piano controllo integrato</b>			
<b>DEFINIZIONE</b>	% aziende agricole controllate annualmente sul totale delle programmate			
<b>FONTE</b>	Regione			
<b>NUMERATORE</b>	N. aziende agricole controllate annualmente			
<b>DENOMINATORE</b>	N. totale Aziende agricole indicate nel programma di controllo annuale			
<b>FORMULA calcolo</b>	N. Aziende agricole controllate ----- x 100 N. totale Aziende agricole indicate nel programma di controllo			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( 2014): 100%	2016: 100%	2017 : 100%	2018: 100%

<b>Programma n. 6 – Lavorare per vivere</b>				
<b>Linea di Intervento n. 6 – 9: sostenere la rete di RLS/RLST</b>				
<b>INDICATORE</b>	<b>Programma di sostegno RLS - RLST</b>			
<b>DEFINIZIONE</b>	n. incontri informativi/formativi annuali rivolti ad RLS/RLST			
<b>FONTE</b>	Regione			
<b>NUMERATORE</b>	Non pertinente			
<b>DENOMINATORE</b>	Non pertinente			
<b>FORMULA calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( 2014): 5	2016: 5	2017 : 5	2018: 5



<b>Programma n. 7 – Ambiente in Salute</b>				
<b>Linea di Intervento n. 7 - 2: impatto sulla salute dei determinanti ambientali</b>				
<b>INDICATORE</b>	Liste di controllo per valutazione preventiva impatto sulla salute delle modifiche ambientali			
<b>DEFINIZIONE</b>	Stesura tecnica, sperimentazione e formalizzazione linee guida operative per controllo VIIAS			
<b>FONTE</b>	Regione			
<b>NUMERATORE</b>	Non pertinente			
<b>DENOMINATORE</b>	Non pertinente			
<b>FORMULA calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline (2014): n.r.	2016: stesura tecnica linee guida e liste controllo	2017 : sperimentazione	2018: formalizzazione atto indirizzo

<b>Programma n. 7 – Ambiente in Salute</b>				
<b>Linea di Intervento n. 7 - 5: Accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze sulla sicurezza chimica degli operatori dei Servizi Pubblici, dei Consulenti/Responsabili Aziendali addetti al controllo su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente e sul loro corretto utilizzo.</b>				
<b>INDICATORE</b>	<b>Realizzazione Corsi di Formazione per Operatori servizi pubblici</b>			
<b>DEFINIZIONE</b>	N. corsi di formazione per operatori salnitari su sicurezza chimica			
<b>FONTE</b>	Regione			
<b>NUMERATORE</b>	Non pertinente			
<b>DENOMINATORE</b>	Non pertinente			
<b>FORMULA calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline (2014): nr	2016: 1	2017 : 1	2018: 1

*GA*



<b>Programma n. 7 – Ambiente in Salute</b>				
<b>Linea di Intervento n. 7 - 6: Prevenzione amianto</b>				
<b>INDICATORE</b>	<b>Controllo edifici in classe 1 e 2</b>			
<b>DEFINIZIONE</b>	N. Edifici classificati in classe 1 e 2 sottoposti a verifica in ciascun anno			
<b>FONTE</b>	Regione			
<b>NUMERATORE</b>	Non pertinente			
<b>DENOMINATORE</b>	Non pertinente			
<b>FORMULA calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( 2014): nr	2016: 96 edifici classe 1	2017 : 350 siti classe 2	2018: 350 siti classe 2

<b>Programma n. 8 – Per un sistema vaccinale maturo</b>				
<b>Linea di Intervento n. 8.1: Anagrafe vaccinale per le Marche</b>				
<b>INDICATORE</b>	estensione utilizzo anagrafe vaccinale			
<b>DEFINIZIONE</b>	Percentuale delle Aree Vaste ASUR che hanno completato il percorso di informatizzazione delle anagrafi vaccinali comprendente ricomposizione, trasporto, pulizia, controllo e verifica dei dati; export e reportistica di dati aggregati.			
<b>FONTE</b>	ASUR Marche			
<b>NUMERATORE</b>	N. di Aree Vaste ASUR con anagrafi vaccinali informatizzate			
<b>DENOMINATORE</b>	N. Totale delle Aree Vaste ASUR			
<b>FORMULA calcolo</b>	Rapporto percentuale			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline ( 0% )	2016 20%	2017 60%	2018 100%



<b>Programma n. 8: Per un sistema vaccinale maturo</b>				
<b>Linea di Intervento n. 8.4 - Comunicare in un sistema vaccinale maturo</b>				
<b>INDICATORE</b>	Realizzazione moduli formativi			
<b>DEFINIZIONE</b>	Organizzazione e attuazione moduli formativi da parte delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.			
<b>FONTE</b>	Aziende del Servizio Sanitario Regionale e Regione Marche			
<b>NUMERATORE</b>	N. moduli formativi realizzati			
<b>DENOMINATORE</b>	N. moduli formativi programmati (30 totale)			
<b>FORMULA calcolo</b>	$\frac{\text{N. moduli formativi realizzati}}{\text{N. totale moduli formativi programmati}} \times 100$			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline (2014): n.r.	2016: 50%	2017: 75%	2018: 100%

<b>Programma n. 9: Preparazione e Risposta della Sanità Pubblica alle Emergenze</b>				
<b>Linea di Intervento n. 9.2: Esercitarsi alle emergenze</b>				
<b>INDICATORE</b>	Pianificazione e svolgimento di esercitazioni regionali			
<b>DEFINIZIONE</b>	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale in simulazione di un'emergenza riguardante la sicurezza alimentare con alto livello di integrazione tra Enti e Istituzioni			
<b>FONTE</b>	Regione Marche			
<b>NUMERATORE</b>	Non pertinente			
<b>DENOMINATORE</b>	Non pertinente			
<b>FORMULA calcolo</b>	Non pertinente			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline (2014): n.r.	2016: Elaborazione piano attività esercitative	2017: Effettuazione evento esercitativo su sicurezza alimentare	2018: Effettuazione evento esercitativo su malattia animale



<b>Programma n. 10: Prevenzione del randagismo e animali d'affezione nel contesto urbano</b>				
<b>Linea di Intervento n. 10-2: Prevenire il randagismo tramite l'incentivazione all'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà.</b>				
<b>INDICATORE</b>	Prevalenza cani vaganti identificati			
<b>DEFINIZIONE</b>	Proporzione di cani identificati e iscritti all' anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati			
<b>FONTE</b>	SIVA			
<b>NUMERATORE</b>	N° di cani vaganti identificati			
<b>DENOMINATORE</b>	N° di cani vaganti catturati			
<b>FORMULA calcolo</b>	$\frac{\text{N° di cani vaganti identificati}}{\text{N° di cani vaganti catturati}} \times 100$			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline (2014): 28%	2016: + 5% su dato 2014	2017: + 10% su dato 2014	2018: + 15% su dato 2014

<b>Programma n. 11: Sicurezza Alimentare</b>				
<b>Linea di Intervento n. 11-3: Adeguamento dell'anagrafica in SIVA ai criteri degli stabilimenti alimentari della Master List.</b>				
<b>INDICATORE</b>	imprese inserite in anagrafe correttamente con criteri master list			
<b>DEFINIZIONE</b>	% imprese in anagrafe, inserite correttamente con i criteri della master list			
<b>FONTE</b>	NSIS-SIVA			
<b>NUMERATORE</b>	N° imprese inserite in anagrafe secondo master list			
<b>DENOMINATORE</b>	N° totale imprese anagrafate			
<b>FORMULA calcolo</b>	$\frac{\text{N° imprese inserite in anagrafe secondo master list}}{\text{N° totale imprese anagrafate}} \times 100$			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline (2014): nr	2016 - 50%	2017 - 75%	2018 - 100%



<b>Programma n. 11 Sicurezza Alimentare</b>				
<b>Linea di Intervento n. 11 – 5: Reazioni avverse al cibo: l'OSA formato</b>				
<b>INDICATORE</b>	Informazione/formazione OSA su allergie ed intolleranze alimentari			
<b>DEFINIZIONE</b>	% di incontri informativi/ formativi del totale programmato effettuati annualmente			
<b>FONTE</b>	ASUR			
<b>NUMERATORE</b>	N° di incontri realizzati			
<b>DENOMINATORE</b>	N° incontri programmati			
<b>FORMULA calcolo</b>	$\frac{\text{N° di incontri svolti annualmente}}{\text{N° incontri programmati annualmente}} \times 100$			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline (2014): nr	2016 - 100%	2017 - 100%	2018 - 100%

<b>Programma n. 11 Sicurezza Alimentare</b>				
<b>Linea di Intervento n. 11 – 6: Poco sale, ma iodato: una scelta consapevole</b>				
<b>INDICATORE</b>	Piano di controllo sulla disponibilità per il cittadino di sale iodato negli esercizi di vendita e la ristorazione			
<b>DEFINIZIONE</b>	% di imprese controllate sul totale da controllare per il sale iodato			
<b>FONTE</b>	Regione			
<b>NUMERATORE</b>	N° di imprese controllate all'anno			
<b>DENOMINATORE</b>	Numero totale di imprese da controllare*			
<b>FORMULA calcolo</b>	$\frac{\text{N° di imprese controllate all'anno}}{\text{Numero totale di imprese da controllare*}} \times 100$			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline (0)	2016 - 100%	2017 - 100%	2018 - 100%

\* il numero verrà definito dalla regione entro il 2015



<b>Programma n. 11: Sicurezza Alimentare</b>				
<b>Linea di Intervento n. 11 – 7: Tecniche e organizzazione del controllo ufficiale: aspetti relativi alla formazione e agli audit</b>				
<b>INDICATORE</b>	Piano di audit sulle ACL			
<b>DEFINIZIONE</b>	% di ACL sottoposte annualmente ad audit			
<b>FONTE</b>	Regione			
<b>NUMERATORE</b>	N° di audit eseguiti sulle ACL			
<b>DENOMINATORE</b>	N° totale di ACL			
<b>FORMULA calcolo</b>	$\frac{\text{N° di audit eseguiti sulle ACL}}{\text{numero totale di ACL}} \times 100$			
<b>VALORE regionale</b>	Baseline (2014): 20%	2016 - 50%	2017 - 75%	2018 - 100%



TAB -1- OBIETTIVI CENTRALI PERSEGUITI DAI PROGRAMMI REGIONALI

n.	Descrizione	n.	Descrizione	Bambini DOP	Scuole e Salute	Mi prendo cura di me	Salute d'Argento	Screening oncologici	Lavorare per Vivere	Ambiente... in Salute	Sistema Sociale	Salut� pubblica e Emergenza	Budgeting	Sicurezza Alimentare	Malattie infettive Trasmissibili
1.00	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosita, mortalita e disabilita delle MCM	1.01	Stesura e realizzazione di un piano di azione interregionale di promozione della tabella no dieci amoli, con definizione di accordi e condanne di intenti con i settori della pianificazione territoriale	X	X										
		1.02	Aumentare i bambini in allattamento materno escluso fino al sesto mese (180 giorni di vita)	X											
		1.03	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (file sal), empowerment e riduzione di comportamenti sani (alimentazione, attivita fisica, fumo e alcool) nella popolazione giovanile e adulta	X	X										
		1.04	Ridurre il numero dei fumatori	X		X									
		1.05	Estendere la legge dal fumo passivo			X									
		1.06	Ridurre il consumo di alcool a rischio	X		X									
		1.07	Aumentare il consumo di frutta e verdura		X										
		1.08	Ridurre il consumo eccessivo di sale		X	X									
		1.09	Aumentare l'attivita fisica delle persone			X	X								

TAB -4- OBIETTIVI CENTRALI PERSEGUITI DAI PROGRAMMI REGIONALI pag 1



























TAB - 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI						
Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline RL	Variazione/ valore attesa	Obiettivo regionale 2018	Fonte dei dati
<b>MACRO 1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili</b>						
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	1.1.1	Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	NR	Da definire nell'ambito delle Azioni centrali di supporto al PNP di cui al Paragrafo 1.3 del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014)	Da definire nell'ambito delle Azioni centrali di supporto al PNP di cui al Paragrafo 1.3 del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014)	Da definire nell'ambito delle Azioni centrali di supporto al PNP
	1.1.2	Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi				
2. Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	1.2.1	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	2012-2013: 52,6% nazionale 33,5% regionale	+ 25%	66,9%	ISTAT. Indagine Multiscopo Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	1.3.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	NR	10% di scuole coinvolte (250 scuole complessive)	25 scuole	Regioni



4. Ridurre il numero di fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	2013: 27,2% nazionale 25,8% regionale	-10,0%	23,2%	Sistema di sorveglianza PASSI Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
5. Estendere la tutela dal fumo passivo	1.5.1	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che lavorano in locali chiusi e che rispondono "sempre" o "quasi sempre" alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro	2013: 91,4% nazionale 91,3% regionale	+5%	96,9%	Sistema di sorveglianza PASSI
6. Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)	2013: 16,7 nazionale 18,8% regionale	-15%	13,9%	Sistema di sorveglianza PASSI Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
7. Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1-2	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	2013: 46,7% nazionale 54,5% regionale	+10%	54,5%	Sistema di sorveglianza PASSI Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
			Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	2014: 56,8% nazionale 56,5% regionale	+15%	65,0%	Sistema di sorveglianza Okkio alla salute

TAB. 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI PAG. 2



seduta del  
**15 LUG 2015**

pag.  
**45**

delibera  
**540**

8. Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale	Prevalenza di persone di età 18-69 anni ipertese che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale net-cibo	2013: 88,6% nazionale 88,6% regionale	+5%	99,1%	Sistema di sorveglianza PASSI
	1.8.2	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale	Prevalenza di soggetti 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati	2012: 31,1% nazionale 27,7% regionale	-30%	19,4%	Sistema di sorveglianza PASSI Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
9. Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1	Prevalenza di soggetti fisicamente attivi	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che svolgono un lavoro pesante e/o aderiscono alle linee guida sulla attività fisica	2013: 33,4% nazionale 30,6% regionale	+30%	39,8%	Sistema di sorveglianza PASSI Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
	1.9.2	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi	Punteggio PASE calcolato con la rilevazione Passi d'Argento nella popolazione over 64 anni	Anni 2012-2013: punteggio PASE=>78 60,0% nazionale 64,3% regionale	+15%	74,0	Passi d'Argento
10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.9.3	Tasso di specializzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)	Rapporto tra ricoveri con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore e popolazione residente	13,04/1000 nazionale 12,57/1.000 regionale	-15%	10,69/1.000	SDO
	1.10.1	Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	Nell'ambito della progettazione lo studio di fattibilità è un elaborato realizzato ex ante in funzione della definizione e valutazione di un programma o di un progetto sulla base di una preliminare idea di massima. Lo studio di fattibilità comprende attività di natura tecnica ed economica.	Studio fattibilità (entro 1 anno)	NR	Realizzazioni e fattibilità programma COSTOPORD SI entro 1 anno	Regioni

TAB - 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI PAG.3



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**66**

		Attivazione programma entro 2018	NR	Attivazione programma entro 2018	Attivazione programma OSTEOPORO SI entro 2018	Regioni
10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10. 2	Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)	2013: 51,4% nazionale 58,1% regionale	Proporzione di Regioni che hanno attivato un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT. Il programma deve prevedere la rilevazione di indicatori di estensione e adesione. Considerato che in molte realtà regionali si tratta di avviare una nuova linea di attività, il programma dovrà essere almeno avviato entro il 2018	62,9%	sulla base del trend regionale. Il valore baseline regionale è > 6,7% rispetto al valore nazionale
	1.10. 3	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	2013: 51,5% nazionale 49,1% regionale	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare	+30%	PASSI
	1.10. 4	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	2013: 6,2% nazionale 1,4% regionale	Prevalenza di persone di età 18-69 anni in eccesso ponderale (imc compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m <sup>2</sup> calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza) che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	+30%	PASSI
	1.10. 5	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	2013: 40,9% nazionale 42,9% regionale	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo di alcol	+300%	PASSI
	1.10. 6	Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica		Prevalenza di persone di età 18-69 anni con patologia cronica che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di fare regolare attività fisica	+30%	PASSI



seduta del  
**15 LUG 2015**

pag.

67

delibera  
**540**

			NR	Adozione di Indirizzi regionali (entro 1 anno) e loro attuazione (entro il 2018)	Indirizzi adottati	Regioni
11. Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno adottato ed attuato indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	2012: 77% nazionale	+30% (LEA 100%)	100% LEA	Regioni
			94,0% regionale			
12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICE UTERINA sulla popolazione bersaglio	Proporzione di persone in età target invitate	2012: 73% nazionale	+30% (LEA 100%)	100% LEA	Osservatorio nazionale screening
			90,0% regionale			
13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio	Proporzione di persone in età target invitati che eseguono il test di primo livello	2012: 57%	+30% (LEA 100%)	100% LEA	Osservatorio nazionale screening
			84,2% regionale			
11.11.1	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE)	Proporzione di persone in età target invitati che eseguono il test di primo livello	2012: 41% nazionale	+55% (50% LEA)	50% LEA	Osservatorio nazionale screening
			40,6% Regionale			
11.12.1	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING MAMMOGRAFICO)	Proporzione di persone in età target invitati che eseguono il test di primo livello	2012: 57,5% nazionale	+45% (LEA 60%)	60% LEA	Osservatorio nazionale screening
			51,8% regionale			
11.13.1	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)	Proporzione di persone in età target invitati che eseguono il test di primo livello	2012: 45% nazionale	+95% (LEA 50%)	50% LEA	Osservatorio nazionale screening
			32,5% regionale			



	In svolgimento progetto pilota, a seguire estensione su tutta la regione	Adozione indirizzi regionali	Adozione indirizzi regionali entro 2016	Regioni
14. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro dellaervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1 Proporzione di Regioni che hanno adottato indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro dellaervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)	NR	Adozione indirizzi regionali entro 2016	Regioni
	1.14.2 Avvio del programma di screening per il cancro dellaervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	NR	Avviare il programma entro il 2018	Regioni
	1.15.1 Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	NR	Adottare indirizzi regionali entro 1 anno	Regioni
	1.15.2 Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	NR	Adottare percorsi in tutta la regione entro 2018.	Regioni
<b>MACRO 2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali</b>				
1. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	2.1.1 Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	100% Punti Nascite (già attivato)	100% punti nascita	Regioni
	2.2.1 Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	100% Punti Nascite (già attivato)	100% punti nascita	Regioni

TAB. 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI PAG. 6



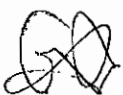


**MACRO 3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani**

1. Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	3.1.1	Proportione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	NR	Proportione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	10% di scuole coinvolte (250 scuole complessive)	25 scuole	Regioni
2. Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	3.2.1	Proportione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'emergenza dei sintomi	NR	Numero di incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	Almeno 1 incontro/anno (250 scuole complessive)	Almeno 1 incontro/anno tra professionisti sanitari e professionisti della scuola per sensibilizzazione	Regioni

**MACRO 4. Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)**

1. Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	4.1.1	Proportione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute		Proportione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	10% di scuole coinvolte (250 scuole complessive)	25 scuole	Regioni
--	-------	--	--	---	--	-----------	---------





**MACRO 5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti**

1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale	Rapporto tra il numero dei morti in incidente stradale e la popolazione residente (tasso per 1.000.000 di abitanti). Si considera "decesso da incidente stradale" un decesso che avviene entro 30 gg dall'incidente	2013: 5,6/100.000 nazionale 5,6/100.000 regionale	-20%	4,5/100.000	Rilevazione ACI/ Istat
2. Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1	Tasso di ricoveri per incidente stradale	Percentuale ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumi e avvelenamenti	2013: 7,2% nazionale 6,4% regionale	-10%	5,5%	SDO
3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.1	Proportione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto (in città e fuori), e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono: "sempre"	2013: 20,2% nazionale 12,6% regionale	+50%	10,8%	PASSI
	5.3.2	Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)	Prevalenza di persone 18-69 anni che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	2013: 8,7% nazionale 10,3% regionale	-30%	7,2%	PASSI
			Prevalenza di persone di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi sono salite su una motocicletta/scooter/motorino, come guidatore o passeggero e che, alla domanda sull'uso del casco quando vanno in motocicletta/scooter/motorino, sia in città sia fuori, rispondono "sempre"	2013: 35,3% nazionale 99,5% regionale	>95%	> 95% (Mantenimento)	PASSI



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**1.540**

pag.  
51

**MACRO 6. Prevenire gli incidenti domestici**

1. Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	6.1.1	Tasso di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	Numero di ricoveri per incidente domestico	2013: 89.869 nazionale 2.335 nel 2013 (1.712 nel 2011) regionale	fermate trend in ascesa in aumento (del 27% negli ultimi tre anni in Italia, del 36% nelle Marche)	Fermare trend in ascesa (mantenimento 2013)	SDO
2. Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	Punteggio PASE calcolato con la rilevazione Passi d'Argento relativo al 40% della popolazione italiana over65 (nel 2012 è 78. L'obiettivo è portare questo punteggio - che comprende il 40% della popolazione over65 - a 90	Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 60,0% nazionale 64,3% regionale	+15%	74,0 nel 2018	Passi d'Argento
3. Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nel care giver	6.3.1	Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, Okko alla salute entro 2 anni)	Estensione a tutte le Regioni del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici. Passi d'Argento, rileva la proporzione di anziani che hanno ricevuto informazioni su come prevenire le cadute in particolare le cadute in casa	Estensione a tutte le regioni	Utilizzo moduli opzionali per ID	Moduli opzionali attivati	Regioni
	6.3.2	Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano che il rischio di infortunio nel loro ambiente domestico, per sé o i propri familiari, è alto o molto alto	Anno 2013: 5,7% nazionale 10,0% (dato AV2)	+30%	12,9%	PASSI, Passi d'Argento
4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1	Proportione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici. Prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare le cadute in casa	Adulti 18-69 2012: 13% nazionale 11,3%(2013) regionale >64 2012-2013: 17,0% 13,5% (dato AV2)	+100%	22,5% 27,1%	PASSI, Passi d'Argento
5. Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1	Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico	Produzione di un report sul fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	NR	Produzione report	Report annuale	Regioni



<b>MACRO 7. Prevenire infortuni e malattie professionali</b>							
				NR	Produzione report	Report annuale	
		Proportione di Regioni che producono un report all'anno		2009-2013 +47% Nazionale + 116% regionale (n. 4523)	+10%	+ 5% (n. 4749) il valore baseline regionale è notevolmente maggiore del valore nazionale	Regioni
1. Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di Indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvato mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni	7.1.1	Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati					
2. Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	7.2.1	Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: - comparto agricolo forestale - comparto delle costruzioni - rischio cancerogeno e clinico - rischi per apparato muscolo scheletrico	Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali				INAIL
3. Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità		Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlg 81/08 di azioni di promozione per:	Proporzioni di Regioni che programmano azioni di promozione	Programme e: - il sostegno al ruolo di RLS/RLST SI - la promozione della responsabilità NR - la prevenzione dei rischi SI	Programmazione azioni di promozione	Programmazione: - il sostegno al ruolo di RLS/RLST SI - la promozione della responsabilità NR - la prevenzione dei rischi SI	Regioni
4. Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale5.	7.3-4 5.1	- Il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità - la promozione della responsabilità sociale d'impresa - la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative					
Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende							
6. Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	7.6.1	Proporzioni di Istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Proporzioni di kituti scolastici che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute e di sviluppo delle competenze in materia di SSL nel contesto scolastico, con almeno l'80% delle classi target	NR	10% di scuole coinvolte (250 scuole complessive)	25 scuole	Regioni

TAB - 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI PAG. 10



seduta del  
**15 LUG 2015**  
 delibera  
**540**

pag.  
**53**

<p>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</p>	<p>7.7.1</p>	<p>Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a:      - comparto agricoltura      - comparto edilizia</p>	<p>Riduzione relativa dell'indice di frequenza totale degli infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5% Inail, o mortali</p>	<p>IF 4,41/1.000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura)      IF 7,62/1.000 addetti alle costruzioni      Agricoltura      valore assoluto: 11.417 infortuni gravi</p>	<p>-10%</p>	<p>TUTTI I GRUPPI ATECO (incluso F) =5,22x 1000 addetti      Ateco F-Costruzioni= 10,47 x 1000 addetti      Agricoltura valore assoluto: 600 Infortuni gravi</p>	<p>INAIL</p>	<p>Atti di indirizzo adottati</p>	<p>Regioni</p>
<p>8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit</p>	<p>7.8.1</p>	<p>Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio</p>	<p>Proporzione di Regioni che adottano gli atti (Comma 3 lettera c) art. 5 Digs 81/08 e dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo)</p>	<p>NR</p>	<p>Adozione atti di indirizzo</p>	<p>Atti di indirizzo adottati</p>	<p>Regioni</p>		

TAB - 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI pag.11



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**54**

**MACRO 8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute**

1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	8.1.1	Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	Disponibilità di documenti che evidenziano la programmazione integrata nell'ambito della tematica ambiente e salute	NR	Almeno 1 documento di programmazione integrata	Disponibilità 1 documento	Regioni
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	8.1.2	Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute	Evidenza documentata di esistenza di una rete e della relativa attività	NR	Evidenza documentata di esistenza di una rete e della sua attività	Formalizzazione Rete	Regioni
3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	8.2.1	Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)	Documentazione di accordo	NR	Esistenza Documentazioni di accordo	Produzione documentazione di accordo	Regioni
4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	8.2.2	Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)	Realizzazione di uno studio di esposizione su contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione	Realizzati 2 studi 2013	Realizzazione di uno studio	Realizzazione di almeno 1 studio	Regioni
5. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	8.3.1	Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	Produzione di atti di indirizzo	NR	Esistenza atti di indirizzo regionale	Formalizzazione atto Indirizzo	Regioni
6. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	8.4.1	Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	Produzione di atti di indirizzo	NR	Esistenza atti di indirizzo regionale	Formalizzazione atto Indirizzo	Regioni



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**1540**

pag.  
**55**

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	8.5.1	Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016)	Curriculum formativo per 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	NR	Definizione di un curriculum formativo	Definizione curriculum formativo entro 2016	Regioni
	8.5.2	Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)	Corso di formazione	NR	Realizzazione corso	Realizzazione di almeno 1 corso	Regioni
6. Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	8.5.3	Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (2018)	Proporzione di operatori appartenenti al profilo sanitario di dipartimento di prevenzione, ARPA, MMG e PLS formati	NR	% operatori formati	50% operatori formati	Regioni
	8.6.1	Regioni che hanno recepito le linee guida	Atto formale di recepimento delle linee guida nazionali o, in assenza, adozione di indirizzo regionale specifico	NR	Produzione Atto formale di recepimento	Produzione Atto di recepimento delle linee guida nazionali o, in assenza, adozione di indirizzo regionale specifico	Regioni
7. Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscela contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscela, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	8.7.1	Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo	Definizione di un sistema di indicatori che monitori la realizzazione degli obiettivi del piano nazionale controlli	sistema di indicatori presente	Definizione di un sistema di indicatori	sistema di indicatori presente	Regioni
		Numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	Corsi di formazione nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	NR	Organizzazione corsi di formazione	Effettuazione di almeno 1 corso	Regioni

TAB. 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI PAG. 13



seduta del  
**15 LUG 2015**  
 delibera  
**1 540**

pag.  
**56**

Report presente	Produzione di un report	Produzione report	Mantenimento report annuale	Regioni
9. Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	8.9.1	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)	NR	Regioni
10. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione ai rischi radon	8.10.1	Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	Adozione di Indirizzi regionali specifici	Regioni
11. Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	8.11.1	Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica	Evidenza documentata della realizzazione di interventi di promozione	Regioni
12. Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	8.12.1	Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	Evidenza documentata della realizzazione di interventi informativi	Regioni
<b>MACRO 9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie</b>				
1. Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	9.1.2.1	Proportione di casi di morbillo rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	2013: 76,8% morbillo 59,3% rosolia nazionale Marche: 72,1% morbillo Rosolia nessun caso regionale	>90%
2. Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoci	9.1.2.1	Tasso di indagine di laboratorio: rapporto percentuale tra numero di casi sospetti di morbillo o rosolia testati in un laboratorio di riferimento qualificato e numero di casi sospetti di morbillo e rosolia.	>90%	Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia





		100%	100%	100%	100% mantenimento	Sistema di notifica
3. Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	9.3.1	Proportione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	Percentuale di notifiche inviate da ASL a regione/PA attraverso il sistema informativo regionale sul totale di notifiche pervenute all'assessorato alla Sanità della Regione	60%	+50%	Sistema di sorveglianza speciale delle MIB, SDO
4. Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratori)	9.4.1	Proportione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	Proportione di casi di malattie invasive da meningococco e pneumococco, notificati al sistema MIB rispetto alle SDO	60%	18,75% nel 2018 MIB attivato >50%	Sistema di sorveglianza speciale delle MIB, SDO
5. Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	9.5.1	Proportione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up	Proportione di casi di tubercolosi polmonare bacillifera persi al follow up sul numero totale di casi di tubercolosi polmonare bacillifera notificati nell'anno (da rilevare ogni 2 anni)	25-30%	-50%	Sistema di notifica
	9.5.2	Proportione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/LL indipendentemente dal numero di CD4)/soggetti con nuova diagnosi di HIV	Rapporto percentuale tra numero di nuove diagnosi di HIV con un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/µL e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV. I late presenter (LP) sono quei pazienti che al momento della prima diagnosi di sieropositività hanno un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/µL o hanno una patologia indicativa di AIDS indipendentemente dal numero di CD4	2013: 57% nazionale 78,3% (18/23) regionale	-25%	Sistema di sorveglianza HIV



seduta del <b>15 LUG 2019</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>58</b>
-------------------

<p>6. Completare l'informaticizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistenti)</p>	<p>9.6.1</p> <p>Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata</p>	<p>Percentuale di Regioni che hanno realizzato l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata (rif. PNV 2005-2007 e PNPV 2010-2012, PNEMoRc 2003 e 2010-2015)</p>	<p>Attualmente non presente anagrafe regionale unica informatizzata. ex ZITI hanno lo stesso software gestionale)</p>	<p>+100% (nazionale 37,0% nel 2018)</p>	<p>Anagrafe vaccinale regionale attivata</p> <p>Regioni</p>
<p>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)</p>	<p>9.7.1</p> <p>Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status</p>	<p>Definizione PASSI: Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni affette da almeno una malattia cronica (ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato)</p>	<p>Campagna 2012-2013: nazionale 18,5% Regionale 28,7% (casi limitati: 28/94)</p>	<p>40,2% variazione +40% su baseliline regionale</p> <p>le baseliline regionale è &gt; 10,7% del valore nazionale. Il valore dello standard regionale è comunque maggiore dell'obiettivo nazionale</p> <p>PASSI</p>	<p>VEDERE TABELLA SUCCESSIVA</p> <p>Sistema di rilevazione delle coperture vaccinali e delle motivazioni di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo</p>
<p>9.7.2</p>	<p>Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti</p>	<p>Tutti gli indicatori di copertura previsti dal PNPV e relativi baseliline e standard</p>			

TAB - 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI pag. 16



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**1 540**

pag.  
**59**

	NR	Attivare programma	Programma di comunicazione attivato	Regioni
8. Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	9.8.1	Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini al fine della adesione consapevole	Proporzione di Regioni che realizzano un programma di comunicazione. Il programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto	Regioni
9. Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)	9.9.1	Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali	Adozione piano di risposta alle emergenze	Regioni
10. Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	9.10.1	Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE	100% delle strutture aderiscono alla circolare 2013 ed effettuano sorveglianza	Regioni
11. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	9.11.1	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie	Produzione report annuale	Regioni
12. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	9.12.1	Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Realizzazione programma di comunicazione	Regioni
13. Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	9.13.1	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie	100% CIO Producono report annuale	Regioni

TAB - 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI PAG. 17



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**60**

**MACRO 10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli**

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'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura	10.1. 1	Adozione di protocolli per l'intervento integrato	Misure di coordinamento e cooperazione tra la Regione e le altre Amministrazioni che effettuano controlli sulla filiera alimentare al fine di assicurare l'efficace coordinamento di cui all'articolo 4, paragrafo 3 del regolamento 882/2004.	NR	Adozione almeno 1 protocollo di intervento l'obiettivo	Protocollo adottato (con Arpam)	Regioni
2. Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	10.2. 1	Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	L'adozione di un sistema informatizzato per tracciare il percorso produttivo e distributivo dei farmaci veterinari perseguendo diversi obiettivi	NR	Svolgimento almeno 1 evento/anno di sensibilizzazione/formazione sull'informatizzazione della gestione dei farmaci rivolto ai portatori d'interesse	Adozione sistema informatizzato e svolgimento almeno 1 evento	Regioni
3. Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/ sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	10.3. 1	Protocolli di collaborazione che garantiscano un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali	Protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA per l'adozione di un set diagnostico standardizzato e relative procedure ai fini dell'implementazione del sistema di allerta e sorveglianza delle malattie zoonotiche di origine alimentare	NR	Adozione Protocollo d'intesa tra aziende sanitarie, IZS, ARPAM	Protocollo attivato	Regioni
4. Completare i sistemi anagrafici	10.4. 1	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi	Inserimento nel Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVA) di tutti i nuovi operatori del settore dei mangimi (OSM) registrati o riconosciuti a partire dal 2015 e trasferimento delle anagrafiche preesistenti in possesso di Regioni e P.A. secondo le tempistiche e le modalità dettate dal Piano Nazionale Alimentazione Animale 2015-2017	NR	Implementazione in modo informatizzato del sistema informativo SINVA per la gestione della anagrafiche degli Operatori settore mangimi	Sistema Informativo Implementato	Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVA)



		NR	Conformità completa delle anagrafiche	100% anagrafiche conformi	Regioni
10.4.2	Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 853/2004"	La classificazione delle attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 853/2004 (di seguito Master List 852) è stata elaborata dal gruppo di lavoro "Anagrafi e Nomenclature" del Ministero della Salute e trasmessa con nota prot. DGSAAF 9875-P-15/05/2013	Piano parzialmente presente per Sanità Animale ed eventi straordinari	Implementazione e piano di intervento	Regioni
10.5.1	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari	Adozione di piani operativi di intervento per la gestione delle emergenze che definiscono le modalità di cooperazione tra le componenti sanitarie e con altri attori che concorrono alla gestione (es. protezione civile, vigili del fuoco, forze di polizia, ecc.)	Realizzazione evento esercitativo regionale alimentare	evento esercitativo regionale realizzato	Regioni
10.5.2	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare	Come previsto dall'Intesa Stato Regioni del 24 gennaio 2008, l'Unità di Crisi regionale e delle province autonome di Trento e Bolzano ha il compito, di "promuovere l'organizzazione di corsi di formazione e addestramento dei servizi veterinari, del SMAN, degli IZS e delle ARPA"	Realizzazione evento esercitativo regionale	evento esercitativo regionale realizzato	Regioni
10.5.3	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale	Con appositi dispositivi normalivi l'Italia ha adottato piani di emergenza per diverse malattie infettive e diffuse animali: Alta epizootica, malattia vescicolare del suino, blue tongue, peste suina classica, peste suina africana, influenza aviaria, malattia di Newcastle	Realizzazione evento esercitativo regionale	evento esercitativo regionale realizzato	Regioni
10.6.1	Attuazione di Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	I piani di sorveglianza sanitaria degli animali selvatici devono avere come obiettivo prioritario la rapida rilevazione di un determinato agente etologico nel territorio soggetto a sorveglianza (early detection), nonché la contestuale raccolta di dati sanitari per la valutazione del rischio circa la trasmissione di tale agente alle popolazioni domestiche e agli esseri umani e sulla base di questa l'adozione di idonee misure di gestione. Le malattie da sottoporre a sorveglianza sono: Alta epizootica, Peste suina classica, peste suina africana, rabbia,	Attuazione piano di sorveglianza per almeno 4 malattie di cui alla definizione	Piano attuato con elaborazione di 4 protocolli diagnostici	DGSAAF - CERMAS

TAB - 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI pag.19



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**62**

7. Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	10.7.1	Ri-esame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Innesa Stato Regioni del 17 febbraio 2013	Influenza aviaria, west nile disease, pseudopeste aviaria, brucellosi, tubercolosi	NR	Evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfa le esigenze previste	Emanazione documento del protocollo d'intesa	Regioni
8. Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui cani e rifugi	10.8.1	Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target	Realizzazione nell'ambito del programma di prevenzione del randagismo (articolo 3 della legge 28/1/91) di un piano di informazione ed educazione circa il possesso responsabile degli animali da affezione, degli obblighi di identificazione e delle condizioni di benessere animale	NR	Realizzazione Piani di informazione/comunicazione rivolti alla popolazione target ed operatori del settore	Piani di informazione/comunicazione realizzati	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008
10.8.2	2	Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	L'identificazione dei cani attraverso un microchip e la conseguente iscrizione nell'anagrafe degli animali da affezione costituiscono uno dei principali strumenti di prevenzione del randagismo. All'interno della popolazione di cani vaganti sul territorio l'identificazione consente la restituzione al legittimo proprietario ed il richiamo a forme di possesso responsabile degli animali. La percentuale di cani vaganti catturati già microchippati - pertanto restituibili ai proprietari - sul totale dei catturati è un indicatore che misura il grado di diffusione dello strumento "anagrafe" sul territorio regionale. L'indicatore si ritiene soddisfacente se il numero di cani catturati nel territorio regionale, risultati identificati e iscritti, è in incremento rispetto al numero di cani catturati totali	32,33% nazionale 28,0% regionale	Obiettivi differenziali secondo baseline % per le Regioni tra 25% e 35% +15%	32,2%	Anagrafe nazionale degli animali da affezione Relazione ai sensi del DM 06/05/2008
10.8.3	3	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di cani/rifugi presenti sul territorio	Al sensi dell'articolo 24 del regolamento di polizia veterinaria i cani/rifugi sono soggetti a controlli da parte dei servizi veterinari competenti con una frequenza appropriata	NR	Almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio canile non gestito direttamente da ASL	100% dei cani non gestiti direttamente controllati almeno 1 volta	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008

TAB - 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI PAG. 20



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**63**

	NR	Predisposizione programma con almeno 1 evento/anno	Almeno 1 evento/anno svolto	Regioni
9. Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache	10.9.1	Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare	Flusso attivato	Osservatorio nazionale ISS e Ministero della salute
10. Ridurre i disordini da carenza iodica	10.10.1 10.10.2	Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio dei Tsh neonatale Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	NR	ASL regionali, Ministero della salute ed Istituto Superiore di Sanità
11. Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale	10.11.1	Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente	Programma formativo già attivato	Tavolo Tecnico di Coordinamento istituito dall'Accordo 7 febbraio 2013
12. Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 853/2004	10.12.1	Rendicontazione dell'attività di audit svolta	20% audit su ACL 25% audit sui sistemi di controllo di cui al country profile	Indicatore AA11.4 (achievement o LEA)

TAB. 2 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI PAG. 21



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>64</b>
-------------------

Inoltre tutte le autorità competenti locali devono aver ricevuto almeno un audit entro il 2018.				
L'indicatore è soddisfatto qualora l'attività di audit regionale, svolta (o sotto la propria responsabilità) da tutte le articolazioni organizzative regionali, competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, qualora ve ne siano più di una:				
a) abbia garantito annualmente una copertura territoriale pari o superiore al 20% delle ASI.				
b) ed una copertura annuale del 20% dei sistemi di controllo (SC) di cui al "Country Profile Italia" della Commissione europea (ad esclusione dei sistemi di controlli sulle importazioni e salute delle piante):				
- SC della salute animale				
- SC degli alimenti di origine animale				
- SC dei mangimi e della alimentazione degli animali				
- SC delle TSEs e dei sottoprodotti di origine animale				
- SC dei farmaci veterinari e residui				
- SC degli alimenti e dell'igiene generale				
- SC dei fitosanitari e dei loro residui				
- SC del benessere animale.				

TAB - 7 - MONITORAGGIO REGIONALE INDICATORI CENTRALI PAG. 22

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*





seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**1 540**

pag.  
**65**

Tabella indicatore 9.1.2 - Confronto tra obiettivi di copertura e coperture attuali nelle Marche (rilevazione 2015 al 31/12/2014)

Vaccinazione	Dosi	Coperture 2013	Coperture 2014	Obiettivi di copertura	Scostamento dagli obiettivi di copertura
Difterite/Tetano/Pertosse	3 dosi a 24 mesi	97,0%	93,6%	95%	-1,4%
Poliomielite	3 dosi a 24 mesi	97,0%	93,7%	95%	-1,3%
Epatite B	3 dosi a 24 mesi	96,9%	93,5%	95%	-1,5%
Emofilo B	3 dosi a 24 mesi	96,9%	93,5%	95%	-1,5%
Morbillo/Parotite/Rosolia	1° dose a 13-15 mesi	87,7%	81,4%	95%	-13,6%
Pneumococo	3 dosi a 24 mesi	93,4%	89,6%	95%	-5,4%
Meningococo	1° dose a 13-15 mesi	84,9%	76,6%	95%	-18,4%
Morbillo/Parotite/Rosolia	2° dose a 5-6 anni	91,9%	89,2%	95%	-5,8%
Difterite/Tetano/Pertosse	4° dose a 5-6 anni	95,7%	93%	95%	-2%
Poliomielite	4° dose a 5-6 anni	95,7%	93,1%	95%	-1,9%
Meningococco C	1 dose negli adolescenti	51,9%	55,5%	95%	-39,5%
HPV	Ciclo completo coorte 2001	59,5%	63,1%	70%	-6,9%
	Ciclo completo coorte 2002	N.c.	55,1%	80%	-24,9%
	Ciclo completo coorte 2003	N.c.	N.c.	95%	N.c.
Influenza	> 65 anni	56,6%	45,8%	75% (minimo), 95% (ottimale)	-29,2%



REGIONE MARCHE

GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

seduta del
5 LUG 2015
delibera
1 540

pag.
66

# **CAPITOLO 2:**

# **I PROGRAMMI**



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**1540**

pag.  
**67**

**Programma n. 1 BAMBINI D.O.P. DENOMINAZIONE D' ORIGINE PROTETTA**

**Tabella riepilogativa**

Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
MO 1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.2 Aumentare i bambini in allattamento al seno (a.s.) esclusivo fino al 6° mese (180 giorni)	Aumentare le donne gravide consapevoli e competenti nell'allattamento al seno  Aumentare il numero delle puerpere che usufruiscono del sostegno all'a.s. da parte di strutture pubbliche, private e del volontariato
	1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	Potenziare in età precoce lo sviluppo dell'empowerment e delle life skills con interventi specifici nelle scuole dell'infanzia
	1.4 Ridurre il numero di fumatori, estendere la tutela del fumo passivo,	Ridurre il numero di fumatrici in gravidanza e nel post partum
	1.8 Ridurre il consumo di alcol a rischio	Ridurre il consumo di alcol in gravidanza.
MO n. 2 Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	2.1 Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Mantenimento della persistenza del risultato raggiunto PRP 10-13
	2.2 Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Mantenimento della persistenza del risultato raggiunto PRP 10-13
MO n. 5 Prevenire gli incidenti stradali e la gravità dei loro esiti	5.1 Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	Aumentare nella popolazione target la percezione del rischio dei comportamenti scorretti alla guida
	5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	
	5.3 aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	
MO n. 6 Prevenire gli incidenti domestici	6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	Potenziare la percezione del rischio per incidenti domestici nei genitori e familiari
	6.3 Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili	
	6.4 Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	
	6.5 Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	
MO n. 10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica	10.10.1 Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale	La Regione Marche ha già raggiunto tale obiettivo. Non oggetto di ulteriori azioni di intervento (cfr Razionale del Programma)



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>68</b>
-------------------

**Razionale e descrizione del Programma**

Ci sono sempre maggiori evidenze sull'importanza di interventi precoci di promozione della salute: già nel periodo preconcezionale, in gravidanza e nei primi anni di vita si creano condizioni più o meno favorevoli a un sano sviluppo psicofisico degli adulti del futuro. La tempestività e l'appropriatezza delle azioni rispetto al momento evolutivo sono essenziali, come la loro sinergia e l'ineludibile carattere intersettoriale.

Il programma "Bambini DOP" intende promuovere la salute psicofisica perinatale e infantile, recuperando e ampliando le esperienze già sviluppate nei precedenti PRP sostenendo, tramite percorsi formativi ad hoc, l'integrazione delle competenze specifiche degli operatori coinvolti nel percorso nascita e nei servizi, sanitari, sociali, scolastici, dedicati alla prima infanzia.

Molte delle tematiche sviluppate da Bambini DOP sono già state realizzate in alcune realtà territoriali della regione e sviluppate come Linee Progettuali del precedente PRP, favorendo la conoscenza reciproca tra operatori afferenti a Servizi Sanitari differenti, conoscenza che risulterà strategica per l'operatività delle prossime azioni.

Le Linee progettuali del precedente PRP a cui il Programma vuole dare continuità e sostenibilità secondo un'ottica complessiva sono:

- Promozione dell'allattamento al seno;
- Mamme libere dal fumo;
- Screening neonatale ipovisione;
- Screening neonatale ipoacusia;
- Casa sicura;
- Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione.

Oltre al nuovo sviluppo delle linee di cui sopra, nel contenitore-quadro Bambini DOP trovano spazio interventi finalizzati allo sviluppo ed al potenziamento delle *life skills* e dell'*empowerment* degli alunni delle Scuole dell'Infanzia attraverso attività di *pedagogia attiva* svolte dall'insegnante con il gruppo-classe. La fattibilità di tali interventi viene facilitata dalla presenza di materiali (manuali per l'insegnante e opuscoli informativi per i genitori) già in fase di avanzata redazione. Tali materiali saranno quindi integrati con contenuti finalizzati a sviluppare negli alunni la capacità di proteggersi imparando a individuare i rischi, per poterli evitare, anche ricercando buone pratiche in atto a livello nazionale.

All'interno del Programma sono presenti azioni che, oltre ad essere finalizzate al raggiungimento della specifica linea di intervento (LI), sono a supporto e/o completamento di altre linee (ad es. le azioni di sviluppo di contenuti, per i Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) della LI n. 1-1 per "Allattamento al Seno", da parte delle Linee n. 1 - 3 "Mamme Libere da Fumo e Alcol" e n. 1-5 "Piccoli in Sicurezza". Le azioni di formazione destinate agli operatori sanitari che si interfacciano con la popolazione target mirano ad aumentare la percezione sull'importanza dei fattori di rischio e le competenze sull'approccio motivazionale a sostegno di stili di vita salutari, allo scopo di diffondere l'attenzione alla promozione della salute nell'ambito della attività lavorativa quotidiana, secondo il principio della sostenibilità.

Le azioni destinate al contesto scolastico si basano su un approccio Life Course e in modo longitudinale avviano il percorso di sviluppo, sin dall'infanzia, di competenze trasversali - *life skills*, utili ad affrontare efficacemente i primi compiti relazionali e sociali dei bambini. In particolare le attività destinate all'aumento della percezione del rischio relativamente agli incidenti domestici ("Piccoli in Sicurezza") vedono a loro continuità nella LI n. 2 - 8 "Imparare a Portare Soccorso" all'interno del Programma n. 2 "Scuola & Salute... è tutto un programma".

Il Programma Bambini DOP si avvale delle azioni che saranno realizzate specificatamente all'interno del Programma n. 8 - "Per un Sistema Vaccinale maturo".



seduta del 15 LUG 2015
delibera 1-540

pag. 69
------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Con il coinvolgimento della componente sociale – Ambiti Territoriali Sociali, e delle Associazioni/Enti di volontariato interessate dai temi di Bambini DOP, viene perseguita la necessaria intersettorialità, attivando processi di empowerment di comunità.

"Bambini DOP" è quindi un "Contenitore - quadro" dei diversi progetti rivolti alla prima infanzia già avviati nel precedente PRP 2010/2013, nonché uno stimolo per sviluppare al suo interno ulteriori azioni coordinate, grazie ad un lavoro di rete integrato prioritariamente tra i diversi operatori dei Servizi Sanitari interessati, Enti e Istituzioni non sanitarie.

Nell'area di intervento di questo programma rientra anche l'obiettivo centrale 10.10 "ridurre i disordini da carenza iodica, limitatamente all'indicatore 10.10.1 "implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale". Tale obiettivo è già da tempo stato raggiunto nella Regione Marche grazie alla attività del Centro Screening neonatale Regionale, identificato nella UOC Neuropsichiatria Infantile A.O Ospedali Riuniti Marche Nord che compila e invia ai Punti Nascita e al Centro di conferma diagnostica e cura (A.O. Ospedali Riuniti Ancona - UOC di Pediatria) le schede per il Registro Nazionale Ipotiroidismo Congenito. Ciò accade sin dal momento della sua istituzione.

Il Centro Screening rinvia le schede all'ISS per il Registro e, da oltre 10 anni invia annualmente all'ISS il file contenente i dati – resi anonimi – di tutti i bambini screenati, con i valori di TSH suddivisi per comune di residenza, indicando le diagnosi di IC. In aggiunta, lo stesso centro, invia alla SIMMESN, Società Italiana Screening Neonatali e Malattie Metaboliche, un report relativo a tutte le diagnosi delle varie patologie screenate e numero dei soggetti screenati. La SIMMESN invia questi dati all'ISS.

Per quanto sopra, l'indicatore specifico 10.10.1 dell'obiettivo 10.10 viene considerato già raggiunto e quindi non oggetto di ulteriori linee di attività per l'implementazione.

#### **Contrasto alle disuguaglianze**

Secondo i più recenti studi epidemiologici, la probabilità di contrarre una malattia o di morire precocemente rispetto all'aspettativa di vita media, è amplificata dalle disuguaglianze in salute nell'avvio della vita. I fattori che contribuiscono a determinare una prognosi di salute negativa sono le difficoltà economiche, famiglia con precarietà lavorativa, ambiente con risorse affettive carenti nella prima infanzia, situazioni familiari di dipendenza (alcol droghe, fumo), isolamento sociale. Gli interventi devono quindi essere mirati a ridurre i rischi correlati con il gradiente psicosociale

Il programma "Bambini DOP" si propone di porre in atto azioni che mirino a contrastare, il più possibile efficacemente, le disuguaglianze.

Per quanto concerne gli screening uditivo e oftalmologico, nella Regione Marche le disparità sono annullate dal fatto che la quasi totalità dei neonati nasce in ospedale e che gli screening vengono offerti a tutti i nati prima della dimissione dal punto nascita.

Per ridurre le disuguaglianze nelle linee di intervento che riguardano la promozione della salute (Allattamento al seno, contrasto al fumo e all'alcol, sicurezza domestica e stradale, ecc.) si propone di:

- aumentare l'accessibilità delle donne e dei loro partner ai Corsi di Avviamento alla Nascita (CAN), previa valutazione di fattibilità che sarà realizzata nell'ambito dei lavori del Gruppo Regionale di Programma. A tale proposito si precisa che, al fine di garantire la sostenibilità delle azioni già in fase di programmazione, di livello regionale e/o ASUR, i componenti di tale Gruppo saranno rappresentativi dei diversi tavoli regionali attivi sui temi Percorso nascita e CEDAP;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- incrementare le consulenze, in particolare su allattamento a seno, coinvolgendo le realtà del volontariato, riconosciuto e/o organizzato, prevedendo azioni di formazione delle rivolte alle organizzazioni di volontariato (Leche Legue e altre) su tutti i temi che riguardano Bambini DOP,
- coinvolgere nelle azioni informative e formative il personale dei Servizi Sociali dei Comuni, concordando le azioni con la componente degli Ambiti Territoriali Sociali,
- predisporre materiale informativo, anche multilingue, sulle tematiche relative alle diverse linee di intervento del programma;
- coinvolgere nella diffusione di informazioni e del materiale predisposto, il personale dei Servizi interessati, dei Punti Nascita, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici di Medicina Generale, le Farmacie.

#### Evidence

Il programma "Bambini DOP" realizza interventi sulla base di metodologie riconosciute efficaci e già sperimentate in Programma di livello nazionale e/o internazionale cui la nostra Regione ha partecipato o partecipa:

- Ospedale e Comunità amiche dei bambini – strategia OMS / UNICEF
- Mamme Libere da Fumo – Progetto Ministero Salute/CCM
- Programma Genitori Più

#### Sostenibilità

La sostenibilità potrà derivare, pur in seguito ad un lungo processo di progettazione partecipata, dalla condivisione degli obiettivi educativi e di salute e quindi dalla creazione di una rete a protezione e sostegno (empowerment) della prima fase della vita. Gli interventi formativi prevedono una omogeneità e condivisione dei contenuti, si realizzano in setting sanitari, scolastici, sociali oltre che informali, attivando competenze diffuse e quindi moltiplicazione dei messaggi. L'economicità degli interventi previsti avvalorerà ancor più la sostenibilità del programma.

#### Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

La valutazione degli interventi che sottendono al programma sarà effettuata prevalentemente tramite sistemi di sorveglianza già validati a livello nazionale, quali PASSI, PASSI d'ARGENTO, HBSC, OKKIO alla salute.

Per gli screening udito e oftalmologico alla nascita è già attivo un sistema di registrazione regionale la cui messa a regime è oggetto della linea d'intervento.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>4</b>
------------------

**1-1 Allattamento al seno: una scelta di salute per la vita**

**Breve descrizione dell'intervento programmato**

La presente Linea d'Intervento intende dare continuità a quanto già realizzato sul tema della promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno nel PRP 2010 – 2013.

In particolare la precedente linea progettuale ha sostenuto, a vario titolo, la diffusione della metodologia OMS/UNICEF in diverse realtà regionali e ha attivato un monitoraggio regionale sulla pratica dell'Allattamento al Seno (AS) coinvolgendo i servizi consultoriali e i punti vaccinali.

Con la Linea d'Intervento n. 1 - 1 *Allattamento al seno: una scelta di salute per la vita* si intende dare continuità a quanto già realizzato, sviluppando in modo particolare azioni di formazione specifiche indirizzate agli operatori del SSR, diffondendo la metodologia OMS/UNICEF, anche al fine di supportare, ove possibile, la partecipazione ai percorsi "Baby Friendly Hospital Initiative" e "Baby Friendly Community Initiative" (BFHI e BFCI).

Inoltre viene individuato, nel Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN), uno strumento strategico per aumentare l'empowerment delle donne in gravidanza e della coppia sull'importanza dell' AS e su altri determinanti/fattori di rischio per il bambino. In particolare la LI si avvale dei contributi tecnici che verranno sviluppati nelle Linee n. 1 – 3 *"Mamme Libere da Fumo e Alcol"*, n. 1- 5 *"Piccoli in Sicurezza"* e delle azioni che saranno realizzate specificatamente all'interno del Programma n. 8 - *"Per un Sistema Vaccinale maturo"*.

Sono infine previste azioni di coinvolgimento della realtà del volontariato, riconosciute e/o organizzate (quali ad es. Leche Legue), anche al fine di sviluppare una rete informale di sostegno all'AS e favorire quindi il raggiungimento delle fasce deboli della popolazione target.

**Razionale dell'Intervento:**

L'allattamento esclusivo al seno (AS) per i primi 6 mesi di vita è un determinante di salute universalmente riconosciuto (WHO/OMS 2001) e rappresenta una priorità di salute pubblica. L'obiettivo della Promozione dell'AS è entrato pertanto come prioritario nella programmazione nazionale (PSN 2006-2008, Programma "Guadagnare Salute" -DPCM 4/5/2007, «Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno» della Conferenza Stato Regioni del 20.12.2007, PSR 2007-2009 e PNP 2010-2012). Sia il PSN che le Linee Guida suddette indicano come strumento operativo di comprovata efficacia per l'avvio e per la durata dell'AS "il programma internazionale OMS/UNICEF Ospedali Amici dei Bambini "Baby Friendly Hospital Initiative" (BFHI).

Nelle Marche solo il 66% delle madri allatta in modo esclusivo alla dimissione dopo il parto e solo il 21,3 % allatta in modo completo (allattamento esclusivo + complementare) a sei mesi dal parto (ISS/CNESPS 2002). Tale percentuale è nettamente inferiore a quanto raccomandato dall' OMS (allattamento esclusivo a 6 mesi  $\geq$  50 %).

Sono ormai noti i fattori contrastanti e promuoventi l'allattamento al seno e le indagini eseguite sul territorio regionale e nazionale (ISS/CNESPS 2002 e 2008; ISTAT 2004-2005) rilevano che questi fattori hanno lo stesso significato nella nostra popolazione.

I fattori sfavorevoli che hanno maggior forza sono: l'istruzione medio/bassa della madre, il precoce rientro al lavoro, la mancata partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita, l'aver partorito con taglio cesareo, non aver potuto attaccare il bambino al seno entro 2 ore dalla nascita e non aver mantenuto il contatto "pelle – pelle" subito dopo il parto, non aver praticato il "rooming in" e non aver potuto disporre di gruppi di sostegno dopo il parto.

Attualmente nella Regione Marche sono presenti 2 Presidi Ospedalieri riconosciuti BFHI (Osimo anno 2007, Recanati-Civitanova 2010) e, nel periodo 2010 – 2014, altre 3 realtà ospedaliere hanno iniziato e realizzato parte del percorso OMS/UNICEF (Presidi Ospedalieri di Fabriano e



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>42</b>
-------------------

Macerata e Presidio Specialistico Salesi di Ancona). Inoltre nel maggio 2014 è stata riconosciuta Comunità Amica del Bambino il Distretto 7 dell' ASUR Area Vasta 2 di Ancona.

**Obiettivo Centrale**

1.2 Aumentare i bambini in allattamento al seno esclusivo fino al 6° mese (180 giorni).

**Obiettivi Specifici**

- Aumentare le donne gravide consapevoli e competenti nell' allattamento al seno;
- Aumentare il numero delle puerpere che usufruiscono del sostegno all'a.s. da parte di strutture pubbliche e private e volontariato.

**Attori e portatori di interesse**

- Operatori Aziende SSR (Distretto, Consulenti, UO Ostetricia – Ginecologia – Punti Nascita, DMI, Dipartimenti Prevenzione), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Medicina Generale (MMG);
- Osservatorio delle Diseguaglianze (presso ARS), Osservatorio Epidemiologico Regionale (presso ARS),
- Associazioni Riconosciute di Volontariato (Leche League, e/o altri ) Collegio delle ostetriche, Società scientifiche, Farmacie, Comuni e Ambiti Territoriali Sociali.

**Beneficiari**

Donne gravide, donne che allattano, bambini, familiari.

**Fasi di Articolazione**

- Istituzione di un gruppo tecnico regionale specifico.
- Definizione di un format omogeneo sui contenuti relativi al Programma Bambini DOP da inserire nei Corsi Accompagnamento alla Nascita;
- Mappatura delle realtà dell'associazionismo attive nel territorio regionale in tema di sostegno all'AS;
- Realizzazione attività formativa secondo standard OMS/UNICEF per il personale dipendente del SSR in relazione al ruolo, realizzando complessivamente nel periodo 2016 – 2018 10 corsi;
- Monitoraggio della pratica dell'allattamento al seno nel territorio regionale;
- Sostegno alla metodologia della "peer education" all'interno dei gruppi territoriali di volontariato per AS.;
- Distribuzione materiale informativo multilingue alla dimissione dal punto nascita e nel territorio.

**Criticità**

- compilazione non sempre corretta del Cedap,
- scarsità di informazioni sull'esistente in relazione ai CAN (quantità e qualità);
- risorse umane limitate

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

1.2.1 Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese





seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>1540</b>

pag. <b>43</b>
-------------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Baseline regionale 2013:** 53,5% 2013  
**Standard di riferimento regionale (variazione attesa):** + 25%  
**Valore atteso:** 2018: 66,9%

**Indicatore di Obiettivo Specifico/ Indicatore/i di processo**

Definizione: Attività Gruppo Tecnico regionale

Fonte: REGIONE

Tipologia: qualitativo

Valore baseline: non rilevato

Definizione: Realizzazione percorsi formativi per il personale per il personale dipendente del SSR secondo standard OMS/UNICEF

Fonte: ASUR

Tipologia: quantitativo

Valore baseline: Percorsi formativi già sperimentati

Definizione: Incontri aggiornamento per associazioni di volontariato

Fonte: ASUR

Tipologia: quantitativo

Valore baseline: non rilevato



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
174

Tabella: Linea di Intervento 1-1 - "Allattamento al seno: una scelta di salute per la vita"

Macroobiettivo	Obiettivo generale	Nome indicatore	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali			Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Indicatori di processo				Sorveglianza Fonte
			Tipologia	Valore di base line	Standard di riferimento			Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018		
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	Aumentare i bambini in allattamento al seno esclusivo fino al 6° mese (180 giorni)	Prevalenza di bambini con allattamento al seno esclusivo alla fine del 6° mese	quantitativo	anno 2012/13 53,5%	86,6%	Aumentare le donne gravide consapevoli e competenti nell'allattamento al seno	Altevia dal Gruppo Tecnico regionale	Formai omogeneo per CAN	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Atti Regionali
							Realizzazione percorsi formativi secondo standard OMS/UNICEF	Mappatura volontariato attivo su AS	Realizzazione 4 corsi formazione	Realizzazioni e 4 corsi formazione	Report sulla realizzazione e delle fasi /adesione alla LI	
						Aumentare il numero delle puerpere che usufruiscono del sostegno alla parte di strutture pubbliche, private e volontariato	incontri aggiornamento per associazioni di volontariato	Almeno 3 incontri	Almeno 2 incontri			ASUR

Programma n. 1 BAMBINI D.O.P.  
pag 8



### 1 - 2 - Guadagnare Salute... con le *Life Skills*" - Scuola dell'Infanzia

#### Razionale dell'Intervento:

Il programma si propone di effettuare interventi finalizzati allo sviluppo ed al potenziamento delle *life skills* e dell'*empowerment* degli alunni della Scuola dell'Infanzia attraverso attività di *pedagogia attiva* svolte dall'insegnante con il gruppo-classe. All'interno del Programma Bambini DOP, viene quindi sviluppata, secondo un continuum temporale, adeguando i contenuti e le modalità alla fase scolastica (scuola dell'infanzia), la metodologia delle *life skills*, che vede la sua prosecuzione all'interno del Programma 2 Scuola & Salute – è *tutto un programma*. L'obiettivo è promuovere il benessere personale e relazionale, oltre all'adozione di comportamenti sani, attraverso l'apprendimento di abilità utili per la gestione dell'emotività e delle relazioni già in età precoce, realizzando manuali ad hoc per facilitare le azioni da parte del personale docente.

La LI si avvale dei contributi tecnici della LI n. 1 - 8 ,opportunamente graduati per la popolazione target (bambini 3 -5 anni) per quanto riguarda la prevenzione degli incidenti domestici.

E' previsto il coinvolgimento dei genitori attraverso incontri di sensibilizzazione e restituzione.

La linea d'intervento, infine, contribuisce alla realizzazione della Linea Intervento più generale, all'interno del Programma Scuola & Salute, per la costruzione della Rete delle Scuole che Promuovono Salute.

#### Obiettivo Centrale

n. 1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skill*, *empowerment*) e l'adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile e adulta.

#### Obiettivo Specifico

Potenziare in età precoce lo sviluppo dell'*empowerment* e delle *life skills* con interventi specifici nella Scuola dell'Infanzia (popolazione 3-5 anni, pari per la Regione Marche a circa 53.400 bambini).

#### Attori e portatori di interesse

Dipartimento di Prevenzione, Distretti, Operatori Servizi Sociali degli Enti Locali, Docenti, Dirigenti scolastici, Genitori, Associazioni dei genitori.

#### Beneficiari

Bambini Scuole dell'Infanzia (3-5 anni)

#### Fasi di Articolazione

- Produzione e approvazione dei materiali (manuale destinato ai docenti della scuola dell'infanzia e opuscolo per genitori);
- Formazione del gruppo integrato di operatori (formazione dei formatori) rappresentanti di ogni AV, degli ATS e della scuola sul programma di sviluppo e potenziamento delle *life skills* sulla base dei materiali ;
- Formazione a cascata dei docenti nel 10% delle Scuole dell'Infanzia pari a 15 scuole nel corso del triennio.
- Attivazione nelle classi delle attività per lo sviluppo ed il potenziamenti delle *life skills* e dell'*empowerment* da parte dei docenti formati;
- Incontri informativi con i genitori



seguita del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>54-0</b>

pag. <b>16</b>
-------------------

**Criticità**

Difficoltà a mantenere nel tempo gruppi professionali integrati in relazione alle attuali riduzioni di risorse umane

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

Proporzione di Istituti Scolastici ( con almeno l'80% delle classi) che aderiscono alla progettazione regionale specifica. ogni regione individua il proprio.

Valore Baseline regionale: non rilevato.

Standard di riferimento regionale: coinvolgimento di 15 ISC (Istituti Scolastici Comprensivi) sede di scuola dell'infanzia.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Produzione materiali formativi/informativi
- Fonte: ASUR - Regione
- Tipologia: quantitativo
- Valore baseline: non rilevato
  
- Definizione: Formazione integrata Scuola Sanità Sociale
- Fonte: Regione – Ufficio Scolastico Regionale
- Tipologia: quantitativo
- Valore baseline: nr
  
- Definizione: Formazione a cascata
- Fonte: ASUR, Uffici Scolastici Provinciali
- Tipologia: quantitativo
- Valore baseline: non rilevato
  
- 
  
- Definizione: incontri informativi con genitori
- Fonte: Uffici Scolastici Provinciali
- Tipologia: quantitativo
- Valore baseline: non rilevato

?



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
1 540

pag.  
104

Tabella: Linea di intervento 1-2 "Guadagnare Salute... con le Life Skills"- Scuola dell'Infanzia"

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Indicatori di processo						
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base (base)	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	Proportione di istituti scolastici che aderiscono (almeno 80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	quantitativo	Non Rilevato	10% delle scuole	Potenziare in età precoce lo sviluppo dell'empowerment e delle life skills con interventi specifici nella Scuola dell'Infanzia (pop 3-5 anni)	Guadagnare Salute... con le life skills - infanzia	Attività lavoro tecnico regionale	Produzione 1 Manuale 1 opuscolo	- 3 corsi di ricaduta per docenti	- 2 corsi di ricaduta per docenti	Publicazione ASUR / Regione/USR
								Formazione a cascata integrata Scuola Santa Sociale	1 Corso regionale per formatori - 2 corsi di ricaduta per docenti			Regione/USR/USP
								Incontri di riflessione con i genitori		7. incontri scuola infanzia aderenti	8. incontri scuola infanzia aderenti	USP

Programma n. 1 BAMBINI D.O.P.  
pag 11



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>48</b>
-------------------

### 1 – 3 Mamme libere dal fumo e dall'alcol

Breve descrizione dell'intervento programmato

#### Razionale

Che il fumo di tabacco sia dannoso per la salute è dato riconosciuto da decenni. I rischi per la salute aumentano se a fumare è una donna che intende avviare o che sia in gravidanza. Nel periodo preconcezionale il fumo incide negativamente sulla fecondità, mentre in gravidanza sono statisticamente aumentati sia i rischi di complicanze gravidiche, quali ad esempio l'aborto spontaneo o il parto prematuro, sia i danni a carico del bambino (basso peso alla nascita o mortalità perinatale). Anche dopo il parto, nei bambini esposti al fumo passivo, vi è correlazione positiva con un aumento di asma bronchiale, di bronchiti croniche e di otiti.

Aspetti epidemiologici: nel 2014 nelle Marche le donne che hanno partorito sono state 11.951, di esse il 21,2% ha dichiarato un'abitudine al fumo di tabacco nei cinque anni precedenti la gravidanza. Tra le fumatrici il 44% ha smesso prima della gravidanza, il 25% ha smesso durante la gravidanza, mentre circa una su tre (il 31%) ha continuato a fumare durante la gravidanza.

L'alcol assunto in gravidanza esercita una azione dannosa sullo sviluppo dell'embrione e del feto. La conseguenza più grave è la sindrome feto-alcolica (Fas) che può manifestarsi con riduzione dell'accrescimento pre e postnatale, con deficit intellettivo o con malformazioni fisiche, quali la cardiopatia. Tutto l'alcol bevuto dalla futura mamma raggiunge rapidamente il feto. Ecco perché è consigliabile evitare completamente l'alcol in gravidanza anche perché non si conosce il quantitativo minimo innocuo per il bambino.

Aspetti epidemiologici: è difficile fornire cifre attendibili sulla diffusione della sindrome alcolico fetale poiché i numeri variano notevolmente a seconda della popolazione studiata e dei metodi di ricerca utilizzati. Non esiste attualmente in Italia un sistema di sorveglianza di tale sindrome: nel 2007 in 15 comuni del Lazio e della provincia di Roma è stato condotto uno studio pilota con l'obiettivo di fare luce sulle dimensioni del fenomeno nel nostro Paese. Nel territorio studiato la Fas è risultata presente in 7,4 bambini su 1000 nati vivi che, rispetto alla popolazione generale, diventano 3,7 per mille nati vivi. Le percentuali salgono rispettivamente al 40,5 per mille e al 20,3 per mille se si prendono in considerazione tutte le patologie alcol correlate, comprese le forme minori.

Dal sistema di sorveglianza Passi si evince che nella nostra regione la prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol per il quadriennio 2010-2013 è pari al 18,5%, nel genere femminile tale valore è pari al 13,3%.

Un'azione educativa mirata alle donne che intendono diventare mamme affinché assumano una scelta consapevole nei confronti del fumo di tabacco e del consumo di alcol è quindi estremamente importante, tanto più che esistono strumenti riconosciuti efficaci, quali l'intervento motivazionale a sostegno del cambiamento comportamentale che può essere attuato dagli operatori sanitari con cui la donna viene a contatto.

La presente linea d'intervento intende dare nuovo impulso quanto già realizzato nel precedente PRP sul tema del contrasto al tabagismo, ampliando al tema del consumo di alcol, rafforzando in lavoro in rete degli operatori sanitari coinvolti, grazie all'integrazione di strumenti e percorsi formativi.

#### Obiettivi centrali:

- 1.4. Ridurre i fumatori
- 1.6. Ridurre consumo di alcol a rischio



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 89
------------

**Obiettivo specifico regionale:**

- ridurre il numero di fumatrici in gravidanza e nel post partum;
- ridurre il consumo di alcol in gravidanza.

**Attori e portatori di interesse:**

- Operatori Aziende SSR (Distretto, Consultori, UO Ostetricia – Ginecologia – Punti Nascita, DMI, Dipartimenti Prevenzione), Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Medicina Generale (MMG);
- Osservatorio delle Diseguaglianze (presso ARS), Osservatorio Epidemiologico Regionale (presso ARS),
- Associazioni Riconosciute di Volontariato (Leche League, e/o altri ) Collegio delle ostetriche, Società scientifiche, Farmacie, Comuni e Ambiti Territoriali Sociali.

**Beneficiari**

Donne in gravidanza, Neomamme, famiglie, neonati, bambini

**Fasi di articolazione**

- Adeguamento del Gruppo di Lavoro Mamme Libere da Fumo
- Ricognizione azioni in essere e stato dell'arte su contrasto e consumo inadeguato alcol in gravidanza e nel post partum;
- Programmazione dell'estensione della LI in tutto il territorio regionale da parte delle Aziende del SSR , comprensiva del piano formativo di supporto per il personale sanitario
- Produzione materiali tecnici/informativi per CAN su alcol fumo e altri determinanti/fattori previsti nel Programma
- Implementazione della azioni di counseling alle donne durante la gravidanza e nel post partum

**Criticità**

- Collaborazione non efficace tra i diversi attori
- Discontinuità alla partecipazione delle donne ai Corsi Accompagnamento alla Nascita
- Carenza di risorse

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

- 1.4.1 prevalenza di fumatori nella popolazione

Baseline regionale: 25.8% totale (maschi + femmine)

Standard di riferimento regionale: -10%

- 1.6.1 prevalenza di consumatori di alcol a rischio

Baseline regionale: 18.5% totale, prevalenza di consumatori di alcol a rischio tra la popolazione femminile 18-69 anni = 13.3

Standard di riferimento regionale: -15%

**Indicatore di Obiettivo Specifico/ Indicatore/i di processo**

Definizione: Attività Gruppo Tecnico regionale

Fonte: REGIONE ASUR

Tipologia: qualitativo

Valore baseline: non rilevato

Att



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 80
------------

Definizione: Formazione al personale ostetrico e sanitario coinvolto  
Fonte: ASUR  
Tipologia: quantitativo  
Valore baseline: Percorsi formativi già sperimentati





seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
81

**Tabella: Linea di Intervento 1 - 3 Meme libere del fumo e dell'alcol**

Indicatore di processo		Indicatore di risultato		Indicatore di processo		
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipologia	Valore di base/linea	Standard di riferimento (Variazione attesa)	
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.4.1 Ridurre in fumatori	Prevalenza di fumatori nella popolazione di età 18-69	quantitativo	Anno 2013: 25,8% (maschi + femmine) 21,4% nella popolazione di sesso femminile	-10%	<p>Obiettivo specifico regionale: Ridurre il n° di fumatrici e di consumatrici di alcol a rischio, in gravidanza e nel post partum</p> <p>Nome indicatore: Attività Tavolo Tecnico regionale</p> <p>Valore atteso 2016: 1 Modulo Formativo Integrato counselling ostetrico fumo-alcol</p> <p>Valore atteso 2017: </p> <p>Valore atteso 2018: </p> <p>Valore atteso 2019: </p> <p>ASUR/Regione</p>
	1.8.1 Ridurre consumo di alcol e rischio di alcol	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol	quantitativo	Anno 2013: 18,5% (maschi+femmine); 13,3% nella popolazione di sesso femminile	-15%	<p>Obiettivo specifico regionale: </p> <p>Nome indicatore: Formazione al personale ostetrico e sanitario coinvolto</p> <p>Valore atteso 2016: 1 corso effettuato in una realtà Distretto/Ospedale in tutte le 5 AAVV (corsi =2)</p> <p>Valore atteso 2017: 1 corso effettuato in una realtà Distretto/Ospedale in almeno 4 AAVV (corsi =2)</p> <p>Valore atteso 2018: </p> <p>Valore atteso 2019: </p> <p>ASUR</p>

Programma n. 1 BAMBINI D.O.P.  
pag. 15



#### 1 - 4 Screening Neonatali

##### Breve descrizione dell'intervento programmato

##### Razionale dell'intervento

L'effettuazione degli screening uditivo ed oculare presso i punti nascita è stata oggetto di specifiche linee progettuali nel precedente PRP 2010-2013.

Nell'ambito delle azioni previste, la Regione Marche ha già raggiunto i seguenti obiettivi:

1. Linee d'indirizzo regionali per entrambi gli screening, approvate con DGR 1647 del 07/12/2011: esse ribadiscono l'obbligatorietà di sottoporre tutti i nati della regione sia a screening uditivo, sia a screening oftalmico, prima della dimissione dal punto nascita e dettano le modalità di effettuazione dello screening, diversificate in base all'appartenenza o meno del neonato a categoria a rischio
2. Adesione al programma di screening del 100% dei punti nascita (13 su 13);
3. Presenza di un applicativo informatico, reso disponibile su piattaforma web regionale, per la registrazione dei risultati degli screening da parte dei Punti Nascita;

##### Allo stato attuale:

- tutti i punti nascita stanno effettuando sia lo screening uditivo che oculare prima della dimissione dal punto nascita per i neonati che vengono dimessi direttamente a domicilio;
- 12 su 13 punti nascita registrano il risultato dello screening sull'apposito applicativo regionale.

##### Obiettivo Centrale

- 2.1 Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita.
- 2.2 Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita.

##### Obiettivi Specifici

L'obiettivo centrale posto dal PNP di attivare lo screening audiologico ed oftalmico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione può considerarsi già raggiunto nella Regione Marche. Pertanto ciò che ci si auspica di conseguire con la presente linea d'intervento è il consolidamento del risultato raggiunto.

La presente linea d'intervento intende verificare la corretta effettuazione e la universalità di effettuazione dei due screening ed in particolare:

- ❖ monitorare e consolidare quanto già raggiunto con il precedente PRP,
- ❖ mettere a regime il flusso dati relativo ai due screening dai Punti Nascita alla Regione, attraverso la corretta implementazione dell'apposito applicativo informatico.

##### Attori e portatori di interesse

Personale sanitario dei Punti nascita degli Ospedali della Regione e dei Reparti di ricovero per neonati patologici, Direzioni Ospedaliere Pediatri di Libera Scelta. Personale dei reparti oculistici, Oculisti convenzionati, Personale dei reparti ORL/Audiologia di riferimento, Personale dei centri di abilitazione/riabilitazione logopedica. Tavolo Regionale Percorso Nascita, Tavolo Regionale per flusso CEDAP, Osservatorio epidemiologico, Servizio Informativo Statistico regionale.

##### Beneficiari

Tutti i neonati della regione Marche e le loro Famiglie



#### Fasi di Articolazione

- 1) Istituzione del gruppo di lavoro (entro dicembre 2015)
- 2) Verifica annuale della persistenza dell'adesione ai programma di screening del 100% dei punti nascita della Regione (entro primo trimestre di ogni anno).
- 3) Monitoraggio annuale del tasso di copertura (per lo screening uditivo: n° di neonati sottoposto a primo step di screening effettuato prima della dimissione /totale dei neonati dimessi dal punto nascita; per lo screening oculare: n° di neonati sottoposto a red reflex e/o visita oculistica prima della dimissione /totale dei neonati dimessi dal punto nascita)
- 4) Diffusione dell'utilizzo dell'applicativo per la registrazione dello screening al 100% dei Punti Nascita (con coinvolgimento dell'Ospedale di Fermo) entro 2016
- 5) Messa a regime del flusso dati con correzione delle anomalie di registrazione.
  - 2016: valutazione del baseline;
  - 2017: aumento correttezza di almeno il 15%;
  - 2018: correttezza dati  $\geq$  al 95%.
- 6) Verifica dell'aderenza alle Linee d'Indirizzo regionali dei Punti Nascita ed eventuale allineamento:
  - 2016: somministrazione di apposita check list e valutazione scostamento;
  - 2017: richiamo delle Direzioni Ospedaliere e suggerimento dei correttivi necessari
  - 2018: verifica allineamento attraverso seconda somministrazione check list
- 7) Verifica dell'aderenza alle Linee d'Indirizzo regionali dei Reparti per acuti che ricoverano neonati patologici.
  - 2017: somministrazione di apposita check list e valutazione scostamento;
  - 2018: richiamo delle Direzioni Ospedaliere e suggerimento dei correttivi necessari

#### Criticità

- Immissione non sempre corretta dei dati nel registro informatizzato;
- Possibile esistenza di problematiche sulla circolazione informatica dei dati.

#### Indicatori

##### Indicatore di Obiettivo Centrale

2.2.1 Attivazione dello screening audiologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione:

base line: screening audiologico neonatale attivato in tutti i punti nascita.

Standard: mantenimento

2.2.2 Attivazione dello screening oftalmologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione

base line: screening audiologico neonatale attivato in tutti i punti nascita.

Standard: mantenimento

##### Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

1. Istituzione gruppo lavoro: indicatore qualitativo: formalizzazione entro dicembre 2015
2. Punti nascita che confermano effettuazione primo step di screening prima della dimissione dal punto nascita.  
Tipologia: Indicatore quantitativo  
Modalità in cui viene costruito: n° punti nascita che effettuano lo screening/totale dei Punti nascita della regione.  
Base line: 100%  
Standard: persistenza 100%.



- Fonte: applicativo web regionale e/o Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita
3. Tasso di copertura  
Tipologia: Indicatore quantitativo  
Modalità in cui viene costruito: n° di neonati dimessi a domicilio sottoposti a primo step di screening prima della dimissione / totale dei neonati dimessi dal punto nascita.  
Base line > 95%  
Standard: persistenza di valore ≥ 95%  
Fonte: applicativo web regionale e/o Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita
  4. Diffusione dell'utilizzo dell'applicativo regionale di registrazione  
Tipologia: Indicatore Quantitativo  
Modalità in cui viene costruito: n° dei punti nascita che registrano lo screening uditivo e oftalmologico sull'applicativo/ n° totale dei punti nascita della regione.  
Baseline: 92% (12/13)  
Standard: 100%.  
Fonte: verifica diretta applicativo
  5. Verifica completezza dati: indicatore numerico:
    - a) percentuale di neonati con screening registrato sul totale dei nati da CEDAP: 2016: base line; 2017: ≥ 90%; 2018: ≥ 95%
    - b) percentuale dei nati con modalità di dimissione registrata sul totale dei nati da CEDAP: 2016: base line; 2017: ≥ 90%; 2018: ≥ 95%
  6. Verifica aderenza dei Punti nascita alle linee d'indirizzo regionale,
    - a) Indicatore quantitativo: n° dei punti nascita che compilano e rinviando l'apposita check list per il monitoraggio della rispondenza alle linee d'indirizzo regionali  
Baseline: non rilevato.  
Standard 2016: 100% dei punti nascita compilano e rinviando la check list.
    - b) Indicatore quantitativo: n° di item con risposte allineate su totale degli items risposti.  
Standard 2018: almeno 90% dei Punti Nascita con almeno 90% items allineati.
  7. Verifica aderenza dei Reparti per acuti che ricoverano neonati alle linee d'indirizzo regionale:  
  
Indicatore quantitativo: n° dei reparti per acuti che compilano e rinviando l'apposita check list per il monitoraggio della rispondenza alle linee d'indirizzo regionali.  
Baseline: non rilevato.  
Standard: 20

V



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
85

**Tabella: Linea di Intervento 1-4 "Screening Neonatali"**

Macro obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore base/linea	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore di base 2014	Valore 2017	Valore atteso 2018	Sviluppatori/Fonte	
MACRO 2 Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	Efficacia lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico in tutti i punti nascita	quantitativo	100% dei punti nascita nazionali della regione	100% di punti nascita nazionali della regione	mantenimento	istituzione gruppo lavoro ad hoc	formalizzato				Applicativo web regionale, Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita
							Adesione di tutti i punti nascita ai due programmi di screening	100%	100%	100%	Applicativo web regionale, Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita	
							Monitoraggio tasso di copertura su neonati dimessi dai punti nascita	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	Applicativo web regionale, Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita	
							Registrazione screening su applicativo regionale	100%	100%	100%	Applicativo web regionale	
							Completezza dei dati inseriti nell'applicativo	Verifica base line	285%	285%	Applicativo web regionale, Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita	
							a) % neonati con screening registrato	Verifica base line	285%	285%	Applicativo web regionale, Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita	
							Completezza dei dati inseriti nell'applicativo	Verifica base line	285%	285%	Applicativo web regionale, Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita	
							b) % neonati con modalità dimissione registrata	Verifica base line	285%	285%	Applicativo web regionale, Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita	
							Verifica aderenza dei Punti nascita alle linee d'indirizzo regionale				Seconda somministrazione e questionario e verifica allineamento (250% dei punti nascita con 200% di risposte agli item allineati)	Atti PF Prevenzione e Promozione salute, Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita
							a) % di punti nascita che compilano e rinviando l'apposita check list	100%			Richiamo delle Direzioni Ospedaliere e suggerimento correttivi se necessario	Atti PF Prevenzione e Promozione salute, Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita
Verifica aderenza dei Punti nascita alle linee d'indirizzo regionale				250% dei punti nascita con 200% di risposte agli item allineati	Atti PF							
b) il somministrazione c.i.				Richiamo delle Direzioni Ospedaliere e suggerimento correttivi se necessario	Atti PF Prevenzione e Promozione salute, Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita							
Verifica aderenza dei Punti nascita alle linee d'indirizzo regionale				100% dei reperti per acuti che compilano e rinviando l'apposita check list	Atti PF Prevenzione e Promozione salute, Direzioni Ospedaliere e/o del Punto Nascita							

Programma n. 1 BAMBINI D.O.P.  
Pag. 19



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>86</b>
-------------------

## 1 - 5 Piccoli in Sicurezza

### Breve descrizione dell'intervento programmato

#### Razionale dell'intervento:

Le abitazioni sono spesso inadeguate per i bambini e presentano pericoli di incidenti anche nei luoghi a loro destinati. Traumi da caduta e da schiacciamento, assunzione accidentale di sostanze nocive, ferite e lesioni provocate da animali, sono infatti, eventi frequenti che interessano i bambini anche in tenera età. In Italia, secondo i dati dell'indagine Multiscopo ISTAT "Aspetti di vita quotidiana" vi sono stati circa 3.300.000 di persone vittime di incidenti domestici nel 2009. Per quanto riguarda le Marche i dati sulla sorveglianza effettuata tramite il Sistema Informativo Nazionale sugli infortuni in Ambienti di Civile Abitazione "SINIACA", effettuata presso alcuni Pronto Soccorso marchigiani, evidenziano che l'11% degli incidenti giunti nelle strutture sanitarie si verificano in soggetti di età 1-10 anni. I pazienti con età inferiore a un anno sono meno numerosi, ma gli esiti risultano più gravi. Si stima che per un incidente mortale nell'infanzia, siano circa mille quelli che, seppur non così gravi, comportino un pesante tributo in termini di menomazioni permanenti, ricoveri ospedalieri e cure mediche. Un'età molto a rischio sembra essere quella compresa tra 1 e 4 anni. Il bambino inizia a muoversi in modo autonomo e impara a conoscere gli oggetti che lo circondano senza avere la percezione del pericolo. La sicurezza dei bambini passa, dunque, attraverso una conoscenza degli elementi di rischio e la sorveglianza attenta degli adulti, ma risulta importante anche orientare i bambini stessi, nel senso di un'auto-prevenzione, insegnando loro quali sono e come si evitano eventuali situazioni di pericolo.

La finalità principale della presente Linea d'intervento "Piccoli in Sicurezza" è quella di ridurre gli incidenti domestici nei bambini attraverso:

- la diffusione e l'utilizzo di materiale informativo e formativo ai soggetti significativi che possono agire sul target (genitori, familiari, insegnanti scuole materne) e lo sviluppo di pratiche di protezione;
- il coinvolgimento, al fine di raggiungere più efficacemente la popolazione straniera, delle figure per l'insegnamento dei Centri Provinciali per l'Educazione agli Adulti, identificati dalla Regione Marche presso alcuni Istituti Scolastici.

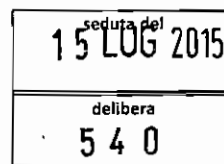
La formazione degli operatori sanitari, allo scopo di migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni da porre in essere, verrà complessivamente realizzata dalla linea dedicata alla prevenzione Incidenti domestici, "ManTeniamoci", del Programma n. 4 ;

Per quanto riguarda l'azione di orientamento alla percezione del rischio nei bambini si rimanda alla Linea di intervento 1 - 2 "Guadagnare salute con le life skills" del medesimo Programma

Sulla base dell'esperienza già sviluppata nel precedente PRP 10-12 con la linea progettuale "Casa Sicura", nella presente Linea di intervento si prevede, inoltre, l'aggiornamento dei materiali già prodotti, con informazioni su corretti comportamenti per la sicurezza stradale. Detti contributi inoltre confluiranno nel format omogeneo per i Corsi Accompagnamento alla Nascita della linea di intervento n. 1 - 1 "Allattamento al Seno: una scelta per la vita".

#### Obiettivi centrali:

- 5.1 Ridurre il numero di decessi per incidente stradale;
- 5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale;
- 5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida;
- 6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero



**Obiettivo/i Specifico/i**

- Aumentare l'empowerment sul tema dell'incidentalità domestica e stradale negli adulti di riferimento per la popolazione target
- Aumentare la percentuale della popolazione straniera raggiunta da informazioni sui temi della sicurezza stradale e domestica.

**Attori e portatori di interesse**

Dipartimenti di Prevenzione, Distretti, Consultori, Pediatri di Libera Scelta, USR- SSP, Ambiti Territoriali Sociali, PF Istruzione Formazione Lavoro, PF Politiche Sociali, Prefetture, Centri Territoriali Permanenti Educazione Adulti

**Beneficiari**

Genitori/familiari, bambini 0-5 anni, Popolazione straniera frequentate i Centri Provinciali per l'educazione degli adulti (CPA).

**Fasi di Articolazione**

- Coinvolgimento dei portatori di interesse
- Revisione e diffusione di materiale informativo
- Realizzazione di incontri informativi rivolto al personale insegnante presso i Centri Provinciali per l'Educazione Adulti

**Criticità**

difficoltà nel creare collaborazioni tra i molteplici attori coinvolti.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

5.1.1 Tasso di decessi per incidente stradale

Valore Baseline regionale: 5.6/100.000

Standard di riferimento regionale: fermare il trend in ascesa, 4.5/100.000 nel 2018

5.2.1 Tasso di ricoveri per incidente stradale

Valore Baseline regionale: 6.1%

Standard di riferimento regionale: 5.5%

5.3.1 proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini

Valore Baseline regionale: uso delle cinture posteriori=12.5%; uso del casco= 99.5%, guida sotto l'effetto dell'alcol=10.3%

Standard di riferimento regionale: uso delle cinture posteriori=18.8%; uso del casco= mantenimento, guida sotto l'effetto dell'alcol=9.0%

6.1.1 tasso di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere

Valore Baseline regionale: 2.335 nel 2013

Standard di riferimento regionale: fermare il trend in ascesa



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>88</b>
-------------------

**Indicatori di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Attività Tavolo Tecnico regionale
- Fonte: Regione
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Valore baseline: presenza materiale tecnico precedentemente utilizzato
  
- Definizione: Corsi formazione per insegnanti CPA
- Fonte: Regione
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Valore baseline: non rilevato

*6/12*

*Y*





**Tabella: Linea d'intervento 1 - 5 Piccoli in Sicurezza**

Macroobiettivo	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Indicatori di processo				Sorveglianza/ Fonte
	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
MO 5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	5.1 Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	Tasso di decessi per incidente stradale	Quantitativo	5,67/100.000	fermare il trend in ascesa, 4,5/100.000 nel 2018	Aumentare l'empowerment sul tema dell'incidentalità domestica e stradale negli adulti di riferimento per la popolazione target	Attività	Realizzazione materiale informativo e formativo	Attivazione n. 2 Protocolli di collaborazione con i CPA	Report attività	Regione
	5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	Tasso di ricoveri per incidente stradale	Quantitativo	6,10%	5,50%		Tavolo Tecnico Domestici e Stradali per Corsi	Accompagnamento Nascita e CPA			
	5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	Quantitativo	Culture positive: 12,5% tasso mantenimento sotto effetto dell'alcol: 10,3%	Culture positive: 18,6% tasso mantenimento sotto effetto dell'alcol: 9,0% trend		Corsi formazione per insegnanti CPA				
MO 6 Prevenire gli incidenti domestici	6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici e del tempo libero per fasce di età e genere	Quantitativo	2,336 nel 2013	fermare il trend in ascesa	Aumentare la percentuale della popolazione, anche straniera, raggiunta da informazioni sui temi della sicurezza stradale e domestica				Realizzazione 5 corsi	Regioni



## Programma n. 2 - Scuola e Salute ... è tutto un Programma!

## Tabella Riepilogativa

Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
MO n. 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.1.1 numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati o mantenuti (nelle more rinnovo protocollo di intesa regionale Regione Marche/USR)	Realizzare la rete delle scuole che promuovono salute
	1.3.1 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	Aumentare le competenze degli operatori coinvolti nel percorso Scuole che Promuovono Salute tramite percorsi formativi integrati sulle migliori pratiche per lo sviluppo di fattori di protezione, resilienza, e percezione del rischio
	1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	Realizzare "E vai con la frutta" e "Il mercoledì della frutta"
	1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale	Realizzare la "Rete operativa SIAN e ARC"
	1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	Aumentare il numero dei giovani che praticano attività fisica secondo gli standard raccomandati OMS
MO 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	Aumentare le competenze degli operatori coinvolti nel percorso Scuole che Promuovono Salute tramite percorsi formativi integrati sulle migliori pratiche per lo sviluppo di fattori di protezione, resilienza, e percezione del rischio
	3.2 Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	Aumentare le competenze degli operatori scolastici per identificazione precoce delle patologie psichica in età evolutiva
MO 4 Prevenire le dipendenze (da sostanze, da comportamenti)	4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	Aumentare le competenze degli operatori coinvolti nel percorso Scuole che Promuovono Salute tramite percorsi formativi integrati sulle migliori pratiche per lo sviluppo di fattori di protezione, resilienza, e percezione del rischio
MO n. 5 Prevenire gli incidenti stradali e la gravità dei loro esiti	5.1 Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	Aumentare nel contesto scolastico le competenze per stili di vita corretti e responsabili e resistere alle pressioni sociali
	5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	
	5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	
MO n. 6 Prevenire gli incidenti domestici	6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	Aumentare nel personale scolastico e negli studenti delle scuole di ogni ordine e grado la percezione del rischio e le competenze sui comportamenti corretti in caso di emergenza
MO 7 Prevenire infortuni e malattie professionali	7.6 Coinvolgere l'Istituzione Scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	Realizzazione, in una scuola polo, di una piattaforma web per la formazione a distanza e la diffusione di prodotti destinati a sostenere la cultura della salute e sicurezza in tutte le componenti umane presenti nella scuola
MO n. 8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.11 Sensibilizzare la popolazione sull'uso corretto della telefonia mobile	Aumentare le conoscenze dei giovani e giovanissimi e degli adulti di riferimento sui rischi connessi all'uso di telefonia mobile e raggi UV
	8.12 Sensibilizzare la popolazione sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	

*gab*



#### Premessa

Il Piano Regionale della Prevenzione 2014 – 2018, rappresenta per la Regione Marche una importante occasione di sistematizzare, e inserire in un quadro d'insieme, le esperienze già in corso di realizzazione, congiuntamente tra l'istituzione scolastica, le strutture della Regione Marche interessate e l'ASUR. Nel corso degli anni, inoltre, è aumentato il coinvolgimento della componente sociale, sino a giungere, in occasione di questo PRP, ad una programmazione condivisa attraverso l'individuazione di referenti degli Ambiti Territoriali Sociali (un referente per ogni Area Vasta ASUR). Ciò ha avviato un processo di programmazione partecipata degli interventi di promozione della salute nei contesti scolastici, e non solo, che necessita di particolare attenzione e cura, anche tramite percorsi formativi congiunti, al fine di sostenere e migliorare la costruzione di reti intersettoriali "evolute", in grado di individuare, nelle realtà locali, gli ulteriori portatori d'interesse strategici con i quali strutturare nuove alleanze, tali da favorire e rendere sostenibili l'attuazione delle linee d'intervento del Programma stesso.

#### Razionale e descrizione del Programma

Il contesto scolastico è uno spazio di socializzazione, apprendimento e di pratica di cittadinanza: queste tre dimensioni sono parte integrante dell'educazione e promozione della salute. Su questi assunti Scuola & Salute - è tutto un programma, assume un punto di vista globale, ponendosi come obiettivo generale di ridurre la mortalità e la morbosità di chi a scuola vive, apprende e lavora, attraverso lo sviluppo di capacità di empowerment e di coinvolgimento attivo del personale insegnante, ausiliario, studenti e famiglie.

Secondo l'approccio per setting è tutto un programma si propone di affrontare e riconoscere quei fattori di rischio modificabili che spesso hanno un esordio in età scolastica e che nel contesto scolastico possono autoalimentarsi. Pertanto il Programma tratterà i principali fattori di rischio per patologie croniche contenuti nel Programma Guadagnare Salute ( alcol, fumo, attività fisica), ma anche quelli che si caratterizzano per l'esordio in età adolescenziale: l'uso di sostanze, legali e non, le dipendenze comportamentali e i comportamenti a rischio in genere (incidenti stradali, domestici e del tempo libero). Inoltre il Programma si propone di sviluppare interventi informativi per diffondere nozioni circa il potenziale pericolo associato ai raggi UV e all'utilizzo di telefonia cellulare, nonché fornire indicazioni per la sicurezza dei lavoratori del futuro nei luoghi di lavoro. La scelta di un approccio per setting permette inoltre lo sviluppo di un'azione specifica avente come fine, attraverso azioni di sensibilizzazione rivolte alla componente scolastica e sociale, l'identificazione precoce dei bambini/ragazzi con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale.

Scuola, Ambito Sociale Territoriale e componente sanitaria concorrono a sviluppare le linee d'intervento trasversali attraverso le quali il Programma si realizza, al fine di supportare lo sviluppo nella comunità delle Scuole che Promuovono Salute. Questo prevede l'integrazione multidisciplinare tra professionisti di diversa estrazione che saranno portati ad avvalersi delle migliori esperienze già attive nel territorio regionale, integrando, sviluppando, migliorando e ampliando le linee progettuali già attive nel precedente PRP2010 – 2013 , come di seguito elencate:

- Insieme X la sicurezza
- Più frutta più benessere
- Sorvegliamo Comuniciamo per cambiare (Okkio -HBSC)
- Ragazzi in Gamba
- Peer Education – alcol e educazione alla sessualità
- Un Plugged
- Scuola e Salute – Rendere Operativo Il Protocollo d'intesa con la scuola



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
92

Nel Programma si individua una prima Linea d'intervento di particolare valenza strategica che mira a costruire e condividere, in quadro d'insieme, lo sviluppo nella regione di una prima Rete di Scuole che Promuovono Salute, secondo le indicazioni OMS/SHE. Tale finalità necessita di realizzare una "struttura portante", di tipo organizzativo - formale, sui cui "poggiare" i diversi livelli che interagiscono tra loro e le azioni conseguenti.

La Linea Intervento n. 2-1 *I nodi della Rete* rappresenta quindi la cornice istituzionale e metodologica per garantire la continuità e sostenibilità del Programma nel suo complesso.

Il Programma prende quindi forma con le successive linee di intervento:

Le Linee n. 2- 2 *Guadagnare Salute con le Life Skills* e n. 2-3 *Peer Education*, nella strutturazione complessiva di cui sopra, fungono da "pietra angolare" , avendo l' aspirazione di diffondere metodologie raccomandate OMS a partire dagli operaton scolastici, sanitari e sociali, affinché possano rafforzare anche le proprie risorse, tecniche, pratiche e personali.

Dal momento che non è possibile concepire lo sviluppo di tali competenze indipendente dalla loro messa in pratica, relativamente al target studenti, il Programma mira al loro coinvolgimento attivo attraverso la metodologia della peer education, ma, altrettanto, la formazione integrata degli adulti di nferimento è pensata come "formazione tra pari"

Le azioni formative destinate ai diversi professionisti in campo, inoltre, prevedono contenuti riguardanti la resilienza (.. capacità di ricostruirsi nonostante un trauma) partendo dall'assunto che il confine tra promuovere benessere con le Life skills e il concetto di resilienza, non è rigidamente fissato, bensì rientra in un processo di crescita di autostima e autoefficacia che si innesta in un complesso di relazioni interpersonali, tra adulti e giovani, tra gli adulti stessi, all'interno dell'ambiente circostante.

Le medesime Linee di intervento inoltre forniscono supporto, ampliando il loro raggio d'azione, alle linee dedicate alla prevenzione Incidenti Stradali n. 2 - 7 *Sicuri è Meglio* e agli Incidenti Domestici n. 2 - 8 *Imparare a Prestare Soccorso*, dove viene dato particolare spazio ad azioni finalizzate ad aumentare la percezione del rischio e alle strategie di coping (resistere alle pressioni sociali).

E' prevista l'integrazione con i professionisti della Salute Mentale (DSM, NPI, UMEE) per aumentare le conoscenze di insegnanti, operatori del sociale e genitori, per l'individuazione precoce dei segnali di disagio psichico - linea di intervento n. 2 - 4.

La promozione di un atteggiamento critico nei confronti dei rischi collegati agli stili di vita viene ulteriormente implementata con la Linea di intervento n. 2 - 9 *Salute e sicurezza nella scuola 2.0* al fine aumentare nei giovani le conoscenze su temi della propria sicurezza e quella delle persone con le quali dovranno interagire, prima che entrino nel mondo del lavoro. Sempre in tema di aumento comportamenti responsabili si realizzano azioni informative su uso telefonia mobile e raggi UV - Linea di intervento n. 2 - 10.

Relativamente ai fattori di rischio sedentarietà e scorretta alimentazione sono previste 2 Linee di intervento specifiche, in quanto si ritiene che le strategie per aumentare comportamenti desiderabili debbano rispondere a motivazioni individuali differenti rispetto a quelle sottostanti alla cessazione o dissuasione (fumo, alcol). L'ambiente circostante viene fortemente coinvolto nella Linea di intervento n. 2 - 6 *Ragazzi in Gamba* dedicata alla promozione dell'attività fisica, dove le componenti sociali ( Ambiti Territoriali Sociali, Comuni, Associazionismo, Enti Promozione Sportiva e altri) concorrono da protagonisti principali alla realizzazione di ambienti favorevoli alla salute.

Per quanto riguarda il tema dell'alimentazione la Linea di intervento n. 2 - 5 *"La giusta alimentazione?...La trovi a scuola!"* da prosecuzione e consolida le buone pratiche già sviluppate nel precedente PRP e da attuazione all'obiettivo relativo alla riduzione del consumo di sale

Y



**Contrasto alle disuguaglianze:**

Il contrasto alle disuguaglianze viene perseguito attraverso:

- L'adozione di una prospettiva sul ciclo di vita, il programma infatti si pone in continuità con il Programma Bambini DOP, ne adotta e amplifica le strategie. Inoltre le azioni formative e informative vengono sviluppate, opportunamente graduate lungo tutto l'arco del ciclo scolastico;
- La realizzazione di azioni congiunte e trasversali con i diversi settori coinvolti: scolastico, sanitario, sociale, prevedendo il coinvolgimento di ulteriori portatori d'interesse strategici.
- Lo sviluppo di azioni basate sulla capacità dei singoli di autodeterminarsi (life Skills e resilienza) e sulla partecipazione della comunità locale.
- Le azioni agiscono su tutta la popolazione che verrà interessata indipendentemente dalla condizione di partenza di ciascuno di essi, contribuendo alla attenuazione delle disuguaglianze.

**Evidence**

Risoluzione di Vilnius "Migliorare le scuole attraverso la salute giugno 2000

Promuovere la salute a scuola IUPHE 2010

Facilitare il dialogo tra settore sanitario e quello scolastico per favorire la promozione della e l'educazione alla salute IUPHE 2010

**Sostenibilità**

La sostenibilità del Programma si basa su quanto già sviluppato nel periodo 2009 - 2015 (v. Box 1 e Box 2)

A partire dalle esperienze sviluppate, un forte fattore aggiuntivo di sostenibilità inoltre risiede nell'aver sostenuto il corpo docente ad acquisire strumenti di lavoro al fine di rendere la promozione della salute una parte integrante del metodo didattico, così da attivare il passaggio da progetti a processi sostenibili nel tempo.

**BOX 1**

**Le esperienze progressive - i progetti CCM/ Ministero della Salute**

Si segnalano di seguito le iniziative di livello nazionale cui la Regione Marche ha partecipato in qualità di partner nel periodo 2009 - 2012:

- **Scuola e Salute:** formazione integrata operatori scolastici e sanitari, monitoraggio delle iniziative, stesure protocolli;
- **Guadagnare Salute in Adolescenza** articolato in 5 sotto progetti:
  - *Insieme per la sicurezza: prevenzione incidenti stradali*
  - *Ragazzi in Gamba: promozione attività motoria*
  - *Paesaggi di Prevenzione: benessere psicofisico e competenze trasversali*
  - *Un Plugged: prevenzione uso tabacco e altre sostanze*
  - *Peer Education e educazione alla sessualità: benessere psicoaffettivo, prevenzione malattie sessualmente trasmissibili*
- **Buone pratiche in alimentazione - Evvai con la Frutta:** promozione stili alimentari sani
- **Forchetta e Scarpetta:** promozione attività motoria e stili alimentari sani

Sempre sul tema della costruzione di alleanze con l'istituzione scolastica una spazio particolare spetta alle iniziative CCM realizzate, a partire dal tema del contrasto al Tabagismo, affidate dal Ministero della Salute alla Regione Emilia Romagna e successivamente alla AUSL di Reggio Emilia, che hanno visto il coordinamento tecnico nel Centro di Didattica Multimediale di Reggio Emilia.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>94</b>
-------------------

Si tratta di 5 progetti nazionali, le cui ricadute tecniche e operative sono ulteriormente descritte nel Programma della presente deliberazione dedicato al target ADULTI (v. Allegato 3), che approvati in stretta continuità hanno favorito l'evoluzione delle competenze degli operatori, regionali e locali, per la costruzione di reti trasversali e multidisciplinari, secondo la metodologia della programmazione partecipata. A ciò si aggiunge la preziosa collaborazione sviluppata, nell'ambito dei progetti area CCM sopra citati, con il Centro di Didattica Multimediale di Reggio Emilia - Luoghi di Prevenzione, grazie alla quale è stato possibile diffondere la metodologia del Centro stesso nelle realtà delle Area Vaste coinvolte, e che ha consentito di formare un nucleo di operatori del SSR marchigiano all'approccio motivazionale per il sostegno al cambiamento degli stili di vita secondo il modello Transteorico del Cambiamento.

Specificatamente sono due i Progetti area CCM che sono risultati particolarmente significativi per quanto attiene il contesto scolastico:

- **Pianificazione Partecipata interistituzionale di percorsi di promozione della salute;**
- **Un approccio integrato per la riduzione delle disuguaglianze all'accesso ai servizi di promozione della salute**

Alle esperienze sopra descritte infine si aggiungono le azioni, ormai consolidate, sviluppate in tema di sorveglianza e comunicazione quali **Okkio alla Salute** e **HBSC**, che vedono protagonisti i professionisti dei Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione

**BOX 2**

**Le esperienze progressse - Il livello regionale**

Con la DGR 1483 del 11 10. 2010 è stato approvato il Protocollo d'Intesa tra la Regione Marche e l'Ufficio Scolastico Regionale per l'Educazione alla salute e la Promozione di stili di vita sani in ambito scolastico, siglato congiuntamente in data 31 maggio 2011.

Il Protocollo ha consentito l'instaurarsi di una effettiva partnership tra le realtà sanitarie e scolastiche, che si è andata concretizzando in programmi complessivi di stili di vita salutarie in ambito scolastico, di formazione e di programmazione di azioni congiunte. Con la DGR 1696/13, anche al fine di dare continuità e sostenibilità ai programmi in corso, l'Intesa è stata prorogata gli anni scolastici 2013/2014 e 2014-2015, demandando ad atti successivi eventuali modifiche sostanziali che nel tempo dovessero risultare opportune o necessarie.

La collaborazione tra Scuola e Sanità ha avuto un ulteriore sostegno all'interno dei Piani Regionali della Prevenzione 2010-2012 e 2013 (rispettivamente DGR 1856 /10 e DGR 1102/13) al cui interno sono state approvate Linee d'Intervento che vedono nell'alleanza con l'Istituzione Scolastica una delle prioritarie azioni strategiche per gli obiettivi di sanità pubblica.

In particolare nel Piano Regionale della Prevenzione per l'anno 2013, in accordo con la componente scolastica, è stata approvata la Linea d'Intervento n. 2.9.9 denominata "Rendere Operativa l'alleanza con la scuola verso le Scuole che Promuovono Salute" che indicava già la necessaria integrazione con la componente degli Ambiti Territoriali Sociali.

A partire da tale linea progettuale sono state sviluppate le seguenti azioni:

- Monitoraggio dei progetti di Promozione della Salute anni 2010 e 2013;
- Questionario on line per la rilevazione del fabbisogno formativo (ott. - nov 13);
- N. 3 workshop destinati alle componenti scolastica, sanitaria e sociale per giungere alla costruzione di moduli formativi condivisi (2014);
- Eventi formativi (3 moduli per ciascuna realtà provinciale scolastica - periodo genn. - marzo 2015)
- Evento conclusivo per l'avvio della Rete delle Scuole che Promuovono Salute (15 Aprile 2015)

**Le Scuole delle Marche**

La realtà scolastica regionale è rappresentata nella tabella sottostante:

Fonte USR Marche	Istituti Comprensivi	Istituti secondari di 2° Grado	Totale
Ancona	47	26	73
Ascoli Piceno	36	22	58
Macerata	34	27	61
Pesaro	36 + 3 Direz. didattiche	19	55
Totale scuole	153	87	250

Il Documento di Valutazione per il PRP 2014 - 2018 (Intesa Stato Regioni n. 56 del 25/3/2015) riguardo l'indicatore relativo agli interventi di promozione di stili di vita sani e responsabili nei contesti scolastici fornisce le seguenti indicazioni:

*Programma n. 2 - Scuola e Salute ... è tutto un Programma!*  
pag 5



15 luglio 2015
delibera
540

pag.
95

Nome indicatore: *Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica;*

Definizione operativa: *Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target*

In rispondenza a quanto sopra, e relativamente alle linee d'intervento nn. 2-1, 2-2, 2-3, 2-5, 2-6, 2-9, si intende raggiungere il 10% del totale delle scuole della Regione Marche (n. 25/250).

La metodologia intrapresa per le Scuole che Promuovono Salute consente il raggiungere l'80% delle classi. Resta inteso che il Programma coinvolge complessivamente il Sistema Scuola, pertanto verranno altresì tenute in conto e monitorate le azioni che raggiungeranno quelle Scuole che, pur non partecipando alla fase pilota delle SPS, intenderanno partecipare a linee d'intervento singole presenti nel Programma stesso, o proseguire nella realizzazione di progetti già attivi quali ad es. Un Plugged, Paesaggi di Prevenzione e/o altri non specificatamente indicati nel Programma, per i quali è garantita la continuità.

**Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione:**

- Okkio alla Salute, HBSC
- SDO
- Multiscopo ISTAT
- Rilevazioni ACI/ISTAT
- Data Base regionali



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
96

## 2-1: I Nodi della Rete

### Razionale dell'Intervento:

La presente linea d'intervento intende realizzare gli strumenti organizzativi e metodologici per garantire le necessarie integrazioni operative al fine di realizzare, nella Regione Marche, la prima "Rete delle Scuole che Promuovono Salute" (SpS). L'approccio olistico alla salute, che sottende il processo, fa riferimento alla Risoluzione di Vilnius (Migliorare le Scuole attraverso la Salute - 2009) e si sviluppa secondo le metodologie delle linee guida dell'International Union for Health Promotion and Education (IHUPE 2009, 2010, 2012)

Lo scopo è realizzare una RETE, interdisciplinare e intersettoriale, attraverso strumenti di raccordo regionali e locali, individuando prioritariamente la componente scolastica quale committente delle azioni di miglioramento per il benessere a scuola. Inoltre la metodologia per le SpS consente di individuare la stessa componente scolastica quale punto di coordinamento delle azioni, mentre il lavoro di rete, integra le diverse competenze e professionalità, a partire dagli stessi Servizi/Dipartimenti sanitari, a supporto del processo stesso.

In virtù degli obiettivi delle linee di intervento presenti nel Programma, la rete locale dovrà necessariamente ampliarsi coinvolgendo le ulteriori componenti, presenti nella realtà circostante, per favorire l'attuazione operativa del Programma nel suo complesso.

Con DGR 1483/10 è stato approvato il Protocollo d'Intesa tra la Regione Marche e l'Ufficio Scolastico Regionale per l'Educazione alla salute e la Promozione di stili di vita sani in ambito scolastico, siglato congiuntamente in data 31 maggio 2011. Lo stesso Protocollo è stato prorogato con DGR 1696/13 per gli anni scolastici 2013/2014 e 2014-2015. Una delle finalità della presente linea di intervento è quella di consolidare ulteriormente l'alleanza tra la Scuola e Sanità, aggiornando il Protocollo, condividendo i rinnovati obiettivi, in primis con le componenti degli Ambiti Territoriali Sociali, verificando l'opportunità di ampliare ad altri portatori d'Interesse strategici. A supporto metodologico del processo per le SpS, il Protocollo prevede di realizzare le Linee di Indirizzo per l'Educazione e la Promozione di sani stili di vita in ambiente scolastico, anche allo scopo di supportare le Scuole nel selezionare le proposte progettuali in termini di buona pratica, evidenza d'efficacia e sostenibilità.

Ai fini sia comunicativi che formativi si intende realizzare una piattaforma web dedicata al percorso di costruzione della rete SpS, prevedendo il coinvolgimento attivo degli studenti nella implementazione e manutenzione della piattaforma stessa. La linea di intervento infine ha il compito di monitorare, a partire dalla mappatura dello stato dell'arte, i passaggi metodologici per le SpS nonché l'andamento del programma del complesso. La suddetta mappatura si avvale degli strumenti già realizzati e utilizzati per le precedenti rilevazioni (Monitoraggio progetti Promozione Salute 2010 - 2012)

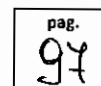
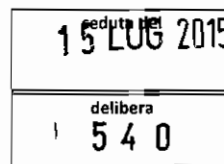
Tale linea d'intervento, si pone quindi come "infrastrutturale" rispetto alle altre previste in Scuola & Salute- è tutto un programma, mirando ai presupposti per un'evoluzione qualitativa di quanto già realizzato negli anni precedenti, ponendosi come "strumento per la connessione" delle diverse componenti in gioco al fine di raggiungere obiettivi complessi non raggiungibili altrimenti.

### Obiettivi Centrali

- 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 (nelle more degli accordi nazionali previsti).
- 1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta.

Y





#### Obiettivo Specifico

Realizzare nella Regione Marche la Rete delle Scuole che Promuovono Salute attraverso:

- L'ideazione di strumenti organizzativi, metodologici e comunicativi per la rete delle Scuole che Promuovono Salute.
- Il sostegno per i passaggi organizzativi metodologici del percorso per le Scuole che Promuovono Salute.
- Un'attività di monitoraggio e valutazione costante dell'attuazione delle Linee d'Intervento, finalizzata a documentare il numero delle Scuole aderenti, i destinatari raggiunti, nonché l'avanzamento del Programma n. 2 nel suo complesso;
- La costruzione di uno spazio comune (piattaforma web) per la messa a disposizione di strumenti metodologici, esperienze, nonché condivisione delle attività di analisi, monitoraggio e valutazione.

#### Attori e portatori di interesse

Assessorati/Servizi regionali coinvolti, Ufficio Scolastico Regionale, Ufficio Scolastici Provinciali, Ambiti Territoriali Sociali, Enti e Istituzioni, associazioni, ONLUS interessati/e, personale delle scuole, docenti e non, Studenti, Genitori.

#### Beneficiari

Docenti, Genitori, Dirigenti scolastici, Professionisti della Sanità e del Sociale, Studenti.

#### Fasi di Articolazione

- Costituzione del Tavolo Tecnico Regionale
- Formalizzazione gruppi tecnici locali di livello provinciale
- Realizzazione sito web dedicato e sua implementazione;
- Monitoraggio dello stato dell'arte dei progetti di promozione della salute nei contesti scolastici
- Approvazione Protocollo d'Intesa per gli as 2016- 2020 e Linee Indirizzo
- Formalizzazione di 25 Istituti scolastici come Scuole che Promuovono Salute

#### Criticità

Complessità nella gestione locale derivante dai molti attori coinvolti  
Risorse dei sistemi istituzionali coinvolti limitate

#### Indicatori:

**Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

1.1.1 trattasi di solo obiettivo centrale; nelle more degli accordi nazionali, si procede con il rinnovo di protocollo d'intesa Regione Marche – USR Marche

1.3.1 Proporzione di Istituti Scolastici ( con almeno l'80% delle classi) che aderiscono alla progettazione regionale specifica: ogni regione individua il proprio (minimo 10%)

*Carlo*



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
98

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo:**

- o Definizione: Attività Tavolo tecnico regionale
- o Fonte: Regione /USR
- o Tipologia: qualitativo
- o Valore baseline: presenza protocollo Regione /USR attivo
  
- o Definizione: Gruppi tecnici provinciali
- o Fonte: ASUR / USP
- o Tipologia: quantitativo
- o Valore baseline: n.r.
  
- o Definizione: Realizzazione sito web
- o Fonte: USR
- o Tipologia: quantitativo
- o Valore baseline: n.r.
  
- o Definizione: Avvio operativo delle Scuole SpS
- o Fonte: USR
- o Tipologia: quantitativo
- o Valore baseline: n.r.



Tabella linea di intervento 2 – 1: I nodi della Rete

Macroattività	Obiettivo centrale	Nome indicatore	tipologia	Valore base	Standard riferimento	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Fonte
MO 1 Contrasto alle malattie croniche non trasmissibili	1.1 Sicurezza 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	1.1.1 Accordi quadro intersettoriali (nazionali)  Nelle more degli accordi nazionali, rinnovo di protocollo d'intesa Regione Marche –USR Marche	qualitativo	Presenza protocollo RegioneUSR	Rinnovo protocollo RegioneUSR	Realizzare nella Regione Marche la Rete delle Scuole che Promuovono Salute attraverso	Attività Tecnico regionale	1 Report monitoraggio progetti promozione salute a scuola	Realizzazione Linee di Indirizzo per l'ed. alla salute, la sicurezza e la promozione di stili di vita salutari e responsabili		RegioneUSR
	1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione ( life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol) nella popolazione giovanile e adulta	1.3.1 Proporzioni di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	quantitativo	n.r.	25 istituti scolastici pari al 10% del totale		Realizzazioni e sito web	Adesione del 50% della SPS	Adesione dell'80% delle SPS	Adesione del 100% delle SPS	USR
							Avvio operativo delle Scuole SpS	25 Istituti Scolastici approvano la Carta d'intenti della SPS	25 Istituti Scolastici realizzano il Profilo di Salute della Scuola	25 Istituti scolastici formalizzati come SPS	RegioneUSR



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <i>100</i>
--------------------

**2 - 2: "Guadagnare Salute... con le Life Skills"- Scuola Primaria e Secondaria di I grado**

**Breve descrizione dell'intervento:**

**Razionale dell'intervento:**

Il presupposto teorico alla base dell'insegnamento delle Life Skills è la Teoria dell'Apprendimento sociale di Bandura (1977), secondo la quale l'apprendimento è una acquisizione attiva che avviene attraverso la trasformazione e la strutturazione dell'esperienza.

I programmi di prevenzione sui diversi temi di salute basati sul controllo e la disassuefazione o centrati solo sugli aspetti informativi hanno dimostrato nel tempo la loro inefficacia; per questo motivo negli Anni Ottanta hanno cominciato a diffondersi iniziative differenti, finalizzate a stimolare i giovani ad assumersi in prima persona la responsabilità della propria salute e finalizzate a potenziare le loro competenze psico-sociali. E' stata dimostrata l'efficacia dei programmi di promozione della salute che stimolano e potenziano le life skills, indipendentemente dal tema di salute specifico.

Il forte consenso di questi programmi ed i validi risultati riportati in diversi Stati hanno portato l'OMS a mettere a punto delle linee guida per lo sviluppo e la promozione di questi progetti in tutto il mondo.

Con il termine Life Skills l'OMS intende "tutte quelle skills (abilità, competenze) che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. La mancanza di tali skills socio-emotive può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta agli stress.

Per insegnare ai giovani le skills for life è necessario introdurre specifici programmi nelle scuole o in altri luoghi deputati all'apprendimento" (Bolettino OMS "Skills for life", n.1, 1992).

L'OMS ha definito un nucleo fondamentale di skills che deve essere il fulcro di ogni programma di prevenzione mirato alla promozione del benessere dei bambini e degli adolescenti, indipendentemente dal contesto (Relazioni Efficaci, Empatia, Comunicazione Efficace, Consapevolezza di sé, Gestione delle emozioni, Gestione dello stress, Decision making, Problem solving, Pensiero creativo, Pensiero critico.

A partire da queste indicazioni sono stati sviluppati programmi a sostegno del benessere giovanile focalizzati sempre più nelle fasi precoci di sviluppo, mirando ad accrescere ed incoraggiare l'autonomia, l'assunzione di responsabilità e a rafforzarne specifiche capacità individuali e sociali.

I programmi che utilizzano le life skills si sono dimostrati efficaci nella prevenzione primaria: permettere ai bambini e agli adolescenti di sviluppare e potenziare queste abilità li rende più abili nell'affrontare le richieste e le sfide quotidiane e li rende più competenti nel gestire e sostenere il proprio benessere in maniera sempre più efficace.

La presente linea d'intervento si propone di effettuare interventi finalizzati allo sviluppo ed al potenziamento delle life skills e dell'empowerment degli studenti di Scuola Primaria e Secondaria di I grado (popolazione 6-14 anni) attraverso attività di pedagogia attiva svolte dall'insegnante con il gruppo-classe. L'obiettivo è promuovere il benessere personale e relazionale e l'adozione di comportamenti sani attraverso l'apprendimento di abilità utili per la gestione dell'emotività e delle relazioni sociali. Si prevede quindi la realizzazione di manuali per gli insegnanti e opuscoli destinati ai genitori, integrati con contenuti finalizzati a sviluppare negli alunni la capacità di proteggersi imparando a individuare i rischi, per poterli evitare, anche ricercando buone pratiche in atto a livello nazionale. Le azioni sono realizzate secondo l'approccio life course e nell'ambito della programmazione più ampia della Scuole che Promuovono Salute.

*GA*



seduta del 15 LUG 2015
delibera 1 5 4 0

pag. 101
-------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Obiettivo Centrale**

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

3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali

4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui

**Obiettivo Specifico**

- Aumentare nella popolazione scolastica (studenti 6-14 anni) i fattori di protezione, la percezione dei rischi e l'autoefficacia per l'adozione di comportamenti e stili di vita salutari e responsabili secondo la metodologia delle Life skills,
- Aumentare le competenze degli operatori coinvolti nel percorso Scuole che Promuovono Salute attraverso percorsi formativi integrati sulle migliori pratiche per lo sviluppo di fattori di protezione, resilienza, e percezione del rischio

**Attori e portatori di interesse**

Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Dipendenze, UMEE - Unità Multidisciplinare dell'Età Evolutiva; NPI Neuro Psichiatre Infantili; Uffici Scolastici Provinciali, Direzioni scolastiche, Ambiti Territoriali Sociali.

**Beneficiari**

Docenti, Genitori, Dirigenti scolastici, Professionisti della Sanità e del Sociale (intermedi)  
Studenti Scuole Primarie e Secondarie di I grado (finali)

**Fasi di Articolazione**

- Attività del Tavolo tecnico regionale: produzione di materiali (manuale destinato ai docenti-Scuola Primaria e Scuola Secondaria I grado);
- Formazione di un gruppo di operatori rappresentanti di ogni AV, degli ATS e della Scuola sul programma di sviluppo e potenziamento delle life skills;
- Formazione a cascata in ogni AV/ATS (laboratori) dei docenti e di eventuali altri operatori sociali e sanitari sul programma di sviluppo e potenziamento delle life skills negli anni scolastici 2016-2017 e 2017-2018
- Attivazione nelle classi delle attività per lo sviluppo ed il potenziamenti delle life skills e dell'empowerment da parte dei docenti formati (aa.ss. 2016-2017, 2017-2018)
- Monitoraggio/supervisione delle attività svolte dagli insegnanti, raccolta dei lavori prodotti dagli studenti, elaborazione dei questionari, analisi schede monitoraggio (da parte del gruppo di operatori rappresentanti di ogni AV/ATS)
- Incontri con i genitori delle classi che hanno aderito al progetto (aa.ss. 2016-2017, 2017-2018).

**Criticità**

Complessità nella gestione locale derivante dai molti attori coinvolti  
Risorse dei sistemi istituzionali coinvolti, limitate



seduta del 75 LUG 2015
delibera 540--

pag. 102
-------------

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

1.3.1 – 3.1.1 – 4.1.1 Proporzioni di Istituti Scolastici (con almeno l'80% delle classi) che aderiscono alla progettazione regionale specifica

Valore Baseline regionale: n.r.

Standard di riferimento regionale: 25 istituti scolastici pari al 10% del totale

**Indicatore/i di processo**

- Definizione: Attività del Tavolo Tecnico regionale
- Fonte: Regione/USR
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Valore baseline: non rilevato
  
- Definizione: Formazione a cascata integrata scuola sanità e sociale
- Fonte: Regione/USR
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Valore baseline: non rilevato
  
- Definizione: %Istituti scolastici che utilizzano manuale life skills
- Fonte: ASUR / USP
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Valore baseline : non rilevato
  
- Definizione: Incontri con i genitori
- Fonte: ASUR / USP
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Valore baseline: non rilevato



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**1 540**

pag.  
**103**

Tabella linea di intervento 2-2: "Guadagnare salute con le life skills" - Scuola Primaria e Secondaria di I grado

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base (in base al valore)	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Surveglianza / Fonte
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	1.3.1	quantitativo	n.r.	25 istituti scolastici pari al 10% istituti scolastici	Aumentare nella popolazione scolastica (studenti 6-14 anni) i fattori di protezione, percezione dei rischi e l'adozione di comportamenti e responsabilità secondo la metodologia Life skills.	Attività del Tavolo Tecnico regionale	1 Manuali 1 opuscolo	/	/	REGIONE/USR
		3.1.1					Formazione a cascata integrata scuola sanità e sociale	N. 1 corso regionale per formatori	3 corsi di ricaduta per docenti	2 corsi di ricaduta per docenti	Regione/USR
MO 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	4.1.1	quantitativo	n.r.	25 istituti scolastici pari al 10% istituti scolastici	Aumentare la competenza degli operatori coinvolti nel percorso SPS percorsi formativi integrati sulle migliori pratiche per lo sviluppo di fattori di protezione, resilienza, e percezione del rischio	% istituti scolastici che utilizzano manuale life skills	30%	80%	100%	ASUR / USP
		4.1					Incontri con i genitori negli istituti scolastici aderenti	30%	80%	100%	ASUR / USP
MO 4 Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	4.1 aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui										



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>104</b>
--------------------

**2 – 3 Peer education: un programma di promozione della salute nelle Scuole secondarie di 1° e 2° grado.**

**Razionale dell'Intervento:**

L'integrazione dei dati delle sorveglianze in relazione agli stili di vita ed ai comportamenti a rischio ci permette di osservare l'evoluzione dei comportamenti a rischio nelle varie fasce di età, e di avviare azioni utili a prevenirli e contrastarne la diffusione. Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), indagine sui comportamenti a rischio in età evolutiva (11, 13 e 15 anni) per la Regione Marche ha evidenziato che fumano sigarette "ogni giorno" il 12% dei quindicenni; "consumano regolarmente" bevande alcoliche il 6%, il 10% e il 28% rispettivamente degli undici, tredici e quindicenni; il 15% dei quindicenni ha già fatto uso di cannabis (anche se il 7% solo per "1 o 2 volte") e il 17% dei ragazzi di 15 anni ha già avuto rapporti sessuali completi utilizzando il profilattico nel 78% dei casi. L'ambiente scolastico è percepito come luogo in cui intercorrono buoni rapporti con i pari e gli insegnanti anche se col passare degli anni in una minoranza di essi tale piacevolezza si riduce. Gli atti di bullismo, pur presenti, crescendo l'età, si riducono. La sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che raccoglie informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali, mostra, sempre per la Regione Marche, che i consumatori a maggior rischio sono più diffusi nelle fasce d'età più giovani (18-34 anni) con una percentuale pari al 18% e fra questi si evidenziano i consumatori di binge drinking, un'abitudine piuttosto frequente nei giovani e giovanissimi. È noto inoltre che il consumo eccessivo di alcool e/o sostanze è associato a incidenti stradali ed episodi di violenza e che gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e disabilità nella fascia di età più giovane.

Da questi dati emerge l'esigenza di continuare a promuovere interventi di promozione della salute efficaci e calibrati per fascia d'età.

A tal proposito una delle metodologie che offre buone evidenze di efficacia, è l'educazione fra pari (peer education) approccio metodologico volto a rendere i ragazzi protagonisti del processo formativo potendo sempre comunque contare sulla collaborazione degli adulti (docenti/operatori). Gli studi di letteratura rilevano, infatti, come il gruppo dei pari costituisca per gli adolescenti un contesto imprescindibile per la costituzione della propria identità. Anche nel Manuale "Promozione della salute nelle scuole" (ISS, 2008), la peer education si colloca in un orizzonte di riferimento culturale, psicologico e pedagogico attraverso i contributi e gli insegnamenti mediati dalle teorie sull'influenzamento sociale (Deutsch et al., 1955) e dalle teorie sull'apprendimento sociale di Bandura (2000). Da un punto di vista psicopedagogico i riferimenti sono a Vygotskij (1980), Gardner (1995), Goleman (1996) e Bion (1971, 1972), quest'ultimo per quanto riguarda il gruppo come soggetto privilegiato di lavoro e l'apprendimento dalla rielaborazione dell'esperienza. Per quanto concerne invece i modelli di intervento, i maggiori contributi sono quelli dell'animazione di comunità (Martini & Sequi, 1995) e dell'animazione socioculturale (Pollo, 1998b).

La peer education è quindi riconosciuta come un approccio capace di innescare dinamiche di partecipazione attiva e di sostenere i ragazzi nell'assunzione di responsabilità, attivando le cosiddette abilità per la vita (life skills) e offrendo indubbe potenzialità da un punto di vista didattico e pedagogico.

Nell'ambito del programma complessivo n. 2 Scuola & Salute – è tutto un programma, la presente Linea di Intervento affianca il percorso formativo integrato previsto dalla Linea n. 2 – 2, e della Linea n. 2 - 7 Sicuri è meglio, sostenendo al contempo il processo di costruzione della Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.





**Obiettivo Centrale**

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;

3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali;

4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui.

**Obiettivi Specifici regionali**

- Aumentare il livello di consapevolezza e di benessere relativo alla salute psicologica, fisica e relazionale attraverso la metodologia della peer education,
- Aumentare le competenze degli operatori coinvolti nel percorso SPS attraverso percorsi formativi integrati sull'utilizzo della peer education

**Attori e portatori di interesse**

Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Dipendenze, Uffici Scolastici Provinciali, Direzioni scolastiche, Ambiti Territoriali Sociali, professionisti del sociale (Terzo Settore, Associazionismo, Volontariato, ecc).

**Beneficiari**

- Insegnanti e personale non docente, Dirigenti Scolastici e genitori (intermedi)
- Studenti peer educator delle terze classi delle Scuole Secondarie di 1° e studenti peer educator delle terze e quarte classi delle Scuole Secondarie di 2° grado (intermedi)
- Studenti Scuole Secondarie di 1° e 2° grado (finali)

**Fasi di Articolazione**

- Attività del Tavolo Tecnico regionale: condivisione e programmazione del percorso formativo;
- Formazione di un gruppo di operatori rappresentanti di ogni AV, degli ATS e della scuola (2016) sul programma di formazione sulla metodologia della peer education;
- Formazione a cascata in ogni AV/ATS (laboratori) dei docenti e di eventuali altri operatori sociali e sanitari sulla metodologia della peer education negli anni scolastici 2016-2017 e 2017-2018
- Organizzazione di Focus Group con studenti per la raccolta di suggerimenti per la definizione di azioni operative efficaci
- Selezione dei peer leader attraverso modalità concordate e loro successiva formazione

**Criticità**

Complessità nella gestione locale derivante dai molti attori coinvolti  
Risorse dei sistemi istituzionali coinvolti, limitate

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

1.3.1 – 3.1.1 – 4.1.1 Proporzioni di Istituti Scolastici (con almeno l'80% delle classi) che aderiscono alla progettazione regionale specifica

Valore Baseline regionale: n.r.

Standard di riferimento regionale: 25 istituti scolastici pari al 10% del totale



**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Attività del tavolo tecnico regionale
- o Fonte: Regione/USR
- o Tipologia: indicatore qualitativo
- o Valore baseline: non rilevato
  
- o Definizione: Formazione a cascata integrata scuola sanità e sociale
- o Fonte: ASUR / USP
- o Tipologia: indicatore quantitativo
- o Valore baseline: non rilevato
  
- o Definizione: %Istituti scolastici che attivano gruppi di peer educator
- o Fonte: ASUR / USP
- o Tipologia: indicatore quantitativo
- o Valore baseline : non rilevato

*Colto*

*8*



Tabella linea intervento 2 - 3: Peer education: un programma di promozione della salute nelle Scuole secondarie di 1° e 2° grado.

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di base/linea	Standard di riferimento (Variazione attese)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sonveglia/zia/Fonte
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani	1.3.1 3.1.1 4.1.1	quantitativo	n.r.	25 istituti scolastici pari ai 10% istituti scolastici regionali	Aumentare il livello di consapevolezza e di benessere relativo alla salute relazionale attraverso la metodologia della peer education.	Attività del Tavolo Tecnico regionale	Realizzazione 1 corso regionale per formatori	/	/	REGIONE/USR
	(alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	Fornazione a cascata integrata scuola sanità e sociale					Realizzazione N 4 laboratori formativi di ricaduta per docenti	Realizzazione N 4 laboratori formativi di ricaduta per docenti	Realizzazione N. 2 laboratori formativi di ricaduta per docenti	ASUR/USP	
MO 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	Progettazione regionale specifica				Aumentare le competenze degli operatori coinvolti nel percorso SPS attraverso percorsi formativi integrati sull'utilizzo della peer education	% istituti scolastici che attivano gruppi di peer educator	30%	80%	100%	ASUR / USP
MO 4 Prevenire le dipendenze (socieanze, comportamenti)	4.1 aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui										



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>108</b>
--------------------

## 2 – 4 Identificazione precoce del disagio in età evolutiva e dei disturbi dello sviluppo

### Breve descrizione dell'intervento:

#### Razionale dell'Intervento:

Le situazioni di disagio/disturbo psichico in età evolutiva sono portatrici di bisogni articolati e spesso inespressi che pongono ai servizi problematiche complesse in risposta alle quali occorre intervenire precocemente in termini di prevenzione secondaria. In questo secondo caso l'azione deve essere indirizzata al sistema famiglia - bambino con interventi psicoterapeutici e riabilitativi tramite percorsi sanitari integrati tra le UO Ospedaliere di Pediatria, di Neuropsichiatria Infantile territoriale ed i Pediatri di Libera scelta (PLS) ed i servizi integrati per l'età evolutiva (U.M.E.E.).

Nel caso della prevenzione secondaria, intesa come intercettazione precoce del disagio/disturbo psichico in età evolutiva, occorre stabilire una stretta collaborazione tra gli operatori sanitari e gli operatori educativi degli asili nido, della scuola materna e della scuola primaria del primo ciclo. Educatrici e insegnanti, infatti hanno la possibilità di osservare il bambino in molte situazioni naturali e possono, meglio di altri, rendersi conto precocemente di eventuali difficoltà, come già era stato evidenziato nell'unica indagine regionale svolta (La Salute nelle Marche, 2000). Considerato che i disturbi psichici dell'infanzia e dello sviluppo, non solo sono causa di disagio e sofferenza, ma anche di mancanza opportunità da parte del bambino di realizzare gli obiettivi evolutivi propri, sia in termini di sviluppo sano che di benessere psicosociale in età adulta, è particolarmente importante aumentare le competenze degli operatori che vivono a stretto contatto con i bambini circa i segnali precoci di disagio psichico.

L'azione di prevenzione, intesa nei termini di diagnosi precoce delle difficoltà di sviluppo psichico in età evolutiva, può infatti perseguire importanti finalità:

- molte di queste situazioni, se rilevate in fase precoce (prima e seconda infanzia), possono avere una remissione parziale o totale.
- le difficoltà di sviluppo nell'infanzia, se sottovalutate, possono slittare in ulteriori disturbi psichici nell'adolescenza o nell'età adulta con grave rischio di cronicizzazione.

Nel lavoro regionale sopra citato, risulta che la rilevazione delle situazioni di disabilità psichica o di disturbo tende ad avvenire con percentuali maggiori tra i 7 – 14 anni, a tutto discapito della precocità della diagnosi e dell'intervento. In tale lavoro si concludeva: "Lo studio sembra mettere in evidenza l'assoluta necessità di orientare le energie in direzione della diagnosi e della presa in carico precoci delle situazioni di handicap e di disagio / disturbo psichico".

La linea di intervento proposta, si pone l'obiettivo di realizzare un miglioramento delle competenze di operatori, sanitari e non, che svolgono quotidianamente attività lavorative rivolte all'infanzia, per l'utilizzo di indicatori che aiutino la individuazione precoce del disagio/disturbo psichico in età evolutiva e disturbi dello sviluppo tra 0 e 6 anni. Strumento per tale miglioramento sarà la realizzazione di un percorso formativo condiviso tra le varie componenti istituzionali coinvolte.

La linea di intervento prevede inoltre una sensibilizzazione dei genitori e familiari (azione di prevenzione primaria), avendo cura di raggiungere le popolazioni maggiormente fragili, mediante collaborazioni da strutturare tra operatori del SSR, gli Ambiti Territoriali Sociali ed i Servizi Sociali degli Enti Locali competenti.



In senso più generale, questo intervento si avvarrà delle azioni sviluppate sia nell'ambito di questo stesso programma, che del programma "Bambini DOP" per il potenziamento dell'empowerment della collettività con gli strumenti delle "life skills" e della "peer education".

**Obiettivo Centrale**

3.2 Identificare precocemente soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale.

**Obiettivo/i Specifico/i regionale**

Aumentare le competenze degli operatori sanitari, scolastici e dei servizi sociali degli enti locali per l'identificazione precoce del disagio/disturbo psichico nella prima e seconda infanzia.

**Attori e portatori d'Interesse**

Unità operative territoriali di Neuropsichiatria infantile ed Unità Multidisciplinari dell'età evolutiva del SSR, Ufficio Scolastico Regionale, Servizi Sociali Comunali, Ambiti Territoriali Sociali.

**Destinatari intermedi:** educatrici nidi, assistenti sociali dei Comuni, insegnanti scuole materne e elementari.

**Destinatari finali:** Bambini prima e seconda infanzia, genitori, familiari.

**Fasi di Articolazione**

- Costituzione di un Tavolo tecnico regionale integrato (UMEE, NPI, Servizi Territoriali, Distretto, Enti Locali, USR)
- Redazione di documento tecnico regionale con la definizione degli indicatori di rischio nella prima e seconda infanzia da utilizzare
- Definizione contenuti dei moduli formativi da replicare nei territori delle AA.VV. ASUR per il personale del SSR e per PLS
- Definizione di contenuti informativi destinati alle strutture scolastiche ed ai genitori/familiari
- Effettuazione di formazione regionale con referenti per ciascuna AA.VV. di USP, strutture del SSR coinvolte, servizi sociali degli Enti Locali
- Effettuazione di formazione a cascata in ciascun territorio di AA.VV. ASUR
- Effettuazione incontri di formazione rivolti agli operatori del SSR coinvolti, dei nidi e scuole 1 e 2 grado, Assistenti Sociali dei Comuni.
- Effettuazione incontri di formazione rivolti ai PLS
- Incontri informativi con i genitori in ciascun territorio di AA. VV. ASUR
- Monitoraggio dell'intervento da parte del tavolo tecnico regionale e report conclusivo di valutazione dei risultati.

**Criticità**

Le difficoltà al raggiungimento degli obiettivi sono individuabili nella attuale fase di transizione organizzativa che sta attraversando il sistema organizzativo territoriale dell'ASUR.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>110</b>
--------------------

**Indicatori**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

3.2.1 Proporzioni soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi.

**Valore Baseline regionale:**

Non rilevato

**Standard di riferimento regionale:**

Almeno un evento formativo integrato/anno

**Indicatori di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

- Definizione: attività svolta dal Tavolo tecnico regionale integrato
- Fonte: Regione
- Tipologia: qualitativo
- Base line: n.r.
  
- Definizione: n. eventi informativi rivolti ai genitori realizzati
- Fonte: ASUR
- Tipologia: quantitativo
- Base line: n.r.
  
- Definizione: numero corsi di formazione integrata SSR/Scuola/servizi sociali
- Fonte: ASUR
- Tipologia: quantitativo
- Base line: n.r.
  
- Definizione: n. eventi formativi/informativi rivolti ai pediatri di libera scelta realizzati
- Fonte: ASUR
- Tipologia: quantitativo
- Base line: n.r.



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**111**

Tabella linea di intervento 2 - 4: Identificazione precoce del disagio/disturbo psichico in età evolutiva e dei disturbi dello sviluppo

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Indicatori di processo					
		Nome Indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento	Obiettivi specifici regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Source/Fonte
MO 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti, giovani	Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	Proporzione soggetti in età preadolescenziale e adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi.	quantitativo	Non rilevato	almeno un evento formativo integrato/anno	Aumentare le competenze degli operatori sanitari, scolasitici e dei servizi sociali degli enti locali per l'identificazione precoce delle patologie psichica e disturbi del comportamento nella prima e seconda infanzia;	Attività Tavolo tecnico regionale integrato	Stesura report per indicatori di rischio e Indicatori precoci di psicopatologia	-	Report	regione
							Progettazione Moduli formativi/informativi				Regione
							Eventi informativi per genitori	/	5 incontri	5 incontri	ASUR
							Percorso formativo integrato SSR/Scuola/servizi sociali	1 corso regionale	1 corso ricaduta in AA.VV.	1 corso ricaduta in AA.VV.	Regione
							Eventi formativi per PLUS	1 evento	2 eventi	2 eventi	Regione



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>112</b>
--------------------

**2 - 5: La giusta alimentazione?...La trovi a scuola III**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

**Razionale dell'intervento:**

La alimentazione non corretta, può concorrere ad esitare, specie se associata con inattività fisica, in fattori di rischio intermedi come obesità/sovrappeso. La corretta alimentazione rappresenta dunque, uno dei presidi fondamentali per il contrasto all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili (MCNT) di vana natura. Risulta anche presidio fondamentale per controllare patologie di altra origine come l'ipertensione arteriosa in relazione all'utilizzo eccessivo di sale ed il contrasto alle patologie da carenza iodica mediante consumi alimentari vari ed equilibrati a cui si può abbinare un corretto uso di sale iodato.

In questo contesto, rivolgere l'attenzione ai più giovani, sia monitorandone le abitudini alimentari che alcuni parametri fisici essenziali, sia sostenendo interventi di informazione, sensibilizzazione ed educazione concreta ad una alimentazione sana, è fondamentale per migliorare lo stato di salute complessivo della futura popolazione adulta contrastando fattori di rischio per MCNT.

A partire dal primo PNP 2005 - 2009, il tema del contrasto al sovrappeso/obesità, inteso come fattore di rischio intermedio "epidemico" dei giovani e giovanissimi della nostra società, è stato oggetto di attenzione in modo particolare attraverso il percorso di "Okkio alla Salute", condiviso tra i livelli di programmazione sanitaria nazionale e regionale, al quale partecipa attivamente anche il SSR delle Marche attraverso la rete dei Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR.

Tra gli aspetti che caratterizzano la scorretta alimentazione si rileva, nella popolazione di 8/9 anni, una prevalenza non soddisfacente di consumo di frutta e/o verdura per almeno 2 volte al giorno. L'ultima indagine (2014) di Sorveglianza Nutrizionale "Okkio alla Salute" ha identificato in ambito nazionale un valore complessivo del 56,8% di bambini di 8/9 anni che consumano almeno 2 porzioni di frutta e/o verdura al giorno. Il dato complessivo nelle Marche è pressoché sovrapponibile (56,5), segnalando come, dal 2010 al 2014 i dati dimostrano un miglioramento di tali consumi essendo aumentata complessivamente la percentuale di bambini che consumano frutta, rispetto - per differenza - a coloro che non lo fanno (cfr. report Okkio alla salute 2010 - 2012 - 2014)

E' ipotizzabile che tra le concause di tale tendenza al miglioramento nello stile di vita alimentare dei bambini, abbiano avuto un peso positivo anche le azioni specifiche "di sistema" messe in atto dal SSR delle Marche assieme agli Istituti scolastici, tese a mantenere alta e costante l'attenzione di docenti, genitori, alunni attraverso la sorveglianza in quanto tale, la restituzione informativa dei dati, il supporto educativo e pratico fornito attraverso due programmi ormai consolidati:

- "E vai con la frutta", inizialmente avviato come progetto CCM del Ministero della Salute, sviluppato in modo coordinato dalle Regioni Toscana, Campania, Marche, Puglia, Sicilia e dai rispettivi Uffici Scolastici Regionali assieme al Ministero della Politiche Agricole e Forestali, ISS - CNESPS e Università di Siena CREPS. L'intervento "E vai con la Frutta" è stato validato nel 2010 dall'Università di Siena CRESP.
- "Il mercoledì della frutta", progetto regionale sviluppato sin dal 2008 dai SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR in accordo con gli istituti scolastici del territorio finalizzato in particolare ad incrementare il consumo (l'utilizzo) di frutta, durante la ricreazione in orario scolastico.





seduta del 15 LUG 2015
delibera 1 540

pag. 113
-------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

I dati rilevati fin dall'inizio segnalano un incremento del numero di bambini che consumano frutta a merenda a scuola successivamente alle azioni. Ciò permette di inquadrare "Il mercoledì della frutta" come buona prassi.

Sulla base di quanto sopra, la presente linea di intervento si propone di proseguire le azioni previste dai due progetti, consolidandone le azioni previste all'interno del programma dedicato al setting scuola di questo PRP. Ciò favorirà la integrazione tra strutture del SSR. Istituzione Scolastica, Ambiti Sociali Territoriali nonché con quei portatori di interesse (associazioni, organizzazioni, enti...) che hanno sviluppato progetti autonomi, ma coerenti con le finalità sia della presente LI che del Programma nel suo complesso.

Operativamente, tra le scuole campionate per "Okkio alla Salute 2014" verranno accolte 30 classi di III della primaria per ciascuno degli anni scolastici 2015/2016, 2016/2017, 2017/2018. La metodologia, consolidata, prevede incontri preliminari tra operatori dei Sian e operatori degli istituti scolastici destinati alla spiegazione delle finalità, delle modalità operative, dei termini temporali delle azioni previste. La fase prettamente educativa dei bambini viene sostenuta dal personale docente formato, con il supporto, dove richiesto, degli operatori del SSR, e con l'utilizzo di kit multimediali già sperimentati quali «L'Asino Ettore & Co» e "Forchetta e Scarpetta".

In aggiunta, con il presente PRP, si intende arricchire l'offerta integrata di interventi a sostegno di uno stile di alimentazione sano nei bambini e ragazzi, trasformando in azioni costanti e sistemiche quelle avviate più di recente con il progetto CCM "Okkio alla ristorazione", che come tale termina nel corso del 2015. Trattasi di una azione Interregionale in Rete per la Sorveglianza, il monitoraggio e la promozione della salute nella ristorazione collettiva scolastica che ha visto l'impegno delle Regioni: Sicilia, Campania, Veneto, Emilia Romagna, Lazio e Marche. Si attua attraverso lo sviluppo di una collaborazione fattiva tra i SIAN e le Ristorazioni Collettive denominata "Rete operativa SIAN - Associazione Ristoratori Collettivi (ARC) - Enti Locali". Tra le sue finalità c'è la Promozione del Consumo di frutta e verdura con conseguente miglioramento dell'assunzione di folati, oltre al contenimento del consumo del sale nei limiti di riferimento ed al ricorso al sale iodato. Infatti, il consumo eccessivo di sale nell'alimentazione è responsabile dello sviluppo di malattie cardio-cerebrovascolari, tumori, osteoporosi, malattie renali. Per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda un consumo giornaliero di sale inferiore ai 5 g al giorno. L'Italia, però, è ben lontana da seguire il consiglio e ancora oggi, nei nostri piatti, finisce quasi il doppio della quantità di sale raccomandata dall'Oms. Quanto sopra è stato recentemente rilevato da due progetti CCM finalizzati a determinare, nella popolazione adulta, nei bambini e nei soggetti ipertesi, i livelli urinari di sodio e potassio, quali indicatori del consumo di sale e di frutta e verdura, nonché l'efficacia di un programma strutturato di comunità per favorire comportamenti salutari, in particolare per la riduzione del consumo di sale. Tali progetti, condotti dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/health examination survey hanno evidenziato nel campione di popolazione oggetto dell'intervento, un consumo giornaliero negli uomini di 10.8g di sale e nelle donne di 8.4g. in un campione di bambini tra 8 e 11 anni, il consumo giornaliero è risultato di 7.4g nei ragazzi e 6.7g nelle ragazze).

L'azione intrapresa di promozione della salute attuata attraverso l'incremento della prevalenza dei ragazzi di 8/9 al consumo di almeno 2 porzioni al giorno di frutta e/o verdura, e di informazione sull'utilizzo del sale e l'apporto di iodio, agisce indifferentemente su tutta la popolazione che verrà interessata indipendentemente dalla condizione di partenza di ciascuno di essi, contribuendo alla attenuazione delle disuguaglianze, quantomeno in termini di conoscenza della tematica affrontata.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>114</b>
--------------------

La sostenibilità è garantita in quanto le azioni previste sono già in atto e fanno parte della programmazione di attività dei SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione ASUR, così come sono consolidate le interrelazioni con il mondo della scuola.

**Obiettivo Centrale:**

1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura

1.8 Ridurre il consumo di sale

**Obiettivo/i Specifico/i:**

Realizzare "E vai con la frutta" e "Il mercoledì della frutta"

Realizzare la "Rete operativa SIAN e ARC"

**Attori e portatori di interesse:** USR, Istituti Scolastici, Rete dei SIAN ASUR, Assessorati della Regione Marche, Associazioni di Promozione sociale, ARC Enti Locali

**Beneficiari:** Alunni di 8/9 anni e relativi genitori, Aziende di ristorazione collettiva

**Fasi di Articolazione :**

- Nel novembre 2015 si attuerà la informazione agli Istituti Comprensivi delle azioni previste da parte dei SIAN per tramite dell'Ufficio Scolastico Regionale
- acquisizione random delle scuole da arruolare per "E vai con la Frutta", per "Il Mercoledì della Frutta" e per "OKkio alla Ristorazione" per quanto possibile secondo i tabulati acquisiti dall'Istituto Superiore di Sanità relativo alle Scuole campionate per la partecipazione ad OKkio alla Salute 2014
- Programmazione integrata SSR – Istituti scolastici delle azioni "E vai con la Frutta" ed "Il Mercoledì della Frutta".
- Programmazione integrata SSR – Istituti scolastici – ARC od Enti locali per attuare le azioni previste dalla "Rete Operativa SIAN ARC Enti Locali", in particolare di informazione e la sensibilizzazione alla riduzione del consumo di sale.
- Attuazione delle azioni secondo crono programma, analisi finale dei dati e report informativo con restituzione dati nei territori delle AA.VV.
- Nell'anno scolastico 2015/ 2016 attuazione della indagine di sorveglianza " OKkio alla Salute" con rilevazione dati relativi al consumo di frutta e verdura da parte dei ragazzi di 8/9 anni che saranno noti nel 2017
- Riproposizione di tutti gli interventi negli anni scolastici 2016/2017 e 2017/2018.
- Si segnala che la successiva indagine di sorveglianza "OKkio alla Salute", sarà attuato nel 2019 come da programmazione nazionale e sovranazionale (OMS Europa).

**Criticità:**

Essendo la organizzazione già spenmentata, le potenziali criticità potrebbero derivare solamente da una eventuale diminuzione delle risorse complessivamente disponibili nel sistema integrato SSR – scuola – enti locali.



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
115

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

1.7.2 prevalenza di bambini di età 8/9 anni che consumano almeno 2 volta al giorno frutta e/o verdura

Valore Baseline regionale: 56,5% (Okkio 2014)

Standard di riferimento regionale: 65,0%

1.8.2 Prevalenza di soggetti di 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o di cibi salati (definizione operativa)

Valore baseline regionale: 27,7%

Standard riferimento regionale: 19,4%

**Indicatori di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

- Definizione: numero classi 3° del ciclo primario aderenti a "e vai con la frutta" e a "Il mercoledì della frutta"
- Fonte: rilevazione ad hoc ASUR/USR
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Valore baseline: 30 classi 3° del ciclo primario aderenti
  
- Definizione: numero di classi scolastiche aderenti alle azioni attuate dalla "Rete Operativa SIAN - ARC- Enti Locali"
- Fonte: rilevazione ad hoc ASUR/USR
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Valore baseline: non rilevato



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**116**

Tabella linea intervento 2 - 5: La giusta alimentazione?....La trovi a scuola III

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Indicatori di processo					
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/linea (2014)	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
Macro 1 - ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili	1.7 aumentare il consumo di frutta	1.7.2 prevalenza di bambini di 8/9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	Quantitativo	56,5% (2014)	65,0%	Realizzare "e vai con la frutta" e "il mercato della frutta"	Numero classi 3° ciclo primario aderenti	Almeno 30	Almeno 30	Almeno 30	ASUR /USR
		1.8.2 Prevalenza di soggetti di 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o di cibi salati (definizione operativa)	Quantitativo	27,7%	19,4%	Realizzare la "rete operativa SIAN - ARC Enti Locali"	Numero classi coinvolte	Almeno 10	Almeno 10	Almeno 10	ASUR /USR

6/16



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
17

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## 2-6 Ragazzi in Gamba

### Breve descrizione dell'intervento programmato

#### Razionale dell'Intervento:

L'attività fisica regolare, associata a buone abitudini alimentari, è un fattore determinante dello stato di salute individuale, mentre la sedentarietà è concausa dell'aumento delle più comuni malattie croniche.

Praticare regolarmente attività fisica nell'infanzia e adolescenza oltrepassa i suoi effetti immediati sulla salute per almeno due motivi:

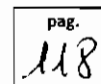
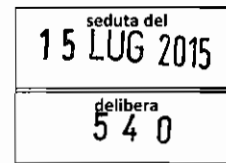
- se praticata con piacere, si può prevedere che prosegua in età adulta;
- i suoi benefici si estendono all'età adulta, indipendentemente dal grado di attività svolta.

La scuola offre nel curriculum almeno un'ora di attività fisica settimanale alla scuola primaria e due alla scuola secondaria con l'educazione fisica. Le Federazioni Sportive, gli Enti di Promozione e le Associazioni Sportive mettono a disposizione un'offerta ampia e capillare per il tempo libero. Con tutto ciò i giovani nella nostra Regione non raggiungono ancora il livello di attività definito dalle raccomandazioni OMS (60 minuti minimo al giorno di attività fisica tra moderata e vigorosa)

In particolare, nello studio OKKIO alla Salute 2012 condotto nella Regione Marche, i dati raccolti hanno evidenziato che i bambini marchigiani fanno poca attività fisica: il 19% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.

Dallo studio HBSC 2009-2010 della Regione Marche, emerge che la pratica di una regolare attività fisica non sembra essere abitudine molto diffusa tra gli adolescenti marchigiani. Infatti, circa il 60% dei ragazzi limita la propria attività fisica (moderata o vigorosa) a tre giorni alla settimana o meno, mentre una bassa percentuale di ragazzi (inferiore al 7% per tutte le fasce di età previste dallo studio) dedica all'attività fisica un tempo congruo con quanto espresso dalle linee guida internazionali. L'indagine ha messo anche in evidenza come siano i maschi a contraddistinguersi per i maggiori livelli di attività fisica. Inoltre, le distribuzioni percentuali dei tempi dedicati all'attività fisica in relazione all'età, mostrano una diminuzione con l'aumentare dell'età. A questo generale quadro di riduzione con l'età dei livelli di attività fisica, si affianca l'aumento delle attività sedentarie, come la visione della televisione o l'utilizzo del computer.

Interessante, infine, quanto emerso da Zoom8 (studio nazionale di approfondimento sulle abitudini alimentari e lo stile di vita dei bambini delle scuole primarie a cui ha partecipato anche la nostra Regione), condotto nel 2009 su un campione di bambini di 8-9 anni, nel quale i genitori dei bambini sono inviati a compilare un questionario per fornire informazioni su: stile di vita del bambino e della famiglia, conoscenze e percezioni dei genitori in relazione all'alimentazione e all'attività fisica. Dall'analisi dei dati relativi alle attività sedentarie è emerso che la percentuale dei bambini che trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla TV è elevata e che questa è maggiore durante i giorni festivi (41%), rispetto ai giorni feriali (17,7%). Anche la tendenza a passare più di 2 ore al giorno davanti al computer è risultata maggiore nei giorni festivi (10,1%) rispetto a quelli feriali (3,7%). Per quanto riguarda l'attività fisica, circa il 70% dei bambini non ha l'abitudine di andare a scuola a piedi o in bicicletta. I motivi principali che determinano tale comportamento secondo i genitori sono soprattutto la distanza eccessiva dell'abitazione dalla scuola (36,8%), la scarsa sicurezza della strada (25,9%) e la mancanza di tempo (20,1%). Il 26,8% dei bambini gioca più di 2 ore al giorno all'aria aperta nei giorni feriali; tale percentuale aumenta al 62,4% nei giorni festivi. Il livello di sicurezza dell'ambiente circostante l'abitazione è un fattore fortemente associato



con la durata del tempo trascorso giocando all'aria aperta. Quasi un terzo dei genitori riconosce nella mancanza di strutture e nella mancanza di tempo le principali motivazioni che ostacolano il gioco all'aria aperta e la pratica di attività sportiva.

A fronte di quanto sopra descritto, con Linee di Indirizzo per la promozione dell'attività fisica nelle Marche, approvate con la DGR n. 347/2014, viene indicato quanto segue:

Gli interventi di promozione dell'attività fisica nella scuola possono porsi obiettivi

- informativi/comunicativi (diffusione di informazioni sui benefici dell'attività fisica e sulle iniziative realizzate in merito, attraverso, ad esempio, manifesti, locandine, opuscoli, adesioni a campagne di informazione regionale e/o nazionale);
- formativi/educativi (acquisizione di conoscenze sull'importanza di fare attività fisica e di competenze fisico/motorie, modifiche dei comportamenti - ad esempio aumento dell'attività fisica giornaliera svolta);
- strutturali/organizzativi (modifiche strutturali apportate all'ambiente scolastico e alle zone limitrofe alla scuola - ristrutturazione/riorganizzazione delle palestre, dei cortili scolastici e delle aree verdi);
- per l'attività fisica spontanea all'aria aperta, creazione di percorsi pedonali e ciclabili sicuri, offerta di maggiori opportunità per fare attività fisica (sia nelle ore curricolari sia in quelle extracurricolari);

Gli interventi di promozione dell'attività fisica realizzati nel contesto scolastico risultano essere efficaci quando:

- ✓ coniugano diversi obiettivi (ad esempio obiettivi formativi e obiettivi organizzativi);
- ✓ prevedono come principale risultato atteso l'adozione di uno stile di vita attivo (aumento dell'attività fisica quotidiana e riduzione dei comportamenti sedentari);
- ✓ prevedono l'aumento di opportunità di movimento in associazione alle ore di educazione fisica, l'aumento delle ore di educazione fisica, percorsi formativi e di accompagnamento dei docenti;
- ✓ valorizzano gli aspetti di socializzazione e di divertimento facendo riscoprire il piacere del movimento;

In tal senso è strategico assumere un approccio di comunità che integri i diversi livelli (individuale, familiare, scolastico, sociale) e le differenti tipologie di azioni.

La presente linea d'intervento, avvalendosi di quanto viene realizzato in termini di sviluppo life skills e peer education nel quadro complessivo del Programma n. 2 "Scuola & Salute ..è tutto un programma", realizza un focus specifico per implementare azioni che favoriscano l'aumento di comportamenti attivi, offrire opportunità di ambienti che facilitino l'adozione di comportamenti favorevoli alla salute e, al fine di contrastare l'abbandono sportivo nell'adolescenza, facilitare, con il contributo della componente scolastica e degli Enti di Promozione Sportiva, il re-orientamento dei giovani verso altre occasioni di movimento.

**Obiettivi centrali:**

1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (focus su attività fisica) nella popolazione giovanile e adulta;



**Obiettivi specifici regionali:**

Aumentare il numero dei giovani che praticano attività fisica secondo gli standard raccomandati OMS e metodologia SPS realizzando strumenti e iniziative per:

- garantire nelle scuole primarie lo svolgimento delle ore curriculari previste e potenziare nelle scuole secondarie le ore curriculari di educazione fisica con l'incremento dell'attività sportiva extrascolastica;
- attivare azioni di contrasto dell'abbandono sportivo in generale ed intervenire anche a scuola con azioni di re-orientamento dei giovani in nuovi contesti sportivi;
- Aumentare, negli adulti di riferimento (insegnanti, genitori), la conoscenza dell'importanza del movimento secondo gli standard raccomandati;
- Fornire condizioni ambientali (percorsi pedonali, parchi, spazi pubblici, luoghi informali, ecc...) che favoriscano il movimento dei giovani nel tempo "peri-scolastico" (pedibus, trasporto attivo), nel tempo libero e la vita di tutti i giorni.

**Attori e portatori di interesse**

Dipartimento di Prevenzione, Componenti sanitarie integrate dell'ASUR/AAMV, USR/USP- Scuole di ogni ordine e grado, Insegnanti e personale non docente. Genitori e familiari degli studenti, CONI, Comitato Italiano Paralimpico (CIP), Enti Promozione Sportiva, Ambiti Territoriali Sociali, Enti Locali, Associazionismo, Ente Locale (referenti per la mobilità).

**Beneficiari**

Studenti delle scuole di ogni ordine e grado, insegnanti/direzioni scolastiche, genitori, familiari.

**Fasi di articolazione**

- Coinvolgimento dei portatori d'interesse per:
  - definizione contenuti tecnici Linee Indirizzo (v. Linea di intervento n. 2 – 1 I nodi della Rete);
  - monitoraggio stato dell'arte ore curriculari dell'uso degli spazi indoor e outdoor;
- Identificazione delle buone pratiche integrate e intersettoriali per Attività Fisica;
- Analisi dello stato dell'arte per ore curriculari di Attività Fisica nelle scuole al 2015 e analisi dell'uso degli spazi indoor e outdoor;
- Realizzazioni azioni di formazione destinate al personale insegnante su importanza e benefici Attività Fisica; tali azioni beneficiano della programmazione formativa prevista complessivamente nel programma ed inserita nelle linee di intervento 2-2 e 2-3.
- Iniziative di sensibilizzazione su importanza e benefici dell'Attività Fisica rivolte ai genitori/familiari, tali azioni beneficiano della programmazione formativa prevista complessivamente nel programma ed inserita nelle linee di intervento 2-2.
- Realizzazione di iniziative di sensibilizzazione/dimostrazione di «spazi in movimento» in una o più scuole e/o spazi pubblici.

**Criticità**

Complessità nella gestione locale derivante dai molti attori coinvolti  
Risorse dei sistemi istituzionali coinvolti limitate



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>54-0</b>

pag. <b>120</b>
--------------------

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

1.3.1 Proporzione di Istituti Scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica. Ogni Regione individua il proprio.

Baseline regionale 2013: non rilevato

Standard di riferimento regionale: coinvolgimento di 25 istituti scolastici, pari al 10% totale degli stessi.

**Indicatore di Obiettivo Specifico/ Indicatore/i di processo**

Definizione: Attività Tavolo tecnico regionale integrato

Fonte: Regione

Tipologia: qualitativo

Valore baseline: non rilevato

Definizione: Attività Gruppo Tecnici locali (AV/USP, Enti Promozione Sportiva)

Fonte: ASUR

Tipologia: quantitativo

Valore baseline: non rilevato

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*





seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**1540**

pag.  
**121**

Tabella linea di intervento 2 – 6: Ragazzi in Gamba

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovane e adulta	1.3.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (almeno 80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	quantitativo	Non rilevato	10% degli istituti scolastici della Regione . pari a 25 istituti scolastici	Aumentare il numero dei giovani che praticano attività fisica secondo gli standard raccomandati OMS e metodologia SpS	Ragazzi in Gamba	Attività tecnico regionale integrato	n. 1 report regionale Monitoraggio e individuazione buone pratiche	Contributo tecnico per Linee Indirizzo cfr. Linea intervento 2-1		REGIONE/US R/CONIEPSI CIP
								Attività Gruppi Tecnici integrati locali	accordo locale intersettoriale formalizzato in 2 AA.VV	accordo locale intersettoriale formalizzato in 3 AA.VV.		REGIONE/US R
									Progettazione integrata e Realizzazione 2 eventi "spazi in movimento" in 1 AV (tot. 2 eventi)	Progettazione integrata e Realizzazione 2 eventi "spazi in movimento" in 2 AV (tot. 4 eventi)	Progettazione integrata e Realizzazione 2 eventi "spazi in movimento" in 2 AV (tot. 4 eventi)	Materiali comunicativi stampa,



**2 – 7: Sicuri è meglio**

**Breve descrizione dell'intervento programmato**

**Razionale dell'intervento:**

Gli incidenti stradali in Italia sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni ed il 23% dei decessi per tale causa interessa i ragazzi con meno di 23 anni.

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è infatti attribuibile alla guida in stato di ebbrezza. Secondo la Sorveglianza PASSI – Rapporto nazionale 2013, il 16% dei soggetti intervistati dichiara di avere recentemente guidato sotto l'effetto dell'alcol; l'abitudine a guidare in stato di ebbrezza è più frequente tra gli uomini e nella fascia di età 18-34 anni.

La linea d'intervento si avvale delle azioni formative sviluppate dalle Linee d'Intervento n. 2 – 2 "Guadagnare Salute... con le Life Skills"- (Scuola Primaria e Secondaria di I grado) e n. 2 – 3 Peer education: un programma di promozione della salute nelle Scuole di 1° e 2° grado, focalizzando, specificatamente, le azioni sul tema degli incidenti stradali e raggiungendo, in questo caso, insegnanti e peer educator (3° classe secondarie I grado e 4° e 5° classi degli Istituti secondari di II grado) quali moltiplicatori dell'azione preventiva con moduli formativi specifici.

**Obiettivi centrali:**

- 5.1 Ridurre il numero di decessi per incidente stradale
- 5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale
- 5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida

**Obiettivo specifico regionali:**

Aumentare nel contesto scolastico le competenze per stili di vita corretti e responsabili.

**Attori e portatori di interesse**

Dipartimenti Prevenzione ASUR/AAVV; Dipartimenti Dipendenze ASUR/AAVV, Ufficio Scolastico Regionale, Ufficio Scolastico Provinciale., Istituti scolastici.

**Beneficiari:**

Studenti 4-5° classe Scuola Secondaria di secondo grado  
Insegnanti Scuola Secondaria di secondo grado

**Articolazione attività progettuale:**

- Predisposizione moduli formativi specifici
- Formazione docenti Istituti Secondari di 2° grado su modulo specifico relativo ai rischi per Incidenti stradali;
- Formazione specifica sui rischi per incidenti stradali ai peer individuati.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

5.1 Ridurre il numero di decessi per incidente stradale  
valore baseline: tasso di 56,2% (1.000.000 abitanti) anno 2014  
Standard: tasso di 45,64 (1.000.000 abitanti)

5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale  
valore baseline: Anno 2013: 7,2%  
standard: 6,50%



5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida

Valore baseline:

- Cinture Anno 2013: 20,2% standard 30,10%
- Casco Anno 2013: 95,3% standard > 95% (mantenimento)
- Guida sotto l'effetto di alcol: Anno 2013: 10,3 % standard 7,2%

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Attività tavolo tecnico regionale integrato
- Fonte: regione/USR
- Tipologia: Indicatore qualitativo
- Valore baseline: non rilevato
  
- Definizione: %Istituti scolastici SPS che attivano gruppi di peer educator
- Fonte: ASUR / USP
- Tipologia: Indicatore quantitativo
- Valore baseline: non rilevato



Tabella linea di intervento 2 - 7: Sicuri è meglio

Macro Obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore base line	Standard di rif	Obiettivo specifico regionale	Nome Indicatore	Valore atteso 2018	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Fonte
MO 5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1 Tasso di decessi per incidente stradale	quantitativo	tasso di 55,2 (1.000.000 abitanti) anno 2014	tasso di 45,64 (1.000.000 abitanti)	Aumentare nel contesto scolastico le competenze per stili di vita corretti e responsabili	Attività tavolo tecnico regionale	30%	80%	100%	Report valutativo Regione USR
		5.3.1 Proporzioni di soggetti che utilizzano i dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	quantitativo culturale	Anno 2013: 20,2%	30,10%		%stituti scolastici SPS che attivano gruppi di peer educator	ASUR / USP			
		5.3.2 Guida sotto l'effetto di alcol (percentuale di persone che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più bevande alcoliche	quantitativo casco	Anno 2013: 95,3%	> 95% (mantenimento)						
			quantitativo	Anno 2013: 10,3 %	7,2%						



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>1 540</b>

pag. <b>125</b>
--------------------

## 2-8: Imparare a portare soccorso

### Breve descrizione dell' Intervento programmato:

La linea d'intervento Imparare a portare soccorso ha l'obiettivo generale di realizzare contenuti educativi e formativi omogenei e coerentemente graduati nelle scuole di ogni ordine e grado sul tema del primo soccorso. Prevede inoltre moduli formativi BLS/D destinati agli studenti delle classi IV degli Istituti secondari di secondo grado e al personale scolastico, con particolare attenzione agli insegnanti di scienze motorie. Ciò in relazione agli obblighi normativi relativi all'utilizzo di defibrillatori nelle palestre.

Il confronto e la gestione congiunta del piano formativo da parte dei diversi soggetti/operatori formatori, avrà il vantaggio di far confluire le varie offerte formative attualmente esistenti in una metodologia unica, condivisa a livello regionale, che si auspica possa diventare in futuro "materia" condivisa da tutti gli istituti scolastici della Regione.

### Razionale dell'Intervento:

I traumi e gli incidenti costituiscono la terza causa di morte nel mondo industrializzato, la prima al di sotto dei quaranta anni; un gran numero di questi potrebbero efficacemente essere evitate da adeguate avvertenze e dalle prime azioni intraprese in attesa dell'arrivo dei soccorsi.

Tendenzialmente tutti i cittadini dovrebbero essere in grado di portare soccorso e la Scuola, quale istituzione deputata a formare cittadini, può insegnare a "prestare soccorso", favorendo l'acquisizione di competenze e comportamenti per lo sviluppo della solidarietà e la prevenzione dei rischi. Prendere coscienza dei rischi fin dalla età scolare, imparare ad identificarli, saperli anticipare, adattare i propri comportamenti, consente di agire, sia in situazioni di vita quotidiana che in situazioni eccezionali, mettendosi il meno possibile in pericolo.

In ogni emergenza la corretta attivazione del SET118 è fondamentale per organizzare un efficace intervento da parte di chi opera nell'ambito del soccorso sanitario. La telefonata al 118 proviene da familiari, amici o persone casualmente presenti all'evento, non sempre preparate ad intervenire in modo adeguato ed a volte non a conoscenza dell'esistenza del numero 118. In tali contesti il bambino e il giovane, oltre che come vittima, può anche trovarsi a svolgere il ruolo di spettatore.

Vanno sviluppati programmi informativi e formativi sul Sistema di emergenza sanitaria 118, sui mezzi di trasporto, sulle modalità di accesso al Sistema e sulle manovre di primo soccorso e di defibrillazione precoce. Particolarmente importante è insegnare al bambino le modalità di accesso al 118 e le possibilità di interazione con gli Operatori di centrale 118 che possono guidarlo per via telefonica nelle prime operazioni di soccorso.

E' altrettanto importante aumentare la percezione dei rischi nel personale scolastico oltre che le competenze sulle manovre di primo soccorso, anche attraverso la formazione all'uso del defibrillatore, in particolare per gli insegnanti di scienze motorie.

Questa necessità trova risponda a partire da incoraggianti risultati ottenuti da vari studi sperimentali, relativamente all' aumento della sopravvivenza, che hanno stimolato in diversi Paesi l'attivazione di progetti di defibrillazione precoce culminati nel nostro Paese in una legge (Legge 120 aprile 2001 in G.U. 88 del 14 aprile 2001) con la quale viene autorizzata la possibilità di defibrillare anche da parte di personale non medico e non sanitario se formato all'uso di DAE. L'attivazione della catena della sopravvivenza con l'immediato allertamento del SET118 e l'inizio delle manovre di RCP con defibrillazione può portare ad una sopravvivenza fino al 70%. Le tecniche di RCP di base non richiedono l'uso di particolari attrezzature né specifiche competenze e possono essere eseguite in qualsiasi condizione da chiunque formato alla RCP come anche da soccorritori occasionali sulla guida di istruzioni prearrivo (IPA) fornite dagli operatori delle Centrali



118 così come, con appositi corsi, è possibile formare soccorritori occasionali all'uso del DAE abilitati quindi alle procedure di Basic Life Support Defibrillation (BLSD).

La linea di intervento prevede quindi azioni destinate al personale scolastico e agli studenti, di informazione, formazione ed addestramento per la "Manovre Salvavita" (BLS e tecniche di disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo) che consentano di acquisire uno schema comportamentale unico, e di diventare parte attiva nella "catena della sopravvivenza".

E' inoltre previste, nel caso del personale scolastico e studenti delle IV classi l'apprendimento delle procedure di Basic Life Support Defibrillation (BLSD).

La programmazione della formazione potrà avvenire solamente successivamente alla redazione del report ricognitivo, a cura del gruppo tecnico integrato, delle attività già poste in essere dai diversi attori coinvolti.

**Obiettivo Centrale**

**6.1.** Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero

**Obiettivo/i Specifico/i regionali**

- Aumentare nel personale scolastico e negli studenti delle scuole di ogni ordine e grado la percezione del rischio, le competenze sui comportamenti corretti in caso di emergenza, attraverso Format formativi condivisi e validati a livello regionale;
- Formare mediante corsi BLSD studenti delle classi IV degli Istituti secondari di secondo grado e il personale scolastico;

**Attori/Portatori d'Interesse**

Istituzione Scolastica, personale delle Centrali Operative 118 e delle Aziende Ospedaliere regionali nel ruolo di monitori, volontari anche istruttori BLSD, Regione Marche-Dipartimento Protezione Civile, Associazioni di Volontariato, ONLUS.

**Beneficiari:**

Studenti, personale scolastico.

**Fasi di Articolazione**

- Costituzione gruppo tecnico regionale rappresentativo dei diversi enti, istituzioni e soggetti sociali;
- Ricognizione dei progetti informativi e/o informativi attuati e/o in corso;
- Realizzazione modulo formativo (format) destinato agli studenti nel rispetto della gradualità dell'insegnamento;
- Realizzazione materiali informativi per la sensibilizzazione e diffusione della cultura dell'emergenza;
- Programmazione integrata della formazione
- Realizzazione del programma formativo

**Criticità**

Complessa gestione organizzativa legata alla pluralità dei soggetti attori.

Possibile difficoltà collegate alle esigenze prioritarie della programmazione scolastica



**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

6.1.1 Tasso di incidenza degli incidenti domestici e del tempo libero seguiti da ricovero per fasce d'età e di genere.

Valore Baseline regionale: trend in aumento + 36% (triennio 2010-2013) – n. assoluto 2.335  
Standard di riferimento regionale: mantenimento valori 2013

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Attività Gruppo tecnico regionale Integrato
- o Fonte: regione
- o Tipologia : qualitativa
- o Valore baseline. n.r
  
- o Definizione: % Realizzazione dei Moduli Formativi
- o Fonte: Regione
- o Tipologia : quantitativa
- o Modalità di costruzione dell'indicatore:
  - o Numeratore: corsi effettuati
  - o Denominatore: corsi programmati per anno scolastico 2016/2017 e 2017/ 2018
- o Valore baseline: n.r



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
128

Tabella 2: Linea di intervento 2-8: imparare a portare soccorso

Macroobiettivo	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Indicatori di processo			Sovregianza/Fonte		
	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/linea	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018			
MC 8 Prevenire gli incidenti domestici 6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	quantitativo	anno 2013: 2.780 Ricoveri Ospedalieri per Incidente Domestico (1.955 nel 2010)	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Aumentare nel personale scolastico e negli studenti di ogni ordine e grado la percezione e le competenze sui comportamenti corretti in caso di emergenza.	Attività Gruppo tecnico regionale integrato	Report ricognizione progettualità in corso/realizzate	Report di Monitoraggio linea intervento	100% attività programmata	100% attività programmata	100% attività programmata	Regione





**2 - 9: Salute e sicurezza nella scuola 2.0**

**Breve descrizione dell' Intervento programmato**

**Razionale dell'Intervento:**

Da più anni è attiva una proficua collaborazione inter istituzionale tra vari Assessorati della Regione Marche, INAIL Marche ed Ufficio Scolastico Regionale, finalizzata alla promozione della cultura della salute e sicurezza nell'"ambiente scuola" e della informazione e formazione specifica di tutto il personale (Dirigenti, Docenti, ATA) che degli studenti. Sono attivi protocolli d'intesa dell'USR sia con INAIL che con la Regione Marche (Salute, Formazione e Lavoro, Protezione Civile, Scuola di formazione Regione per la Pubblica amministrazione) che hanno portato alla realizzazione di un considerevole numero di progetti e di azioni formative a più livelli. L'ultimo intervento strutturale avvenuto tra il 2010 ed il 2013, ha consentito di supportare la formazione ed aggiornamento in modo diffuso in tutte le scuole di ogni ordine e grado di 728 tra RSPP, ASPP, RLS e 3778 addetti all'emergenza, al primo soccorso ed all'antincendio.

Rispetto all'obiettivo di diffondere la cultura della sicurezza tra personale della scuola e studenti, successivamente alla realizzazione di una ricca serie di interventi "progettuali" svolti nelle scuole, il tavolo di coordinamento inter istituzionale è giunto alla determinazione di sviluppare una azione "strutturale" mediante la creazione di una piattaforma web in una scuola polo, già identificata dall'USR con nota n. 19901 del 18 dicembre 2014, nell'ITIS "E. Mattei" di Urbino, che ha le competenze interne per garantire lo sviluppo ed il mantenimento della stessa.

La piattaforma web dovrà garantire sia la possibilità di sviluppare percorsi di formazione a distanza, con gli standard qualitativi necessari, sia la raccolta, catalogazione e diffusione di buone prassi informative prodotte "dalle" scuole e/o "per" le scuole.

La linea di intervento si pone l'obiettivo di realizzare, sperimentare e far giungere a regime tale strumento.

Le molteplici esperienze realizzate anche nel territorio regionale, la buona capacità di sviluppo ed utilizzo delle tecnologie informatiche da parte delle scuole, la diffusione di utilizzo di tali strumenti nelle nuove generazioni di studenti, la necessità di razionalizzare l'utilizzo delle risorse in comune che si rendono disponibili, portano ad identificare la necessità di impegnare le istituzioni in un progetto strategico condiviso che sia sostenibile, aggiornabile e consenta la partecipazione del più alto numero di scuole ed alunni.

**Obiettivo Centrale**

7.6 Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di Salute e Sicurezza dei futuri lavoratori

**Obiettivo/i Specifico/i**

Realizzazione, in una scuola polo, di una piattaforma web per la formazione a distanza e la diffusione di prodotti destinati a sostenere la cultura della salute e sicurezza in tutte le componenti umane presenti nella scuola

**Attori e portatori di interesse**

Regione Marche, Agenzia Regionale Sanitaria, ASUR Marche, INAIL Regione Marche, Ufficio Scolastico Regionale



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>130</b>
--------------------

**Beneficiari**

Personale Dirigente, docente e ATA della scuola, studenti.

**Fasi di Articolazione**

Sono due gli aspetti fondamentali necessari al pieno raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

- a. strutturazione, sperimentazione ed implementazione a regime della piattaforma:**  
come base line, risulta già identificata la scuola polo ed esiste una progettualità esecutiva già sviluppata. Le fasi da realizzare sono:
- la formalizzazione degli accordi interistituzionali
  - l'avvio della sperimentazione e verifica della stessa (corso FAD e messa a disposizione di materiali informativi/progettuali per la cultura della salute e sicurezza)
  - implementazione progressiva dei contenuti
  - monitoraggio dei risultati
- b. definizione dei contenuti:**
- definizione dei contenuti di un corso e-learning di formazione di base, rivolto a tutto il personale scolastico, aderente all'accordo quadro per la formazione dei lavoratori 221/2011, e /o corsi blended e-learning per quanto riguarda le altre azioni contenute nel D. Lgs 81/2008 e s. m. i.
  - definizione della procedura per la selezione dei materiali informativi / progettuali da inserire in piattaforma sulla base di EBP riconosciuta o, in assenza di tale requisito, di requisiti di buona prassi.

**Criticità**

A fronte di un buon avanzamento già in essere della progettazione strategica ed in parte di quella tecnica, la criticità maggiore che si frappone alla realizzazione della linea di intervento risulta la difficoltà di formalizzazione inter istituzionale dell'accordo specifico nell'ambito dei protocolli d'intesa in essere già operativi, collegati al reperimento delle modalità di finanziamento per la manutenzione nel tempo della piattaforma.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

7.6.1 proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi regionali di promozione della salute:

Valore Baseline regionale: n. r.

Standard di riferimento regionale: almeno 25 istituti scolastici coinvolti

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: % di istituti scolastici che aderiscono all'utilizzo della piattaforma web per salute e sicurezza del lavoro
- Fonte: USR
- Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo) : quantitativo
- Modalità in cui viene costruito : report
- Valore baseline : n. r.



Tabella linea di intervento 2 - 9: Salute e sicurezza nella scuola 2.0

Macroobiettivo	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali					Indicatori di processo						
	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
2.7 prevenire infortuni e malattie professionali	Coinvolgere la istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	Proporzione di istituti scolastico che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	quantitativo	n.r.	25 istituti scolastici aderenti	Realizzazione in una scuola polo di piattaforma web per la formazione a distanza e la diffusione di prodotti destinati a sostenere la cultura della salute e sicurezza in tutte le componenti umane presenti nella scuola	Salute e sicurezza nella scuola 2.0	accordo inter istituzionale	Formalizzazione accordo		Realizzazione report monitoraggio	Report inter istituzionale
								n. istituti scolastici che aderiscono all'utilizzo della piattaforma web per salute e sicurezza del lavoro	5	15	Almeno 25	Report USR



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>132</b>
--------------------

**2 - 10: "Si può fare: cellulari e raggi solari"**

**Breve descrizione dell' Intervento programmato**

**Razionale dell'Intervento:**

La telefonia cellulare è, ormai, da molti anni largamente diffusa e comunemente utilizzata da gran parte della popolazione del mondo industrializzato. L'incredibile successo commerciale dei telefoni mobili è stato accompagnato da preoccupazioni riguardo gli effetti negativi sulla salute della popolazione eventualmente associati al loro utilizzo.

Negli ultimi vent'anni sono stati realizzati molti studi finalizzati a valutare se i telefoni mobili comportino potenziali rischi per la salute. Anche se ulteriori approfondimenti sono ritenuti necessari, ad oggi classifica i telefoni cellulari come cancerogeni potenziali.

Sebbene le conoscenze scientifiche disponibili, sia di tipo dosimetrico sia epidemiologico, non indicano che i bambini siano più suscettibili degli adulti ad eventuali rischi per la salute da campi elettromagnetici a radiofrequenza, si segnala che non sono ancora disponibili osservazioni a distanze superiori ai 15 anni dall'inizio dell'uso e per esposizioni iniziate durante l'infanzia e l'adolescenza. In tale situazione non del tutto conclusiva sui possibili rischi per la salute, il Ministero della Salute raccomanda una serie di misure che il cittadino può decidere di adottare per la riduzione dell'esposizione, sia personale o dei propri familiari, ai campi elettromagnetici emessi dai telefoni cellulari.

In aggiunta, secondo i crescenti studi condotti in tutto il mondo sull'argomento, il fenomeno sociale della dipendenza dal cellulare, è un problema che colpisce principalmente i giovani. Come la televisione ed il computer in passato, oggi anche il telefonino rappresenta uno strumento tecnologico di crescente utilizzo e anche un oggetto verso il quale si può sviluppare una vera e propria forma di dipendenza; con la crescita del numero e dei modelli di cellulari, nonché dei servizi offerti attraverso il telefonino, si assiste infatti all'incremento di casi di quella che, in alcuni paesi, è già diventata una "malattia sociale" e che è stata definita "telefonino-dipendenza".

In quest'ottica, la regione Marche ritiene di prioritaria importanza l'organizzazione di interventi di sensibilizzazione mirati alla promozione del corretto uso dei telefoni cellulari, rivolgendo una speciale attenzione ai bambini ed ai ragazzi, ovvero a quella parte della popolazione in fase di crescita, verso la quale si orientano i maggiori timori di possibili effetti avversi sulla salute e che si ritiene sia più sensibile e recettiva ad azioni educative.

Un altro aspetto che riguarda i giovani e i giovanissimi è quello legato all'esposizione eccessiva alle radiazioni ultraviolette (UV) che costituisce anch'esso un grave rischio per la salute essendo in grado di indurre molti processi patologici a carico sia della cute (eritemi, melanomi, carcinomi spinocellulari e basaliomi, nonché invecchiamento precoce del tessuto cutaneo), sia dell'occhio (fotocheratite, cataratta).

Il sole rappresenta la fonte naturale più significativa di esposizione agli UV, anche se negli ultimi anni sono andate grandemente aumentando sorgenti artificiali di radiazione ultravioletta, come le lampade abbronzanti. La IARC ha aggiornato nel 2009 la sua precedente classificazione, che vedeva la sola radiazione solare inclusa fra i cancerogeni per l'uomo (gruppo 1), includendo nel gruppo 1 anche le radiazioni UV A, B e C in quanto tali (cioè non solo in quanto componenti della radiazione solare), così come l'esposizione alle lampade e ai lettini solari per l'abbronzatura artificiale, che precedentemente erano considerati probabili cancerogeni per l'uomo (gruppo 2A).

I danni da esposizione agli UV sono documentati, anche se in misura incompleta o parziale, soltanto per le neoplasie cutanee correlate o correlabili con l'esposizione a queste radiazioni. Il



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>133</b>
--------------------

numero di individui che si ammala di melanoma cutaneo è purtroppo in crescita, anche se non si può escludere una componente legata a possibile sovra diagnosi.

Con l'intento di contribuire attivamente alla riduzione dei rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV e alle radiazioni elettromagnetiche e conseguentemente dei danni ad esse correlati, la regione Marche ritiene indispensabile migliorare la qualità delle informazioni attraverso la realizzazione di materiali di sensibilizzazione e contenuti tecnici adeguati destinati al target insegnanti/adulti anche al fine di poter inserire le corrette informazioni all'interno della programmazione scolastica ordinaria. La presente Linea d'Intervento infine contribuisce a produrre i contenuti, su questi specifici fattori di rischio, per la realizzazione omogenea dei CAN.

**Obiettivo Centrale**

8.11 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare.

8.12 Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani ed i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione ai raggi UV.

**Obiettivo/i Specifico/i**

Sensibilizzare la popolazione scolastica, personale insegnante e non e alunni, sul corretto uso della telefonia cellulare e sui rischi legati all'eccessiva esposizione ai raggi UV.

**Attori e portatori di interesse:**

Gruppo tecnico regionale "Ambiente in Salute", Operatori Dipartimento Prevenzione, USR, Dirigenti Scolastici, Docenti e altro personale scolastico, Genitori.

**Beneficiari**

Studenti e famiglie.

**Fasi di Articolazione**

- o Produzione da parte del gruppo tecnico regionale del Programma "Ambiente in Salute" di materiale scientifico da divulgare nell'ambiente scolastico.
- o Diffusione del materiale scientifico negli istituti scolastici della regione Marche.

**Criticità**

Sensibilizzare le generazioni adolescenziali e preadolescentiali sui temi connessi alle radiazioni solari ed elettromagnetiche può essere difficoltoso poiché i rischi legati a raggi UV e cellulari sono scarsamente percepiti dalla popolazione in generale e dalle fasce più giovani in particolare. Inoltre l'uso del telefono cellulare è attualmente diventato parte integrante della routine di giovani e giovanissimi, pertanto limitarne l'uso sembra di per sé difficile dal momento che, a torto o a ragione, viene utilizzato solo in minima parte per telefonare e in larga misura per chattare, ascoltare musica o viaggiare in internet. Più ragionevole potrebbe essere informare ed educare i ragazzi a non esporsi alle radiazioni elettromagnetiche quando non strettamente necessario, ad esempio spegnendo il cellulare la notte o inattivando il wifi quando non occorre. Proprio per la forte presenza di telefoni cellulari tra gli alunni è fondamentale che la proposta di diffondere questa linea di intervento negli istituti scolastici trovi un ampio consenso ma non tutti i Dirigenti scolastici potrebbero essere sensibili verso questi temi e voler attivare percorsi di formazione specifici miranti ad implementare le conoscenze degli alunni sui rischi connessi all'esposizione ai raggi UV e al cattivo utilizzo dei cellulari. A tale proposito la diffusione delle informazioni potrà essere facilitata in quanto inserita nell'azione più complessiva del Programma Scuola & Salute che mira a realizzare la rete delle Scuole che Promuovono Salute.

*GA*



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>134</b>
--------------------

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

8.11.1 interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica

8.12.1 interventi informativi alla popolazione, in particolare a giovani e giovanissimi, sui rischi legati ai rischi legati ad eccessiva esposizione ad UV.

Valore Baseline regionale: non rilevato.

Standard di riferimento regionale: Evidenza documentata della produzione e diffusione di materiale scientifico sui rischi connessi ai raggi UV e allo scorretto uso dei telefoni cellulari in almeno 25 istituti scolastici.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Produzione di materiale informativo sul corretto uso della telefonia cellulare e sui rischi legati all'eccessiva esposizione ai raggi UV.
- o Fonte: Regione Marche.
- o Tipologia: indicatore qualitativo
- o Baseline: non rilevato



Tabella linea di intervento 2 – 10: “si può fare: cellulari e raggi solari”

Macroobiettivo	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori				Indicatori di processo				Sorveglianza/ Fonte		
	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016		Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.11 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare.	8.11.1 Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione ai target di età pediatrica	Qualitativo	Non rilevato	Interventi informativi realizzati sull'intero territorio regionale	Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani ed i giovanissimi sul corretto uso della telefonia cellulare e sui rischi legati all'eccessiva esposizione ai raggi UV.	Produzione di materiale informativo sul corretto uso della telefonia cellulare e sui rischi legati all'eccessiva esposizione ai raggi UV	Diffusione del materiale scientifico	Attività informativa in almeno 25 istituti scolastici	Attività informativa in almeno 25 istituti scolastici	Regione Marche
		8.12 Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV.	Qualitativo	Non rilevato	Interventi informativi realizzati sull'intero territorio regionale						



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**136**

**Programma n. 3 - Mi prendo cura di Me**

**Tabella Riepilogativa**

Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
MO n. 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.4 Ridurre il numero dei fumatori	- Realizzare la prima Rete di Aziende che Promuovono salute nelle Marche
	1.5 Estendere la tutela dal fumo passivo	
	1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio o basta incidenti	
	1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	
	1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale	- Supportare la informazione sanitaria ai soggetti ipertesi, sulla necessità di ridurre l'apporto di sale nella dieta
	1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone fare	- Favorire la costruzione di alleanze intersettoriali, regionali e locali, attraverso la stesura di accordi con i principali portatori d'interesse.  - Aumentare le occasioni di formazione integrata tra i professionisti delle realtà degli Enti Locali, sanitari e sportivi.  - Favorire la pianificazione integrata a livello locale di iniziative efficaci e sostenibili per la modifica dei comportamenti sedentari e che affrontino in maniera integrata altri fattori di rischio.
	1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o famacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	- Aumentare le competenze degli operatori sanitari e socio sanitari per sviluppare l'empowerment della popolazione verso scelte salutari, attraverso la diffusione della metodologia dell'intervento Motivazionale Breve  - Aumentare negli operatori del Dipartimento Regionale Trasfusionale Marche - DIRMT - (medici e infermieri) le competenze sull'intervento motivazionale breve per il sostegno ai corretti stili di vita ed incrementare l'uso della 'carta del rischio cardiovascolare';  - Aumentare negli operatori AVIS (coinvolti nella gestione delle sezioni locali e nella sala d'attesa della donazione) la percezione del rischio di stili di scorretti per MCNT ed addestranti nella somministrazione e registrazione dei questionari;  - Definire il profilo di salute e di rischio della popolazione dei donatori di sangue.

**Premessa**

La Regione Marche, con le DGR nn. 1045/09 e 940/10, ha dato impulso alla realizzazione del programma interministeriale Guadagnare Salute per il contrasto ai principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili. Le indicazioni presenti nelle citate DGR hanno avuto seguito nell'ambito del precedente PRP 2010 - 2012, e si sono avvalse della partecipazione, in qualità di





Regione partner, a numerosi progetti nazionali o interregionali finanziati dal Ministero della Salute e coordinati dal Centro Controllo Malattie (CCM).

Con il Programma *Mi prendo cura di Me*, in sinergia con gli altri Programmi del presente PRP, si realizza l'occasione di ampliare le esperienze locali per la promozione di stili salutarî nella popolazione adulta, realizzare accordi interistituzionali con i principali portatori d'interesse e sostenere lo sviluppo di reti integrate territoriali per la promozione della salute secondo un approccio di comunità. L'obiettivo è il mantenimento dello stato di salute dell'individuo e della popolazione, o il suo miglioramento, attraverso lo sviluppo di competenze e la scelta consapevole (empowerment) di stili di vita salutarî nel rispetto della definizione di promozione della salute presente nella Carta di Ottawa (1986) e successivi documenti: "per promozione della salute si intende il processo che consente alle persone di aumentare il controllo sullo stato di salute e migliorarlo". Per rispondere a questa priorità di sanità pubblica è indispensabile dunque focalizzare l'attenzione sulla persona, sulla comunità e sul contesto ambientale agendo, in definitiva, sui determinanti di salute modificabili individuali e collettivi. Il titolo dato al Programma stesso sottende il concetto che, oltre a prendersi cura dei propri piccoli (Bambini DOP), dei propri studenti (Scuola & salute), o anche dei propri pazienti/assistiti, altrettanto è necessario avere attenzione per i propri stili di vita.

#### Razionale e descrizione del Programma

Secondo la logica "life course" *Mi prendo cura di Me*, si indirizza specificatamente verso quella fascia di popolazione che, nell'ambito del proprio ciclo vitale, è già raggiunta "indirettamente" dagli interventi di *Bambini DOP* e *Scuola & Salute*, come il Programma *Salute d'Argento* beneficia di alcune delle sue linee d'intervento come ad esempio la Linea d'intervento n. 3-2 *Si Muove la Città*.

Il presente Programma si avvale quindi di un approccio di Comunità al fine di raggiungere il piú alto numero possibile di destinatari, proponendosi di attivare le comunità stesse tramite il coinvolgimento prioritario delle realtà amministrative locali e dell'associazionismo.

In questo senso la linea d'intervento già citata n. 3-2 *Si muove la Città*, dedicata alla promozione dell'attività fisica, vede il rilevante contributo da parte delle amministrazioni comunali in integrazione i maggiori portatori d'interesse quali CONI, Comitato Paralimpico e Enti di Promozione Sportiva.

In adesione a quanto già previsto dalla DGR n. 347 del 24/3/2014 "Linee d'indirizzo per la promozione dell'attività fisica nelle Marche, la linea d'intervento mira a realizzare attività integrabili nella vita quotidiana, sostenibili dal punto di vista economico e che privilegino l'utilizzo degli spazi pubblici, nella consapevolezza che queste attività possono offrire l'opportunità di prevenire le malattie croniche attivando, al tempo stesso, strumenti di integrazione sociale.

Si intende quindi realizzare un Accordo di collaborazione Interistituzionale di livello regionale con CONI, CIP, Enti di promozione sportiva e sociale per favorire le alleanze locali necessarie, mentre, sempre localmente, sarà compito della componente sanitaria offrire le proprie competenze per sostenere la realizzazione, anche da parte di Amministrazioni ed Enti coinvolti, di interventi di provata efficacia. Quanto previsto potrà essere facilitato in virtù del coinvolgimento già realizzato all'interno del Gruppo regionale di Coordinamento per il PRP 2014 - 2018 dei Coordinatori d'Ambito Territoriali (1 per ciascuna Area Vasta ASUR).

La linea d'intervento n. 3-4 *Gente di Cuore* individua un primo target nei professionisti sanitari del Dipartimento Regionale Trasfusionale, verso cui indirizzare azioni formative sia per diffondere l'uso della Carta del Rischio Cardiovascolare che per diffondere l'intervento motivazionale breve per il sostegno al cambiamento di stili di vita scorretti (v. a seguire linea d'intervento n. 3-1 *Motivare al Cambiamento*). Il secondo target è rappresentato dai volontari AVIS, quali moltiplicatori delle azioni preventive, oltre che alleati strategici nella costruzione delle reti locali.

La logica della Rete viene amplificata dalla linea d'intervento n. 3-3 *Lavorare in Stile*; in questo caso si intende realizzare una prima Rete di Aziende che Promuovono Salute, secondo la metodologia Health Workplace Promotion - WHP, similmente a quanto previsto nel Programma Scuola & Salute



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
138

per la Rete delle Scuole che Promuovono Salute. Anche in questa linea d'intervento si prevede di raggiungere, oltre ai lavoratori e loro rappresentanti, i professionisti sanitari (in particolare medici competenti) sia per aumentare l'attenzione ai fattori di rischio nell'ambito del lavoro quotidiano, sia per sostenere il cambiamento verso comportamenti salutari tramite la metodologia dell'intervento motivazionale breve. Oltre ai Fattori di rischio come fumo, alcol, sedentarietà e scorretta alimentazione, viene data particolarmente attenzione all'uso del sale con la linea d'intervento n. 3-5 *meno Sale meno Pressione*.

Le linee precedentemente descritte sono sostenute, metodologicamente e culturalmente, dalla linea d'intervento n. 3-1 *Motivare al Cambiamento*. I principali fattori di rischio individuati per le MCNT (fumo, alcol, sedentarietà, scorretta alimentazione) possono essere contrastati. Gli stili di vita scorretti sono infatti modificabili, ovvero sono quelli sui quali l'operatore sanitario, e non sanitario, ha la possibilità di agire direttamente aumentando le proprie competenze per favorire, nelle persone, la percezione dei rischi per la salute di scorretti stili di vita.

E' altresì noto che per adottare uno stili di vita attivo, smettere di fumare, ridurre il peso in eccesso e altro ancora, non sono sufficienti né la conoscenza delle regole della corretta alimentazione, né prescrizioni sull'interruzione del fumo, né programmi di attività fisica regolare. Le azioni devono andare al di là della semplice informazione/educazione/promozione e nuove abitudini di vita devono essere scelte consapevolmente (empowerment).

Pertanto occorre motivare le persone sia nella scelta iniziale al cambiamento e sia nelle fase successive e di mantenimento.

In tale ottica stanno assumendo sempre più rilevanza, quegli strumenti motivazionali che si rifanno al Modello Transteorico del Cambiamento (MTC) di Prochaska e Di Clemente e che possono essere utilizzati in diversi contesti e setting: dal contesto sanitario al contesto educativo, dal contesto assistenziale a quello preventivo, sia in ottica individuale che di gruppo. Gli interventi in questione possono variare in intensità e complessità, dal breve consiglio di un operatore ad un ciclo strutturato di colloqui di durata molto maggiore, effettuato anche in contesti specialistici. Sulla base di quanto sperimentato nell'ambito del gruppo di lavoro interregionale, che ha collaborato con il Centro Luoghi di Prevenzione di Reggio Emilia all'interno di progetti di area CCM già citati (v. Programma Scuola & Salute), ai quali la nostra Regione ha partecipato con propri referenti, gli interventi motivazionali, sulla base del loro livello di complessità e durata sono definiti come:

- Primo livello
- avviso motivazionale breve (minimal advise)
- Intervento motivazionale breve
- Secondo livello
- Counselling strutturato e colloquio motivazionale

Le azioni formative della linea d'intervento *Motivare al Cambiamento* sono quindi destinate a diversi target di operatori, nei differenti contesti (cosiddetti opportunistici) per realizzare competenze diffuse sugli interventi motivazionali di primo livello, riservando il secondo livello a contesti specialistici, ai quali eventualmente indirizzare le persone interessate (ad es. Centro Antifumo, Ambulatorio Nutrizionale e altri).

#### **Contrasto alle disuguaglianze**

Le linee di intervento del Programma *Mi prendo Cura di me*, hanno lo scopo di raggiungere la popolazione adulta con azioni di rete, da diffondere attraverso l'attivazione di nodi "sensibili" sul territorio e particolarmente prossimi ai cittadini. In questo modo le azioni potranno essere realizzate universalmente e, essendo costruite in sinergia con quelle di altri Programmi, raggiungere anche le fasce cosiddette deboli.



#### Evidenze

Per quanto riguarda la promozione dell'attività fisica si fa riferimento alle Raccomandazioni OMS (*Global recommendations on physical activity for health, 2010*), con le quali vengono definiti i livelli raccomandati di attività fisica e alla Carta di Toronto per l'attività fisica (*The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call to Action, 2010*) che presenta strategie intersettoriali di comunità e promuove una politica di contrasto agli ambienti sociali e fisici che inducono comportamenti sedentari.

Relativamente all'intervento motivazionale breve, a partire dal Modello Transteorico elaborato da Di Clemente e Prochaska (Di Clemente C.C., Prochaska J. *Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors*. In W.R. Miller e N. Heather (a cura di), *Treating addictive behaviors*, 1998, New York, Plenum) esistono numerose evidenze scientifiche sull'efficacia degli interventi motivazionali come modalità di intervento nel migliorare gli esiti degli interventi di promozione di abitudini salutari. Si citano le seguenti rassegne e pubblicazioni:

*Modelli socio cognitivi per il cambiamento dei comportamenti, - rassegna e analisi critica - Dors Piemonte 2009*  
*Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni - Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska Dors Piemonte I Ed. 2017 II Ed. 2014*

*Il "counseling motivazionale breve" nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute: lo strumento e i setting "opportunistici" (Regione Lombardia nov. 2013).*

Inoltre il programma *Mi prendo cura di Me* adotta complessivamente strategie raccomandate per lo sviluppo dell'empowerment del singolo e delle comunità integrando i diversi approcci: informativo, comportamentale e sociale, politico e ambientale.

#### Sostenibilità

La sostenibilità del Programma si basa su quanto già attivo da tempo nelle diverse realtà locali e, da un punto di vista anche metodologico, sulle esperienze sviluppate nell'ambito di Progetti CCM, affidati alla Regione Emilia Romagna e realizzati con la collaborazione tecnica del Centro di Didattica Multimediale di Reggio Emilia, Luoghi di Prevenzione, in tema di Progettazione Partecipata e di Riduzione delle Diseguaglianze già descritti nella sezione generale del Programma 2 Scuola & Salute:

- Pianificazione Partecipata interistituzionale di percorsi di promozione della salute;
- Un approccio integrato per la riduzione delle diseguaglianze all'accesso ai servizi di promozione della salute.

A ciò si aggiunge la partecipazione della nostra Regione, tramite suoi operatori, ai lavori del Gruppo Interregionale presso il citato Centro Luoghi di Prevenzione, sull'applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento (MTC) e dell'intervento motivazionale breve in contesti di comunità.

Ulteriori esperienze sono state diffuse in tutto il territorio regionale, anche in termini formativi e metodologici, nell'ambito di ulteriori CCM dedicati alla promozione dell'attività motoria quali:

- Azioni per una vita in Salute (capofila Regione Emilia Romagna)
- Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria Ministero Salute/Ccm - (capofila ULSS 20 Verona)
- Una Rete di azioni per dare attuazione alla Carta di Toronto (capofila Regione Emilia Romagna)

#### Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione:

- PASSI - PASSI d'ARGENTO; Multiscopo /ISTAT; SDO; Data Base regionali



### 3 - 1 - Motivare al cambiamento

#### Breve descrizione dell'intervento programmato

##### Razionale dell'intervento:

La presente linea d'intervento, per quanto già descritto nel Razionale del Programma 3 Mi prendo cura di Me, realizza azioni formative integrate, che interessano trasversalmente diversi Programmi e linee di intervento del presente PRP, per favorire la costruzione di competenze individuali e comunitarie che proteggono e promuovono la salute al fine di motivare le persone sia nella scelta iniziale al cambiamento, sia nelle fasi successive e di mantenimento.

Con la presente linea d'intervento si intende quindi realizzare percorsi formativi per aumentare le competenze degli operatori nei diversi contesti, sanitari e non, sulla conduzione dell'intervento motivazionale breve (primo livello) sugli stili di vita a rischio del Programma "Guadagnare Salute" (alcol, fumo, scorretta alimentazione e sedentarietà) in un contesto di rete.

Nel dettaglio si tratta di:

- acquisire conoscenze e competenze sulle modalità di lavoro in rete;
- acquisire conoscenze e competenze sui principi della comunicazione efficace;
- acquisire conoscenze e competenze sulla metodologia dell'intervento motivazionale breve, necessarie per far emergere i bisogni dell'interlocutore e facilitare il processo di cambiamento.

Motivare al Cambiamento rappresenta, all'interno del medesimo Programma n. 3 Mi prendo cura di Me, la linea d'intervento che metodologicamente orienta le azioni formative previste dalle linee d'intervento: n. 3 -2 Gente di cuore, n. 3 - 3 Lavorare in Stile, n. 3 -4 Si muove la Città. Similmente la metodologia dell'intervento motivazionale breve, tramite i moduli formativi specifici che verranno strutturati nell'ambito del Programma 3, raggiungeranno quindi altri destinatari all'interno dei Programmi n. 1 Bambini DOP, n. 2 Scuola & Salute e n. 4 Salute d'Argento.

La linea d'intervento in questione potrà avvalersi, degli strumenti realizzati e in corso di ridefinizione, presso il Centro Luoghi di Prevenzione di Reggio Emilia, (FAD, Vademecum) previa condivisione con il Centro Stesso e la Regione Emilia Romagna, secondo un'ottica di reciproco scambio di buone pratiche (v. Razionale del Programma 3 Mi prendo cura di Me).

Le azioni della presente linea si realizzano in integrazione con quanto avviato dal Gruppo tecnico regionale Comunicare per la Salute (dec. N. 22/SPU 13/8/12) anche al fine di fornire proposte per interventi di secondo livello.

##### Obiettivo Centrale

1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT.

##### Obiettivo Specifico regionale

- aumentare le competenze degli operatori sanitari e socio sanitari per sviluppare l'empowerment della popolazione verso scelte salutari, attraverso la diffusione della metodologia dell'Intervento Motivazionale Breve.

##### Attori e portatori di interesse

Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti Dipendenze, Distretti ASUR, Aziende del SSR, Ambiti Territoriali Sociali.

##### Beneficiari

Intermedi: Operatori del SSR, operatori sociali e socio sanitari.

Finali: Utenti dei diversi servizi Socio-Assistenziali e Popolazione in generale.



**Fasi di Articolazione**

- Istituzione Tavolo di lavoro regionale integrato da componenti di altre linee intervento interessate
- Predisposizione del percorso formativo (modulo base e moduli orientati a "fumo-alcol" e "alimentazione-attività fisica").
- Programmazione dei percorsi formativi nell'ambito delle diverse linee interessate
- Predisposizione di specifici strumenti di indagine (schede di rilevazione del feed-back degli operatori coinvolti, n. di soggetti a cui è stato fornito il consiglio breve, ecc.);
- Applicazione dell' Intervento Motivazionale Breve nei diversi contesti di lavoro.

**Criticità**

- Condivisione dell'approccio "culturale" a tale metodologia di lavoro richiede tempi lunghi
- Attitudini personali rispetto allo stile comunicativo
- degli operatori al complesso dei problemi portati dal soggetto
- Il numero degli operatori da formare è rilevante

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

1.10.3 Proporzioni fumatori che hanno ricevuto da un opt sanitario il consiglio di smettere  
Valore Baseline regionale: 58,1%  
Standard di riferimento regionale: 62,9%

1.10.4 Proporzioni persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un opt sanitario il consiglio perdere peso  
Valore Baseline regionale: 49,1%  
Standard di riferimento regionale: 63,9%

1.10.5 Proporzioni consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un opt sanitario il consiglio di ridurre il consumo  
Valore Baseline regionale: 1,4%  
Standard di riferimento regionale: 5,7%

1.10.6 Proporzioni persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un opt sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica  
Valore Baseline regionale: 42,9%  
Standard di riferimento regionale: 55,7%

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione : Attività del Tavolo Tecnico Regionale
- o Fonte: Regione
- o Tipologia qualitativo
- o Valore baseline: n.r.
  
- o Definizione : Formazione integrata su Intervento Motivazionale Breve
- o Fonte: ASUR
- o Tipologia quantitativo
- o Valore baseline: n.r.



Tabella linea di intervento 3 – 1: Motivare al Cambiamento

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore base line	Standard di riferimento	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2018	Valore atteso 2017	Valore atteso 2016	Sorveglianza/Fonte
M01 Ridurre il carico preventivo ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1-10.3 Aumentare l'offerta di approcci comportamentali o farmacologici o per le persone con fattori di rischio per MCNT	1-10.3 Proportione fumatori che hanno ricevuto da un opt sanitario il consiglio di smettere	Quantitativo	Anno 2013: 58,1%	62,9%	Aumentare le competenze degli operatori sanitari e socio sanitari per sviluppare l'em powerment della popolazione verso scelte salutari, attraverso la diffusione della metodologia dell'Intervento Motivazionale Breve.	Attività del Tavolo Tecnico Regionale	Stimanti di indagine e valutazione predisposti	Report Intermedio di valutazione	Report conclusivo	Regione ASUR
		1-10.4 Proportione persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un opt sanitario il consiglio di perdere peso	Quantitativo	Anno 2013: 49,1%	63,9%						
	1-10.5 Proportione consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un opt sanitario il consiglio di ridurre il consumo		Quantitativo								
			Quantitativo	Anno 2013: 1,4%	5,7%		Formazione integrata su Intervento Motivazionale Breve	N. 1 percorso formativo integrato effettuato in almeno 2 in Area Vaste (corsi = 2)	N. 1 percorso formativo integrato effettuato in almeno 4 in Area Vaste (corsi = 2)	N. 1 percorso formativo integrato effettuato in tutte le 5 in Area Vaste (corsi = 1)	ASUR
	1-10.6 Proportione persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un opt sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica		Quantitativo	Anno 2013: 42,9%	55,7%						



## 3-2 Si muove la Città

**Razionale dell'intervento:**

I legami fra attività fisica, sport, salute e benessere sono ormai ampiamente dimostrati. La promozione dell'esercizio fisico è infatti uno dei fattori cruciali per la salute di tutte le persone e per la prevenzione di molte malattie croniche quali patologie cardiovascolari, diabete, obesità, alcuni tipi di tumore e malattie osteo-articolari. Nonostante gli effetti positivi del movimento siano ormai ampiamente evidenziati, dai dati del Sistema di Sorveglianza Passi 2010-2013 emerge che solo il 33% degli intervistati di 18-69 anni può essere classificato come *attivo* (cioè effettua un lavoro pesante oppure 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni), il 36% come *parzialmente attivo* (non svolge un lavoro pesante ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati) e ben il 31% può essere classificato come *sedentario* (non fa un lavoro pesante e non pratica attività fisica nel tempo libero) – Dati PASSI 2010-2013. Per il periodo di rilevazione infine, la sedentarietà è significativamente più frequente in alcune categorie: nella fascia di età più anziana (50-69 anni, 35%), fra le donne (33%), fra le persone con molte difficoltà economiche (41%) e fra quelle con un titolo di studio basso o assente (41%).

Nel periodo 2009-12 dai dati PASSI – Regione Marche risulta che:

- il 29% dei marchigiani intervistati ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata (33% nel pool di Asl);
- il 44% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato - parzialmente attivo (36% nel pool di Asl);
- il 26% è completamente sedentario;
- complessivamente pertanto nel triennio 2009-2012 nelle Marche si stima che vi siano circa 275 mila adulti che non effettuano alcuna attività fisica.

Anche nella Regione Marche la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa:

- nelle donne (30% vs 23% degli uomini);
- nelle persone con basso livello d'istruzione (35%);
- in quelle con molte difficoltà economiche (32%).

A tal proposito va quanto meno promosso il passaggio dalla sedentarietà a un livello di attività, anche inferiore ai livelli raccomandati dalle Linee Guida OMS, perché è stato comunque evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute (*The Lancet Vol 378 October 1, 2011, pp. 1244-1253*), puntando, ove possibile, al raggiungimento dei livelli di attività fisica raccomandati.

Per contribuire a diminuire i comportamenti sedentari risulta particolarmente efficace affiancare a interventi motivazionali centrati sui singoli, la costruzione di contesti che consentano e facilitino le scelte di movimento. Si tratta, in questo secondo caso, di realizzare azioni intersettoriali e multilivello puntando ad interventi mirati ad un quadro di universalità, per garantire quanto più possibile il raggiungimento di fasce di popolazione deboli o disagiate e per questo più esposte al rischio di contrarre malattie.

Per quanto riguarda gli interventi centrati sui singoli, la presente linea d'intervento si avvale di quanto realizzato dalla linea n. 3-1 *Motivare al cambiamento*, i cui contenuti formativi, opportunamente adattati, saranno una risorsa formativa rivolta anche al target degli operatori del mondo dello sport (CONI, Comitato Italiano Paralimpico, Enti di Promozione Sportiva e Sociale).

Per quanto riguarda la creazione di contesti che facilitino le scelte di salute, e di movimento, come già indicato nella linea d'intervento n. 2 – 6 *"Ragazzi in Gamba"*, è strategico assumere un approccio di comunità che integri i diversi livelli e le differenti tipologie di azioni, al fine di agire su determinanti di carattere "ambientale" quali la struttura urbanistica delle città, le reti sociali, le



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
MU

opportunità di aderire a programmi/iniziative di promozione del cammino, ecc... Sulla base di tali motivazioni la presente linea d'intervento prevede il coinvolgimento attivo della componente degli Ambiti Territoriali Sociali, nonché degli Enti Locali, a cui offrire collaborazione e competenze, per migliorare gli interventi di contrasto alla sedentarietà, favorire la diffusione di buone pratiche, predisporre strumenti di monitoraggio, mantenendo la necessaria integrazione con la realtà dell'associazionismo sportivo.

Strumento per una programmazione fondata su tale processo di advocacy, è la "Carta di Toronto per l'Attività Fisica", che nel documento integrativo "Prevenzione delle malattie non trasmissibili: Investimenti che funzionano per promuovere l'attività fisica" individua e descrive i *sette migliori investimenti* (azioni sostenibili ed evidence based) per aumentare il livello di attività fisica della popolazione i quali, se applicati su scala adeguata, possono apportare un contributo significativo nel ridurre il peso delle malattie non trasmissibili e nel promuovere la salute della popolazione.

I principi della carta di Toronto sono stati fatti propri dalla Regione Marche con la DGR n. 347 del 24/3/2014 "Linee d'indirizzo per la promozione dell'attività fisica nelle Marche".

La presente linee d'intervento intende dare attuazione a quanto indicato nella citata deliberazione, con la finalità generale di rendere operativi nelle realtà locali i principi della Carta di Toronto.

In particolare, la presente linea prevede, come già sostenuto nella DGR 347/14, la realizzazione di un Accordo di Collaborazione tra Regione Marche e Coni, Comitato Italiano Paralimpico, Enti di Promozione Sportiva e Sociale e Associazionismo, che garantisca una migliore programmazione, diffusione e comunicazione degli interventi, nonché sostenga la realizzazione di accordi locali integrati. La stesura dell'Accordo prevede anche la condivisione con gli altri Assessorati regionali coinvolti e/o interessati al tema.

Infine sarà data particolare attenzione alla diffusione nel territorio regionale di esperienze già realizzate recentemente, quali ad es. la Festa dello Sport, o anche nell'ambito di progetti area CCM, in tema di promozione dell'attività fisica nelle fasce deboli o target con fattori di rischio aggiuntivo (ad es. pazienti con problemi psichici).

#### Obiettivi Centrali

1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone

#### Obiettivi Specifici

- Favorire la costruzione di alleanze intersettoriali, regionali e locali, attraverso la stesura di accordi con i principali portatori d'interesse.
- Aumentare le occasioni di formazione integrata tra i professionisti delle realtà degli Enti Locali, sanitari e sportivi.
- Favorire la pianificazione integrata a livello locale di iniziative efficaci e sostenibili per la modifica dei comportamenti sedentari e che affrontino in maniera integrata altri fattori di rischio.

#### Attori e portatori di interesse

Dipartimento di Prevenzione, Distretti dell'ASUR, Federazione Medici Sportivi, CONI, Comitato Italiano Paralimpico, Enti Promozione Sportiva e Sociale, Ambiti Territoriali Sociali, Enti Locali, Associazioni volontariato, OO.SS.

#### Beneficiari

Popolazione adulta 18 - 65 anni e target specifici (con fattori di rischio aggiuntivo).





**Fasi di Articolazione**

- Formalizzazione di un Gruppo Tecnico Regionale interistituzionale.
- Realizzazione di un Accordo di Collaborazione fra la Regione Marche, il CONI, il Comitato Paralimpico (CIP), gli Enti di Promozione Sportiva delle Marche per promuovere la cultura dello sport per la salute e l'attività fisica nella comunità locale.
- Censimento delle iniziative in atto in tema di promozione attività fisica nella popolazione generale (ad es. gruppi di cammino, uso delle scale, ecc...).
- Organizzazione, in collaborazione con la Scuola Regionale dello Sport del CONI, di un programma integrato di interventi formativi rivolti a dirigenti e istruttori delle realtà sportive, referenti degli Enti Locali, operatori sanitari, per la diffusione della metodologia dell' *intervento motivazionale breve* per il sostegno a stili di vita attivi.
- Realizzazione di accordi locali a sostegno di interventi integrati per la promozione dell'attività fisica, negli specifici contesti territoriali.
- Realizzazione di interventi integrati negli specifici contesti territoriali, sul modello della "Festa dello Sport" per la promozione dell'attività fisica a tutte le età, che prevedano eventi collaterali per la diffusione di corrette informazioni su ulteriori fattori di rischio o temi di interesse del presente PRP.

**Criticità**

Complessità nella gestione locale derivante dai molti attori coinvolti  
Risorse dei sistemi istituzionali coinvolti limitate

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

1.9.1 prevalenza di soggetti fisicamente attivi

Baseline regionale: 30,6%

Standard di riferimento regionale: 39,8%

**Indicatore di Obiettivo Specifico/ Indicatore/i di processo**

Definizione: Attività Gruppo Tecnico regionale

Fonte: Regione/ASUR

Tipologia: qualitativo

Valore baseline: non rilevato

Definizione: Attività gruppi tecnici locali integrati

Fonte: Regione/ASUR – Aree Vaste

Tipologia: quantitativo

Valore baseline: iniziative di promozione dell'attività fisica locali già realizzate



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**146**

**Tabelle linea d'intervento n. 3 - 2: Si Muove la Città**

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di base/linea	Standard di riferimento	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità della MCNT	1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1 Prevalenza di soggetti fisicamente attivi	quantitativo	30,6%	39,8%	-Favorire la costruzione di alleanze interistituzionali, regionali e locali, attraverso la stesura di accordi con i principali partner d'interesse. -Aumentare le occasioni di formazione integrate tra i professionisti della realtà degli Enti Locali, sanitari e sportivi. -Favorire la pianificazione integrata a livello locale di iniziative efficaci e sostenibili per la modifica dei comportamenti salutari e che affrontino in maniera integrata altri fattori di rischio.	Attività Gruppo Tecnico regionale integrato	1 evento regionale formativo integrato tra sanità, sociale, COMI, CIP, EPSS	Formalizzazione di 1 accordo di collaborazione interistituzionale Regione Marche Coni/ CIP/ EPS	report monitoraggio della Linea d'intervento	Regione (DGR) ASUR (report)
							Attività Gruppi Tecnici Locali integrati	Almeno 1 Accordo attuativo locale integrato + 5% delle iniziative di promozione dell'esercizio fisico nel territorio regionale rispetto 2014	Almeno 1 Accordo attuativo locale integrato + 5% delle iniziative di promozione dell'esercizio fisico nel territorio regionale rispetto 2015	Almeno 1 Accordo attuativo locale integrato + 5% delle iniziative di promozione dell'esercizio fisico nel territorio regionale rispetto 2016	ASUR/AAVV CONI/ASUR
								n. 1 iniziativa di sensibilizzazione in almeno 2 Aree Vaste (iniziativa =2)	n. 1 iniziativa di sensibilizzazione in almeno 4 Aree Vaste (iniziativa = 2)	n. 1 iniziativa di sensibilizzazione in tutte le 5 Aree Vaste (iniziativa =1)	ASUR CONI/CIP/EPSS



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>1 540</b>

pag. <b>147</b>
--------------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### 3 - 3 Lavorare In ... Stile

Breve descrizione dell' Intervento programmato:

Razionale dell'Intervento:

Parallelamente alle azioni seguite all'avvio di "Guadagnare Salute" nel territorio regionale, con le DGR 1045/09 e 940/10, in occasione della entrata in vigore di specifiche normative nazionali per il contrasto al tabagismo ed all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope nei luoghi di lavoro, la Regione Marche ha emanato la DGR 603/09. Tale atto contiene le indicazioni per la gestione omogenea delle azioni di controllo, ma prevedendo anche la realizzazione di iniziative finalizzate a favorire l'adozione, da parte dei lavoratori, di sani stili di vita e comportamenti responsabili. Tali azioni di promozione della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro sono state realizzate in collaborazione con le associazioni di categoria e le OO.SS. e con le associazioni di riferimento dei medici competenti. In particolare è stato realizzato un programma, rivolto ai medici competenti delle aziende, avente come obiettivo la formazione sull'utilizzo della metodologia denominata "Intervento Breve" (brief-intervention), secondo le evidenze scientifiche tra le più appropriate e vantaggiose in termini di costi-benefici per evidenziare problemi degli utenti rispetto all'uso incongruo di alcol. A questa esperienza specifica si vanno ad aggiungere le iniziative formative, realizzate nel periodo di vigenza del precedente PRP, che hanno realizzato moduli formativi specifici sui temi integrati alcol-fumo e che hanno sostenuto la costruzione di Reti Intersettoriali locali per il Contrasto al Tabagismo.

Mediante la presente linea di intervento, che si avvale delle esperienze già realizzate, si intende operare una azione maggiormente coordinata, finalizzata al sostegno dei corretti stili di vita per il contrasto alle patologie croniche non trasmissibili all'interno dei luoghi di lavoro. In particolare si intende avviare anche nella Regione Marche una azione per la creazione e lo sviluppo della rete di "aziende che promuovono salute" (Health workplace promotion - WHP), come già positivamente realizzato in altre nazioni ed in altre regioni italiane: è fondamentale il coinvolgimento dei datori di lavoro e dei medici competenti, questi ultimi anche in relazione ai contenuti della normativa specifica che indica tra i compiti di questa figura la collaborazione "... alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute, secondo i principi della responsabilità sociale". Il concetto di Promozione della Salute nei contesti occupazionali presuppone che un'azienda non solo attui tutte le misure per prevenire infortuni e malattie professionali ma si impegni anche ad offrire ai propri lavoratori opportunità per migliorare la propria salute, riducendo i fattori di rischio generali e in particolare quelli maggiormente implicati nella genesi delle malattie croniche. I luoghi di lavoro che promuovono la salute, ad esempio, incentivano e promuovono l'attività fisica, offrono opportunità per smettere di fumare, promuovono un'alimentazione sana, attuano misure per migliorare il benessere sul lavoro e oltre il lavoro.

**Obiettivi Centrali**

- 1.4 Ridurre il numero dei fumatori.
- 1.5 Estendere la tutela del fumo passivo.
- 1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio.
- 1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone.

**Obiettivi Specifici**



Realizzare la prima rete di aziende che promuovono salute nelle Marche

**Attori e portatori di interesse**

Medici Competenti e loro associazioni scientifiche/sindacali di riferimento, Personale sanitario SPSAL, INAIL, Associazioni dei datori di lavoro e OO.SS. dei lavoratori, LILT.

**Beneficiari**

Lavoratori e datori di lavoro delle aziende marchigiane.

**Fasi di Articolazione**

- Realizzazione di un seminario informativo regionale preliminare su "Aziende che promuovono salute", curato dal CRC ex art. 7 D.Lgs 81/08, rivolto in particolare alle Aziende, ai lavoratori, ai medici competenti, ai consulenti aziendali.
- Coinvolgimento, attraverso le associazioni di categoria e/o i medici competenti di un primo panel di aziende, sia pubbliche che private, di dimensioni medio- grandi, disponibili a sperimentare il percorso per giungere al riconoscimento di "azienda che promuove salute".
- Attuazione del percorso informativo – formativo per i "soggetti aziendali" delle aziende selezionate finalizzato a renderli consapevoli del significato della adesione al programma e fornirgli gli strumenti attuativi.
- Formazione ed aggiornamento del personale sanitario del SSR dei Dipartimenti di Prevenzione e dei medici competenti per il sostegno alla realizzazione di interventi di promozione della salute finalizzati al contrasto delle patologie croniche non trasmissibili negli ambienti di lavoro mediante interventi motivazionali finalizzati ad indurre e mantenere il cambiamento degli stili di vita.
- Programmazione ed effettuazione di interventi collettivi di informazione rivolti a datori di lavoro e lavoratori sulle tematiche fumo di sigaretta, consumo di alcol, sedentarietà e sovrappeso-obesità da condurre:
  - durante incontri con i lavoratori e loro rappresentanti per la sicurezza (RLS/RLST) condotti da Operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e/o MC
  - attraverso la distribuzione del materiale informativo prodotto a supporto di tutte le linee di intervento del programma *Mi prendo cura di me* effettuata dagli operatori dei servizi di prevenzione del SSR, dai Medici competenti, dalle associazioni dei datori di lavoro e delle OO.SS.
  - coinvolgendo gli organismi paritetici, laddove operativi

**Criticità**

Le evidenze scientifiche mostrano che gli stili di vita degli individui sono influenzati dal modello culturale che caratterizza i differenti contesti socio-familiari. Essendo inoltre i beneficiari individui in età lavorativa e non nella fascia d'età più idonea per trasmettere Life skills ed empowerment, (che invece risulta essere quella dai 6 ai 16 anni) sarà più lungo il percorso per modificare comportamenti a rischio, ormai consolidati.

Medici competenti e personale dei servizi SPSAL non sempre si mostrano sensibili verso le tematiche di salute non afferenti a quelle specifiche indicate dalle normative di settore.

**Indicatori:**



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>169</b>
--------------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Indicatore di Obiettivo Centrale, Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale:**

**1.4.1 Prevalenza di fumatori nella popolazione.**

Valore baseline: 25,8%

Standard: 23,2%

**1.5.1 Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato.**

Valore baseline: 91,3%;

standard: 95,9%

**1.6.1 Prevalenza di consumatori di alcol a rischio.**

Valore baseline: 18,8%;

standard: 15,9%

**1.9.1 Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi.**

Valore baseline: 30,6%;

standard: 39,8%

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori/i di processo**

- Definizione: Realizzazione di accordi di partnership con Associazioni di Medici Competenti, Ordine di Medici, Istituzioni ed Aziende del settore pubblico e privato, associazioni di categoria e organizzazioni sindacali attraverso la formalizzazione di accordi di partnership tipo.
- Fonte: Regione Marche.
- Tipologia: Indicatore quantitativo.
- Valore baseline: non rilevato.
  
- Definizione: Realizzazione di un percorso formativo sull' intervento motivazionale breve per il sostegno del ruolo dell' Azienda come Promotrice di Salute.
- Fonte: Regione Marche.
- Tipologia: indicatore quantitativo.
- Valore baseline: non rilevato.



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**150**

Tabella linea d'intervento n. 3-3 Lavorare in ...Stile.

Macroobiettivo	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori				Indicatori di processo				Sovveglianza/ Fonte		
	Obiettivo centrale	Nome e indicatore regionali	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/linea	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016		Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
MO1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbilità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.4 Ridurre il numero dei fumatori	1.4.1 Prevalenza di fumatori nella popolazione	Quantitativo	25,80%	23,20%		Formalizzazione di accordi di partnership	1 ACCORDO	1 ACCORDO	1 ACCORDO	Regione
	1.5 Estendere la tutela del fumo passivo	1.5.1 Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro è divieto di fumo e sempre o quasi rispettato	Quantitativo	91,30%	95,90%	Realizzare la prima rete di aziende che promuovono salute nelle Marche					
	1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1 Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	Quantitativo	18,80%	15,90%		Realizzazione di percorso formativo su intervento motivazionale breve per M.C. e sanitari SSR	Realizzazione 1 corso di formazione	Realizzazione 1 corso di formazione	Realizzazione 1 corso di formazione	Report regionale
	1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1 Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	Quantitativo	30,60%	39,80%						



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>151</b>
--------------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

### 3 – 4 Gente di Cuore

#### Breve descrizione dell'intervento programmato

##### Razionale dell'intervento:

La presente linea d'intervento ha la finalità di aumentare, in un gruppo di popolazione adulta selezionata, livelli di competenza che mantengano o migliorino il controllo della propria salute e - al contempo - far sì che tale gruppo funga da moltiplicatore dell'azione preventiva in quanto "informato e competente", che va ad aggiungersi agli altri moltiplicatori Individuati e raggiunti da altre linee di intervento del presente PRP.

Destinatari delle azioni sono i donatori AVIS della Regione Marche, popolazione di età compresa tra 18 e 65 anni, che può essere definita già "motivata" a prendersi cura della propria salute, elemento di base per lo sviluppo di empowerment personale e comunitario.

Una ulteriore opportunità di diffusione di informazioni sullo stato di salute, e sviluppo di competenze per sostenere la motivazione al cambiamento, è rappresentato dalla:

- diffusione dell'uso della carta del rischio cardiovascolare da parte del personale del Dipartimento Regionale Trasfusionale (DIRMT) che opera in sinergia con AVIS presso i centri trasfusionali, e comunicazione dei risultati ai donatori in sede di visita periodica;
- Formazione sull'intervento motivazionale breve del personale suddetto
- Sensibilizzazione sui rischi di comportamenti non salutari e addestramento alla raccolta dati ai donatori 'responsabili della sala d'aspetto' per le donazioni.

Nella Regione Marche sono presenti 137 sezioni AVIS, la popolazione dei donatori di sangue iscritti all'AVIS nelle Marche è di 53.761 e ogni anno vengono effettuate circa 100.000 donazioni (fonte.AVIS 2014). L'Associazione (AVIS) rappresenta quindi una realtà diffusa capillarmente nel territorio marchigiano, e, in qualità di partner attivo nello sviluppo delle azioni, può svolgere un ruolo importante nella 'moltiplicazione' e diffusione delle informazioni sui diversi fattori di rischio

La linea di intervento presenta comunque una discreta complessità, soprattutto in fase di avvio; è pertanto prevista una prima fase di esperienze pilota nel primo biennio, realizzate in alcune sezioni AVIS nelle diverse AA.VV. ASUR alle quali seguirà una valutazione dei risultati prima della diffusione ad una più larga parte del territorio.

##### Obiettivi Centrali

1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT

##### Obiettivo/i Specifico/i

- aumentare negli operatori del Dipartimento Regionale Trasfusionale Marche - DIRMT - (medici e infermieri) le competenze sull'intervento motivazionale breve per il sostegno ai corretti stili di vita ed incrementare l'uso della 'carta del rischio cardiovascolare';
- aumentare negli operatori AVIS (coinvolti nella gestione delle sezioni locali e nella sala d'attesa della donazione) la percezione del rischio di stili di scorretti per MCNT ed addestrarli nella somministrazione e registrazione dei questionari;
- definire il 'profilo di salute e di rischio della popolazione dei donatori di sangue.

##### Attori e portatori di interesse

Dipartimento Regionale Trasfusionale Marche (DIRMT), AVIS regionale, sezioni AVIS locali, Dipartimenti di Prevenzione delle AA.VV. ASUR.



**Beneficiari**

Popolazione dei donatori di sangue iscritti all'AVIS nelle Marche 18 - 65 anni

**Fasi di Articolazione**

- Costituzione gruppo tecnico regionale (interdisciplinare e integrato) tra operatori di sanità pubblica (Dipartimenti Prevenzione ASUR), rappresentanti dell'AVIS e del Dipartimento Trasfusionale Regionale (DIRMT) del SSR
- Realizzazione di questionari per la costruzione del 'profilo di salute percepita';
- Realizzazione applicativo web per raccolta dati questionari;
- Formazione degli operatori sanitari del DIRMT su intervento motivazionale breve;
- Formazione volontari AVIS quali "moltiplicatori dell'azione preventiva";
- Addestramento operatori AVIS nella somministrazione, controllo e registrazione dei questionari di raccolta dati;
- Ideazione, produzione e distribuzione di materiale informativo – formativo.
- Attivazione di iniziative condivise (es. gruppi di cammino, festa della salute, carta del rischio cardiovascolare autosomministrata, ecc.) che aiutino nello sviluppo di comportamenti salutari e che fungano da indicatori di risultato degli interventi utili individuati sulla base del profilo di salute.

**Criticità**

Sono ipotizzabili le seguenti criticità:

- Difficoltà di coinvolgimento del personale sanitario DIRMT
- Insufficiente adesione delle sezioni AVIS alle azioni individuate;
- Insufficiente partecipazione dei donatori alle azioni individuate;

**Indicatori di obiettivo centrale**

1.10.3 Proporzioni di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere

Valore Baseline regionale: 58,1%

Standard di riferimento regionale: 62,9%

1.10.4 Proporzioni di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso

Valore Baseline regionale: 49,1%

Standard di riferimento regionale: 63,9%

1.10.5 Proporzioni di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo

Valore Baseline regionale: 1,4%

Standard di riferimento regionale: 5,7%

1.10.6 Proporzioni di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica

Valore Baseline regionale: 42,9%

Standard di riferimento regionale: 55,7%





seduta del 15 LUG 2015
delibera 1540

pag. 153
-------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

- Definizione: n. corsi di formazione per operatori del Dipartimento Regionale Trasfusionale Marche – DIRMT effettuali
- Fonte: DIRMT
- Tipologia: quantitativo
- Valore baseline – non rilevato
  
- Definizione: % sedi AVIS coinvolte nella formazione/addestramento operatori volontari
- Fonte: AVIS
- Tipologia: quantitativo
- Valore baseline – non rilevato
  
- Definizione: report profilo di salute e di rischio dei donatori Avis delle Marche
- Fonte: regione
- Tipologia: qualitativo
- Valore baseline – non rilevato



Tabella linea di intervento 3 - 4 : Gente di Cuore

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di base	Standard di riferimento	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte	
Mo 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.10 Aumentare l'offerta di approcci comportamentali o farmacologici per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.3 Proportione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	quantitativo	58,1%	62,9%	Aumentare negli operatori del Dipartimento Regionale Trasfusionale Marche - DIRMT - (medici e infermieri) le competenze sull'approccio motivazionale breve per il sostegno ai correnti stili di vita ed incrementare l'uso della "carta del rischio cardiovascolare"	Formazione degli operatori sanitari DIRMT (trasfusori)	Effettuazione 2 corsi formazione operatori DIRMT	Effettuazione 2 corsi formazione operatori DIRMT	Effettuazione 1 corso formazione operatori DIRMT	DIRMT	
		1.10.4 Proportione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	quantitativo	49,1%	63,9%		Formazione / addestra mento volontari AVIS	Colvolgimento volontari 10% sedi AVIS totali	Colvolgimento volontari 20% sedi AVIS totali	Colvolgimento volontari 30% sedi AVIS totali	AVIS	
	1.10.5 Proportione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	quantitativo	1,4%	5,7%								
		1.10.6 Proportione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	quantitativo	42,9%	55,7%	Definire il "profilo di salute e di rischio" della popolazione dei donatori di sangue.	Profilo di salute e di rischio donatori AVIS	Predisposizione questionario	Realizzazione indagini	Report	AVIS - Regione	

Programma n. 3 - Mi prendo cura di Me  
Pag. 19



### 3 – 5 Meno Sale, Meno Pressione

#### Breve descrizione dell'intervento programmato

##### Razionale e descrizione del programma:

E' noto che il consumo eccessivo di sale nell'alimentazione è responsabile dello sviluppo di malattie cardio-cerebrovascolari, tumori, osteoporosi, malattie renali. Per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandare un consumo giornaliero di sale inferiore ai 5 g al giorno. In Italia però il consumo è oggi attestato ad un valore quasi il doppio della quantità di sale raccomandata (cfr. linee di intervento 2 – 5). A tal proposito il PNP 14 – 18 pone particolare attenzione alla necessità di ottenere una riduzione dell'apporto di sale nella dieta sollecitando il personale sanitario a fornire corrette informazioni ai soggetti ipertesi.

Anche se il dato di sorveglianza, sia nazionale che regionale, indica che nell'86% dei pazienti ipertesi tali consigli dietetici sono già applicati, al fine di elevare ulteriormente l'attenzione su tale aspetto, ma favorire anche un miglioramento delle abitudini della popolazione, in sinergia con i contributi delle linee di intervento previste nel Programma n. 2 *Scuola & Salute* – linea d'intervento 2 – 5 *La giusta alimentazione?....La trovi a scuola* e del Programma n. 11, *La Sicurezza Alimentare* linea d'intervento n. 11 – 6 *Sale iodato: scelgo consapevolmente*, con questa linea di intervento si prevede di predisporre a livello regionale materiale informativo specifico da diffondere a tutti i sanitari mediante i canali che deriveranno dagli accordi generali con gli Ordini dei Medici e durante gli incontri formativi previsti tra le azioni di diverse linee di intervento dei programmi aventi come obiettivi specifici la promozione di corretti stili di vita.

##### Obiettivo Centrale:

1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale.

##### Obiettivo/i Specifico regionale:

supportare la informazione sanitaria ai soggetti ipertesi, sulla necessità di ridurre l'apporto di sale nella dieta

##### Attori e portatori di interesse:

ARS, Aziende del SSR, ordini dei medici, associazioni di portatori di interesse

**Beneficiari:** Tutta la popolazione adulta ed anziana, in particolare quella affetta da ipertensione

##### Fasi di Articolazione :

- Predisposizione di materiale informativo specifico a cura dell'ARS Marche con la collaborazione dei professionisti del SSR
- Diffusione del medesimo al personale sanitario mediante strumenti tradizionali a stampa da distribuire ai pazienti e strumenti di comunicazione web, in coordinamento con le altre linee di intervento sulla promozione di stili di vita sani.

##### Indicatori:

##### Indicatore di Obiettivo Centrale:

1.8.1 Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale

Valore Baseline regionale: 88,6%

Standard di riferimento regionale: 93,1%



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
156

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo**

- o Definizione: n. siti di interesse sanitario regionale che pubblicano e/o inseriscono link del materiale informativo
- o Fonte: Regione
- o Tipologia: qualitativo
- o Valore baseline 2014: non rilevato



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**157**

Tabella: Linea di intervento 3-5 "Meno sale, Meno pressione"

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome Indicatore	Tipo (Quali/ Quanti)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di intervento	Nome Indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1 Prevalenza delle persone età 18-69 anni che hanno ipertensione	Qualitativo	88,6%	93,1	supportare la informazione sanitaria agli ipertesi, sulla necessità di ridurre l'apporto di sale nella dieta	Meno sale, meno pressione	n. siti web di interesse sanitario regionale che pubblicano e/o inseriscono link del materiale informativo	5 siti	5 siti	5 siti	



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**158**

**Programma n. 4 Salute d'Argento**

**Tabella Riepilogativa**

Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
MO n. 1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	<p>1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone</p> <p>1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informare la popolazione target e il personale sanitario sulla prevenzione dell'osteoporosi e dei rischi di frattura,</li> <li>- Realizzazione di uno studio di fattibilità e avvio sperimentazione di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia di età 50-60 anni in condizione di rischio aumentato di frattura per osteoporosi,</li> <li>- Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi di incidente domestico connessi all'osteoporosi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio e nei care giver,</li> <li>- Migliorare la conoscenza del fenomeno "incidenti domestici" negli anziani e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG, PLS</li> </ul>
	<p>1.11 Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico adattato nei soggetti con patologie croniche</li> <li>- Avvio attuazione degli indirizzi regionali entro il 2018 mediante una sperimentazione sul campo</li> </ul>
MO n. 6 Prevenire gli incidenti domestici	<p>6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero.</p> <p>6.2 Aumentare il livello di attività fisica negli ultra 64enni.</p> <p>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.</p> <p>6.4 Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS.</p> <p>6.5 Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Migliorare l'informazione sui rischi di incidenti domestici della popolazione target secondo la metodologia dei "moltiplicatori dell'azione preventiva";</li> <li>- Aumentare negli operatori sanitari e sociali coinvolti l'attenzione ai fattori di rischio per incidenti domestici;</li> <li>- Aumentare il numero di iniziative di promozione del cammino e/o Laboratori dell'equilibrio per la popolazione over 65;</li> <li>- Istituire una sorveglianza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce d'età e genere in tutta la Regione;</li> <li>- Migliorare le Sorveglianze Passi e Passi d'Argento con moduli costruiti per misurare, nella popolazione ultra64, le conoscenze e le informazioni ricevute in merito agli incidenti domestici e realizzare un focus specifico su avvelenamenti</li> </ul>



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
159

#### Razionale e descrizione del Programma

Gli anziani sono storicamente visti principalmente come beneficiari di cure e assistenza ma, l'allungarsi della speranza di vita e l'impatto economico delle risorse richieste dalla cronicità, richiedono di identificare strategie utili a aggiungere "vita agli anni" e garantire più a lungo possibile la salute e la qualità della vita.

In base a tali presupposti il Programma *Salute D'Argento* prevede azioni collettive di prevenzione e promozione della salute che, in una logica di intersettorialità e trasversalità, tendono a rafforzare i comportamenti salutari e protettivi per "invecchiare bene", con un approccio globale che tenga conto degli aspetti individuali, sociali ed ambientali.

Il Programma si sviluppa su tre linee d'intervento che concentrano le loro azioni nel contrasto alla fragilità, alla perdita di autonomia e isolamento.

Questo Programma si avvale anche delle azioni contenute nel Programma n. 3 *Mi Prendo Cura di Me*, al quale si rimanda, e in particolare alla linea d'intervento n.3 - 2 n. *Si Muove la Città*, relativamente sia al previsto Accordo di Collaborazione interistituzionale con il mondo dello sport, che al coinvolgimento degli Ambiti Territoriali Sociali. Infatti tali collaborazioni hanno, in generale, l'obiettivo di sostenere nella programmazione locale la realizzazione di azioni e ambienti favorevoli in particolare l'attività fisica sia per la popolazione adulta che anziana.

Nella linea d'intervento n. 4 - 1 *manTeniamoci*, dedicata alla prevenzione degli Incidenti Domestici, tra i portatori d'interesse individuati risultano strategici i Servi Distrettuali che, con le loro articolazioni, sono un nodo "prossimo" alla popolazione anziana più fragile. Nell'ambito del Programma è quindi prevista una formazione destinata a tali operatori, che completa la formazione sui medesimi temi, ma rivolta alla fascia di popolazione infantile (cfr Programma n.1 Bambini DOP). Secondo la logica dei "moltiplicatori dell'azione preventiva" e della intersettorialità, sono previste iniziative formative destinate ai referenti sindacali dei pensionati e a quelli degli Enti di promozione Sportiva e/o associazioni di Promozione sociale.

Quanto sopra consolidando la positiva esperienza già realizzata a partire dal 2012 su impulso delle organizzazioni sindacali dei pensionati CGIL/CISL/UIL, e dei rispettivi Coordinamenti Donne nell'ambito del progetto regionale di prevenzione dell'osteoporosi *Ossi Duri si Diventa*.

Tale progetto viene ripreso e sviluppato, in sinergia con *manTeniamoci*, nella omonima Linea d'intervento n. 4 - 2. In aggiunta ad obiettivi di promozione di stili di vita sani, con tale Linea d'intervento si intende perseguire l'obiettivo centrale 1.10 "aumento della offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT", quale l'osteoporosi è, mediante lo sviluppo dello studio di fattibilità (indicatore 1.10.1) e successivo avvio della sperimentazione (indicatore e successivo avvio della sperimentazione (indicatore 1.10.2).

La terza ed ultima linea d'intervento del presente Programma è dedicata alla sperimentazione dell'Attività Fisica Adattata per pazienti over 65, a partire da sperimentazione realizzate se pur limitate contenute, realizzate in integrazione tra Ambiti Territoriali Sociali, Aziende del SSR, e Scuola di Scienze Motori dell'Università di Urbino. Pur trattandosi di una linea d'intervento molto complessa, l'inserimento nel PRP 2014 - 2018 rappresenta il completamento di una complessiva offerta di prevenzione rivolta agli anziani ed un'occasione favorevole per la ulteriore diffusione di strumenti e metodologie sia in tema di programmazione partecipata che di progettazione integrata su temi di prevenzione e promozione della salute.

#### Contrasto alle disuguaglianze

Anche nel caso di *Salute d'Argento* le linee di intervento hanno lo scopo di raggiungere la popolazione anziana con azioni di rete, da diffondere attraverso l'attivazione di nodi "sensibili" sul territorio e particolarmente prossimi ai cittadini. In questo modo le azioni potranno essere



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
160

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

realizzate in qualsiasi territorio della Regione e, essendo costruite in sinergia con quelle di altri Programmi, più facilmente raggiungere anche le fasce cosiddette deboli.

#### Evidence

Per quanto riguarda la promozione dell'attività fisica ed alla Attività Fisica Adattata, si fa riferimento a:

- Raccomandazioni OMS (Global recommendations on physical activity for health, 2010), con le quali vengono definiti i livelli raccomandati di attività fisica;
- Carta di Toronto per l'attività fisica (The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call to Action, 2010) che presenta strategie intersectoriali di comunità e promuove una politica di contrasto agli ambienti sociali e fisici che inducono comportamenti sedentari;
- Linee guida lotta alla sedentarietà – 2011, frutto del lavoro svolto nell'ambito del progetto Ccm «Costruzione di un network per la ricerca dell'efficacia dei programmi di prevenzione rivolti alla popolazione e la diffusione della cultura scientifica nelle strutture di sanità pubblica -evidence based prevention».

La linea d'intervento *manTeniamoci*, realizza azioni secondo le Linee Guida Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani (Documento 13 maggio 2007 ISS e Sistema Nazionale Linee Guida ISS Lg poket - versione per la cittadinanza).

Le indicazioni sulla prevenzione dell'osteoporosi e delle sue conseguenze (fratture) sono molteplici e relative a più fattori di contrasto:

- il consumo di verdura e frutta (5 porzioni/die). (Lin PH, et al. J Nutr, 2003)
- la assunzione di adeguati livelli di Calcio e di vitamina D (FAO/WHO. Human vitamin and mineral Requirements, 2002) e la esposizione alla luce solare (Holick MF. The vitamin D solution, 2010.)
- la attività fisica (almeno 30 min/die di attività moderata). (Kemmler W, et al. Arch Intern Med, 2004; Campbell AJ, et al. Age Ageing, 1999)

#### Sostenibilità

Salute d'Argento si avvale nel complesso di azioni realizzate trasversalmente in altri Programmi e individua professionisti, sanitari e non, già individuati e coinvolti in livelli e fasi di attuazione differenti.

#### Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione

Passi d'Argento, SINIACA, SDO, rilevazioni regionali specifiche.





seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>161</b>
--------------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

#### 4 – 1 manTeniamoci

##### Breve descrizione dell'intervento programmato

##### Razionale dell'intervento

Nella nostra Regione secondo le stime dell'indagine Multiscopo dell'ISTAT del 2012 risulta un tasso di incidentalità domestica minore di quello nazionale (10,6/1.000 nelle Marche *versus* 12,2/1.000 in Italia). Tuttavia l'analisi dei dati SDO rivela, in tutto il territorio nazionale, un preoccupante trend in aumento con un incremento del 27% in 4 anni (2.780 incidenti domestici nel 2013 contro 1.955 nel 2010). Secondo i dati forniti dalla sorveglianza Passi 2009-2012 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 93% degli intervistati ha dichiarato di considerare questo rischio scarso o assente. Dai dati della progetto multi regionale SINIACA 2005-2013 (Sistema Informativo Nazionale Incidenti in Ambienti di Civile Abitazione), svolta in due Pronti Soccorso regionali, emerge che il 20% degli incidenti domestici coinvolge ultra 75enni. Il 17% di questi infortuni è occorso in cucina, il 13% su scale/ballatoi, il 10% nella camera da letto il 9% in giardino. Nel 25% dei casi l'attività svolta riguardava il lavoro domestico (pulire, cucinare, ecc...), nel 19% il camminare.

Dai dati Passi d'Argento 2012 (riferiti alla sola Area Vasta 2 di Ancona) emerge che nella classe di età 65-74 anni esiste un livello insufficiente di attività fisica soprattutto nel genere femminile. Per quanto riguarda, invece, le persone con 85 anni e più, solo gli uomini (12.8%) presentano un livello di attività fisica inferiore al 10° percentile del pool nazionale.

La caduta nell'anziano ultra 65enne rappresenta un problema rilevante in quanto è la prima causa di incidente domestico e in una percentuale pari al 20-30% esita in una conseguente ridotta mobilità e in un più alto rischio di morte prematura. A ciò si aggiungono le ripercussioni psicologiche, dettate dalla perdita di sicurezza e dalla paura di cadere di nuovo che possono accelerare il declino funzionale e essere causa di depressione o isolamento sociale.

In generale le cadute sono la conseguenza di diversi fattori:

- fattori personali dovuti a cambiamenti legati all'età, acuità visiva, stato di salute, riduzione della massa muscolare e dell'equilibrio dettate dalla scarsa attività fisica
- assunzione di farmaci in grado di compromettere le funzioni neuromuscolari e l'attenzione, assunzione di sostanze psicotrope;
- l'abuso di alcool;
- la scarsa percezione del rischio;
- scarsa sicurezza progettuale delle strutture e degli impianti della casa
- condizioni sociali ed economiche svantaggiate che favoriscono l'emarginazione, la solitudine e la depressione.

Sempre l'indagine Passi d'Argento rivela che il 9.24% degli anziani è caduto negli ultimi 30 giorni dall'intervista; la prevalenza delle cadute aumenta con il crescere dell'età: 6.6% nella fascia 65-74 anni e 11.6% sopra i 74 anni. E' caduto inoltre negli ultimi 30 giorni il 16.3% delle persone con disabilità (problemi di vista e/o articolari).

La maggior parte della cadute sono avvenute in casa (70%). mentre in strada si è verificato il 1.7% delle cadute; tra le persone cadute, il 24.0% è stato ricoverato per più di un giorno a seguito della caduta.

Continuano ad avere paura di cadere il 53.2% delle persone con 75 anni e più (vs il 34.1% delle persone fra 65 e 74 anni).

La presente Linea d'intervento intende concorrere alla prevenzione degli incidenti domestici nella popolazione anziana, ivi compresi gli avvelenamenti domestici, attraverso azioni intersettoriali di livello locale che prevedono l'attivazione di alleanze con gli Enti Locali, le Organizzazioni Sindacali



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>162</b>
--------------------

dei Pensionati, l'Associazionismo sportivo e le realtà del volontariato attive nei territori. Le azioni di "ManTeniamoci" saranno coordinate con quelle della linea di intervento 4-2 *Ossi duri si diventa* così da razionalizzare, in fase attuativa, i percorsi formativi e informativi rivolti ai portatori di interesse in generale, e in modo particolare agli operatori del settore sanitario, anche al fine di rendere le citate linee maggiormente sostenibili.

**Obiettivi Centrali**

- 1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone.
- 6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero.
- 6.2 Aumentare il livello di attività fisica negli ultra 64enni.
- 6.3 Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi di incidente domestico e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver.
- 6.4 Migliorare la conoscenza del fenomeno incidenti domestici e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS.
- 6.5 Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico.

**Obiettivi Specifici**

- Migliorare l'informazione sui rischi di incidenti domestici della popolazione target secondo la metodologia dei "moltiplicatori dell'azione preventiva";
- Aumentare negli operatori sanitari e sociali coinvolti l'attenzione ai fattori di rischio per incidenti domestici;
- Aumentare il numero di iniziative di promozione del cammino e/o Laboratori dell'equilibrio per la popolazione over 65;
- Istituire una sorveglianza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce d'età e genere in tutta la Regione;
- Migliorare le Sorveglianze Passi e Passi d'Argento con moduli costruiti per misurare, nella popolazione ultra64enne, le conoscenze e le informazioni ricevute in merito agli incidenti domestici e realizzare un focus specifico sugli avvelenamenti in ambiente domestico.

**Attori e portatori di interesse**

Dipartimento di Prevenzione, Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri, MMG, Ordine dei Medici, Federazione Medici Sportivi, Ambiti Territoriali Sociali, Servizi Sociali dei Comuni, Organizzazioni Sindacali di Pensionati, Associazioni di volontariato e/o di cittadini e degli Enti di Promozione Sportiva e Sociale, Farmacie.

**Beneficiari**

Popolazione ultra 64 enne, familiari, collaboratori familiari, care giver.

**Fasi di Articolazione**

- Istituzione del Tavolo tecnico regionale integrato con i principali portatori d'interesse;
- Censimento delle buone pratiche intersettoriali in atto o realizzate sul tema della promozione del cammino e/o "laboratori di equilibrio" rivolte alla popolazione over 65;
- Predisposizione di materiali informativi e formativi *ad hoc*;
- Formazione dei referenti locali delle Organizzazioni Sindacali dei Pensionati e delle Associazioni (Enti promozione sportiva e di Volontariato) coinvolte;
- Azioni di diffusione locali - Realizzazione eventi informativi;



- Formazione degli operatori sanitari e sociali sui rischi per incidenti domestici e misure di prevenzione,
- Realizzazione di progettazioni integrate locali per l'offerta di iniziative di cammino e/o laboratori di equilibrio
- Formalizzazione di una sorveglianza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce d'età e genere in tutta la Regione, con reportistica dei risultati
- Introduzione nelle sorveglianze Passi e Passi d'Argento di moduli specifici per rilevare, le attitudini, conoscenze e comportamenti della popolazione ultra64enne in merito agli incidenti domestici e nello specifico le informazioni ricevute sugli stessi.

**Criticità**

- Limitate disponibilità di risorse umane, con particolare riguardo per il settore sanitario, per mettere in atto le azioni di promozione della salute;
- Complessità organizzativa degli interventi che, per risultare efficaci, devono essere multiprofessionali ed interistituzionali.

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

**6.1.1 Tasso annuale degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere.**

Baseline regionale: Regionale: 2.780 nel 2013 (1.955 nel 2010).

Standard di riferimento regionale: fermare il trend in ascesa.

**6.2.1 Proporzione di ultra 64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile.**

Baseline regionale: PASE 64,31.

Standard di riferimento regionale: PASE 74.

**6.3.1 Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi- Passi d'Argento entro 2 anni).**

Baseline regionale: assenza dei moduli opzionali.

Standard di riferimento regionale: Utilizzo moduli opzionali per incidenti domestici.

**6.1.4 Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi- Passi d'Argento entro 5 anni).**

Baseline regionale: 2013: 11,3% dati Passi; 2012-2013: 17,0% dati Passi d'Argento (AV2)

Standard di riferimento regionale: 22,6% secondo sorveglianza Passi; 34,0% secondo sorveglianza Passi d'Argento.

**6.1.5 Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico.**

Baseline regionale: non rilevato.

Standard: attivazione.



**Indicatori di Obiettivo Specifico/ Indicatore/i di processo**

- Definizione: Attività del Tavolo tecnico regionale integrato
- Fonte: Regione/ASUR
- Tipologia indicatore: qualitativo e quantitativo
  
- Definizione: Realizzazione formazione a cascata a cura delle Organizzazioni sindacali per popolazione generale
- Fonte: ASUR, Organizzazioni Sindacali
- Tipologia: indicatore quantitativo
  
- Definizione: Attività del gruppo Tecnico locale
- Fonte: ASUR AAV
- Tipologia: indicatore quantitativo
  
- Definizione: Adeguamento del Sistema di sorveglianza Sorveglianza PASSI e Passi d'Argento per incidenti domestici
- Fonte: Agenzia Regionale Sanitaria
- Tipologia: indicatore qualitativo
  
- Definizione: Produzione report su avvelenamenti in ambiente domestico
- Fonte: Agenzia Regionale Sanitaria
- Tipologia: indicatore qualitativo



Tabella linea di intervento 4 - 1: "manTeniamoci"

Macro obiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Source/Fonte
6. prevenire gli incidenti domestici	6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	6.1.1 Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	quantitativo	anno 2013: 2.335 (nel 2011 1712)	fermare il trend di ascesa (del 39% nelle Marche) mantenimento 2013	Migliorare l'informazione sui rischi di incidenti domestici della popolazione target secondo la metodologia dei moltiplicatori dell'azione preventiva	Attività del Tavolo tecnico regionale integrato	Censimento buone pratiche in atto o realizzate	Produzione materiale tecnico informativo	report	Regione/ ASUR
	6.2 Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1 Proporzioni di ultra 64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	quantitativo	FASE 64,3%	FASE 74,08%	Aumentare il numero di iniziative di promozione del cammino e/o Laboratori dell'equilibrio per la popolazione over 65.	informazione a cascata a cura di OO.SS. Pensionati per popolazione generale		Almeno n. 3 incontri informativi a cascata	Almeno n. 3 incontri informativi a cascata	Almeno n. 3 incontri informativi a cascata
		6.2.1 Proporzioni di ultra 64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	quantitativo	FASE 64,3%	FASE 74,08%	Aumentare il numero di iniziative di promozione del cammino e/o Laboratori dell'equilibrio per la popolazione over 65.	Attività dei gruppi Tecnici locali (1 per AAVV - ASUR)	Censimento portatori d'interesse locali e iniziative locali in atto	Realizzazione di n.5 iniziative di cammino e/o laboratorio di equilibrio (1 per AAVV)	realizzazione n.10 iniziative di cammino e/o laboratorio di equilibrio (2 per AAVV)	ASUR AAVV



seduta del  
**15 LUG 2015**  
 delibera  
**540**

pag.  
**166**

6.4. Migliorare la conoscenza delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1 Proporzioni di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi Argento entro 5 anni)	Quantitativo	2013: 11,3% dati Passi; 2012-2013: 27,1% Passi d'Argento	Adulti 18-69 22,5% dai Passi >64, 27,1% Passi d'Argento	Formazione degli operatori sanitari (OP, Distretto e Ospedale) su rischi per incidenti domestici e misure di prevenzione	Realizzazione 1 corso formazione	Realizzazione 2 corsi formazione	ARS
6.3. aumentare la conoscenza e consapevolezza della rilevanza di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio e nei caregiver	6.3. Adeguamento del sistema di Sorveglianza (PASSI PASSI d'Argento Okto alla Salute entro 2 anni)	qualitativo	Non rilevato	Adeguamento	Migliorare le Sorveglianze Passi e Passi d'Argento con moduli costruiti per misurare, nella popolazione ultrastima, le conoscenze e le informazioni rilevate in merito agli incidenti domestici e realizzate un focus specifico sugli avvelenamenti in ambiente domestico	Introduzione Modulo incidenti domestici nel questionario PASSI	Mantenimento Modulo nella sorveglianza PASSI	ARS
6.5. Migliorare la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1 Potenziamento flussi informativi per conoscenza avvelenamenti in ambiente domestico		Non rilevato	Produzione di un report annuale specifico	Introduzione nella Sorveglianza Passi e Passi d'Argento del modulo ad hoc sui incidenti Domestici e avvelenamenti	Introduzione Modulo incidenti domestici nel questionario PASSI d'Argento	Introduzione Modulo incidenti domestici nel questionario PASSI d'Argento	ARS



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>167</b>
--------------------

**4 - 2 OSSI DURI ... SI DIVENTA: PREVENZIONE DELL'OSTEOPOROSI e del rischio di frattura correlato.**

**Breve descrizione dell' Intervento programmato:**

**Razionale dell'intervento:**

E' dimostrato che gli stili di vita impattano su molte patologie, compresa l'osteoporosi, malattia cronica non trasmissibile (MCNT) molto diffusa e che comunemente si instaura in menopausa (post-menopausale) o nell'anziano (senile). Si tratta di un problema globale in continuo aumento che l'OMS ha identificato come una priorità sanitaria a livello mondiale. In Italia l'osteoporosi è la terza patologia cronica più diffusa (dopo l'ipertensione e artrosi/artrite), per la quale si evidenziano marcate differenze di genere, in quanto colpisce circa 3,5 milioni di donne e 1 milione di uomini. Ne sono affette il 15% delle donne appartenenti alla fascia di età 50-59, più del 30% della classe 60-69 e il 45% della fascia 70-79. Si stima che ne sia affetto anche il 15% dei maschi over 60.

Le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) raccolte dal Ministero della Salute riportano soggetti in cui la frattura abbia richiesto un ricovero. In Italia, ogni anno, si registrano circa 80.000 fratture di femore, il 75% delle quali si verifica nella popolazione femminile e, di questa percentuale, il 94% avviene nelle donne con età >65 anni. La causa o concausa "osteoporosi" è presente nella quasi totalità dei casi. Il 90% delle fratture femorali è legato ad una caduta e il rischio di cadute aumenta con l'età. Circa un terzo degli individui oltre i 65 anni cade almeno una volta all'anno. Nelle Marche, il tasso di ospedalizzazione della popolazione > 75 aa, con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore, negli anni dal 2009 al 2013, ha dimostrato valori leggermente più bassi della media nazionale, ma con un trend in leggero aumento (dal 12,42 del 2009 al 13,22 del 2012). Nel 2013 si assiste ad un lieve riduzione del tasso (12,57/1000).

La prevenzione dell'osteoporosi si attua a partire dalla correzione dei fattori di rischio (connessi alla acquisizione del picco di massa ossea, alla densità ossea in età senile e agli aspetti strutturali scheletrici). Una dieta adeguata con giusto apporto di vitamina D, ma anche equilibrata con corretto apporto di proteine, carboidrati e lipidi può essere utile per ottimizzare il picco di massa ossea anche in età giovanile. Svolgere attività fisica regolare, esporsi regolarmente al sole e ridurre i fattori di rischio modificabili (fumo, abuso di alcool, riduzione consumo di sale, rischi ambientali di cadute) debbono essere consigliati a tutti.

Con queste premesse che rendono ragione della necessità di informare, sensibilizzare e promuovere strategie di prevenzione, nella Regione Marche, su impulso delle organizzazioni sindacali dei pensionati CGIL/CISL/UIL, e dei rispettivi Coordinamenti Donne a partire da un forte coinvolgimento dal basso, anche attraverso una raccolta di 5000 firme, dal 2012 sono state avviate stesura e sperimentazione della prima fase di un Progetto Regionale di Prevenzione dell'Osteoporosi.

Al fine di procedere alla stesura del piano progettuale è stato costituito un gruppo di lavoro funzionale con operatori del Servizio Sanitario Regionale, che vede la presenza di componenti rappresentative di tutte le professionalità coinvolte nella gestione della tematica. Il gruppo ha visto altresì presenti, in maniera altamente collaborativa e propositiva, le rappresentanti dei Coordinamenti Donne Pensionate ( SPI- CGIL; FNP - CISL ; UILP - UIL ) promotrici dell'iniziativa.

A partire dal 2013 il gruppo tecnico ha individuato le seguenti linee di azione:

- Informazione e sensibilizzazione della popolazione generale sulla importanza dei corretti stili di vita per la prevenzione della osteoporosi e diffusione di strumenti semplici per la valutazione del rischio di frattura a 10 anni che può anche essere autosomministrato (*algoritmo Defra*);



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>168</b>
--------------------

- Identificazione dei soggetti con rischio più elevato di frattura, al fine di investire su di loro le limitate risorse economiche disponibili sia in tema di diagnosi precoce che della terapia più appropriata;
- informazione generale, mediante gli Ordini dei Medici marchigiani, sul progetto ed i suoi obiettivi, in particolare quelli relativi alla formazione e sensibilizzazione della categoria dei medici, sulle tematiche della diagnosi, successiva terapia ed eventuale profilassi con vit D;
- Informazione/formazione sui corretti criteri di accesso alla densitometria dei MMG e degli specialisti, coinvolti nella gestione di prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi;

La prima linea di azione è stata attuata, mediante la realizzazione della campagna informativa regionale "Ossi Duri si diventa", composta dalla produzione di un opuscolo informativo da parte del gruppo tecnico regionale e dell'Ufficio Comunicazione formazione dell'ASUR, e di incontri informativi in tutto il territorio regionale rivolti alla popolazione. Metodologicamente gli incontri sono stati organizzati a cura delle OO.SS. ed hanno avuto un format con contenuti informativi unificati illustrati da personale del SSR addestrato. Dall'ottobre 2013, sono stati realizzati, 19 incontri, raggiungendo circa 2000 persone anche grazie alla ulteriore collaborazione attiva di Enti Locali, Volontariato e altri partner istituzionali e non. Si prevede di continuare l'organizzazione di questo tipo di incontri nei prossimi anni con le medesime modalità.

L'inserimento della linea di intervento "Ossi duri ... si diventa" nel presente PRP consente, da un lato la valorizzazione ed il completamento del cospicuo lavoro già svolto e degli stake-holders che ne sono stati artefici e fautori, dall'altro getta le premesse per perseguire l'obiettivo centrale 1.10 "aumento della offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT", quale l'osteoporosi è, mediante lo sviluppo dello studio di fattibilità (Indicatore 1.10.1) e successivo avvio della sperimentazione (Indicatore 1.10.2). La scelta è motivata da:

- l'impatto epidemiologico che pone l'osteoporosi tra le MCNT in rilevante crescita connessa anche alle variazioni demografiche (incremento della longevità) della popolazione italiana e marchigiana
- la disponibilità di uno strumento semplice, quale è l'algoritmo DEFRA, approvato dalla società scientifica SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro), per valutare il rischio di frattura entro i 10 anni,
- la fascia di età nel quale viene sperimentato (50-60 anni) compresa in quella prevista (45-60) dall'indicatore 1.10.1
- la sostenibilità preliminare collegata all'essere in proseguimento e sviluppo di un percorso già avviato, di tipo bottom up, a forte componente sociale, con una "rete di alleanze" già acquisite
- la possibilità di affrontare, in sequenza, anche una razionalizzazione dei successivi percorsi diagnostici e della corretta presa in carico, elementi allo stato attuale con notevoli criticità in termini di omogeneità ed appropriatezza.

Con lo studio di fattibilità si affronterà lo studio delle modalità organizzative per la identificazione dei soggetti a rischio di frattura, mediante la somministrazione di algoritmo DEFRA, la definizione dei percorsi diagnostici successivi e la sperimentazione della somministrazione di vitamina D come prevenzione farmacologica, secondo le indicazioni scientifiche.

La sperimentazione che ne deriverà sarà limitata ad un territorio regionale individuato nell'ambito dello studio di fattibilità.





Particolare attenzione sarà riservata nell'evitare disuguaglianze: il tema stesso favorisce un approccio "di genere"; alcune azioni, come l'esposizione al sole, la riduzione del consumo di sale, l'astensione dal fumo e la riduzione del consumo di alcol, l'abitudine all'attività fisica, non necessitano di rilevanti risorse economiche; i luoghi ove si svolgeranno le azioni (es. centri sociali e ricreativi per anziani, case di riposo, mense del povero, ecc.) permettono di raggiungere anche una quota di persone "svantaggiate", sia economicamente che socialmente, con modalità inclusive che ne favoriscono maggiore dignità ed integrazione.

**Obiettivi Centrali**

- 1. 9 Aumentare l'attività fisica delle persone
- 1.10 aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT
- 6.3 aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi di incidenti domestici e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver
- 6. 4 migliorare la conoscenza del fenomeno "incidenti domestici" e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari e MMG

**Obiettivo/i Specifico/i**

- Informare la popolazione target e il personale sanitario sulla prevenzione dell'osteoporosi e dei rischi di frattura
- Realizzazione di uno studio di fattibilità e avvio sperimentazione di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia di età 50-60 anni in condizione di rischio aumentato di frattura per osteoporosi
- Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi di incidente domestico connessi all'osteoporosi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio e nei care giver
- Migliorare la conoscenza del fenomeno "incidenti domestici" negli anziani e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG, PLS

**Attori e portatori di interesse**

Aziende del Servizio Sanitario Regionale, Società scientifiche, Organizzazioni sindacali, Ordini dei Medici, Università, INRCA-IRCCS, Enti di promozione sociale, Associazioni di cittadini.

**Beneficiari**

Soggetti di età adulta (< 65 anni) e anziani (> 65 anni), personale sanitario del SSR e MMG.

**Fasi di Articolazione**

- 1. formalizzazione gruppo di lavoro
- 2. stesura del piano operativo dettagliato articolato nelle seguenti azioni principali:
  - 2.A. informazione/sensibilizzazione della popolazione target Aumentare nella popolazione target in contesto socio-sanitario la conoscenza dell'importanza di stili di vita salutari per contrastare i fattori di rischio anche per l'osteoporosi, quali alimentazione inadeguata, sedentarietà, tabagismo e uso inadeguato di alcol attraverso la prosecuzione degli incontri con la popolazione adulta e anziana su tali tematiche e sulla prevenzione degli incidenti domestici e con diffusione di materiale informativo prodotto ad hoc.



2.B. informazione/formazione del personale del SSR e dei MMG coinvolti nella prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi, relativamente a: prevenzione osteoporosi, criteri di accesso alla densitometria, informazione all'utilizzo dell'algoritmo DeFRA, diffusione dell'utilizzo di vitamina D, mediante corsi ECM specificamente dedicati. Questa linea di intervento si avvarrà invece dei percorsi formativi della linea 4 - 1 "manTeniamoci" per le tematiche relative alla prevenzione degli incidenti domestici

2.C. studio di fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce di soggetti di età compresa tra 45 e 60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT, secondo la definizione operativa dell'indicatore 10.1.1

2.D. avvio della sperimentazione in un contesto territoriale definito

2.E. realizzazione di azioni di contrasto ai fattori di rischio, compreso quello di cadute in ambienti di vita, in raccordo, nella logica della intersectorialità e dell'integrazione, sia con altre linee progettuali di questo programma (4 - 1 manTeniamoci), che con linee analoghe del programma "Mi prendo cura di me". Tali azioni saranno rivolte a target specifici in diversi setting (ad esempio: case di riposo, centri sociali e ricreativi per anziani, mense del povero) e attuate con la collaborazione delle associazioni di volontariato che fanno assistenza agli anziani e altre, il Coordinamento donne Sindacati, le Associazioni di Promozione sociale.

### 3. MONITORAGGIO

E' prevista una ricognizione periodica dello stato di avanzamento della linea di intervento.

#### Criticità

- potenziale grande numero, di non semplice gestione, di popolazione e di sanitari coinvolti ai vari livelli
- tempi attualmente non noti per il rinnovo del contratto nazionale per la medicina generale
- alcune variabili potranno essere definite solamente con lo studio di fattibilità previsto

#### Indicatori:

##### Indicatore di Obiettivo Centrale:

1.9.3 Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età > 75 anni)

Valore Baseline regionale: 12.57/1000 (anno 2013)

Standard di riferimento regionale: 10.69/1000

1.10.1 Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)

Valore Baseline regionale: non rilevato

Standard di riferimento regionale: Realizzazione Studio di fattibilità (2016)

1.10.2 Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)

Valore Baseline regionale: non rilevato

Standard di riferimento regionale: 2018 Avvio sperimentazione



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
171

6.3.2 Misurazione della percezione del rischio (Passi – Passi d'Argento entro 5 anni)

Valore Baseline regionale: 10%

Standard di riferimento regionale: 12,9%

**Indicatori di Obiettivo Specifico: Indicatori di processo:**

o Definizione: numero Incontri con la popolazione target

o Fonte: regionale

o Tipologia: indicatore quantitativo

o Valore baseline : 19 incontri (2013-2014)

o Definizione: N. corsi formazione per il personale sanitario

o Fonte: regionale

o Tipologia: indicatore quantitativo

o Valore baseline : non rilevato

o Definizione: Realizzazione Studio di fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce nei soggetti in fascia di età 50-60 anni in condizione di rischio aumentato per frattura da osteoporosi

o Fonte regionale

o Tipologia indicatore qualitativo

o Valore baseline non rilevato

o Definizione: Avvio sperimentazione di un programma di popolazione per l'identificazione precoce nei soggetti in fascia di età 50-60 anni in condizione di rischio aumentato per frattura da osteoporosi

o Fonte regionale

o Tipologia indicatore qualitativo

o Valore baseline non rilevato

o Definizione: numero Incontri con i care giver

o Fonte: regionale

o Tipologia: indicatore quantitativo

o Valorebaseline: non rilevato



Tabella linea intervento 4 – 2: OSSI DURI ... SI DIVENTA: PREVENZIONE DELL'OSTEOPOROSI e del rischio di frattura correlato.

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo	Valore di base/Valore di riferimento	Standard di riferimento	Obiettivo specifico regionale	Nome Indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, invalidità e disabilità non trasmissibili	1.08. Aumentare l'attività fisica delle persone	1.09.037 Tasso di capdalizzazione per fratture (oggetti di età > 75 anni)	Quantitativo	12,877 / 1000 abitanti (anno base 2013)	10,891000 (applicazione dello standard nazionale)	Formare la popolazione target in merito all'attività fisica e al ruolo preventivo della prevenzione dell'osteoporosi	Incontri con la popolazione target	10 incontri	10 incontri	10 incontri	Regione
	1.10. Aumentare l'offerta di approcci comportamentali per la prevenzione del rischio di fratture correlate con l'osteoporosi per MCNT	1.10.01 Realizzazione di uno studio di fattibilità e livello regionale di un programma di prevenzione per la frattura di femore in soggetti in fascia di età 50-80 in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	Qualitativo	Non rilevato	Studio di fattibilità e livello di realizzazione (2016)	Realizzazione di uno studio di fattibilità e livello di realizzazione di un programma di prevenzione per la frattura di femore in soggetti in fascia di età 50-80 anni in condizioni di rischio aumentato per fratture da osteoporosi	Copi formazioni per il personale sanitario Studio di fattibilità e realizzazione di un programma di prevenzione per la frattura di femore	2 corsi	3 corsi	-	Regione
	1.10.02 Attrazione del programma secondo la modalità individuale dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di adesione e aderenza (entro il 2016)	1.10.02 Attrazione del programma secondo la modalità individuale dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di adesione e aderenza (entro il 2016)	Qualitativo	Non rilevato	Avvio sperimentazione (2016)	Realizzazione di uno studio di fattibilità e livello di realizzazione di un programma di prevenzione per la frattura di femore in soggetti in fascia di età 50-80 anni in condizioni di rischio aumentato per fratture da osteoporosi	Realizzazione di uno studio di fattibilità e livello di realizzazione di un programma di prevenzione per la frattura di femore	5 incontri	5 incontri	5 incontri	Regione
6. Prevenire gli incidenti domestici	6.3. aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione situabili nella popolazione generale e a rischio o nel care giver	6.3.2 misurazione della percezione del rischio (Paesi - Paesi d'argento e 5 aa)	Quantitativo	10,0%	12,9%	Aumentare la conoscenza e la consapevolezza del rischio di incidenti domestici correlati all'osteoporosi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione a rischio e nel care giver	Incontri con i care giver	5 incontri	5 incontri	5 incontri	Regione



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 173
-------------

#### 4 - 3 Attività Fisica Adattata (AFA) per pazienti over 65

##### Breve descrizione dell'intervento:

##### Razionale dell'intervento:

In Italia ed in particolare nelle Marche, si assiste ad un tendenziale invecchiamento della popolazione, che richiede un adeguamento delle risposte socio-sanitarie alle esigenze della persona in età longeva, per garantire la miglior salute possibile anche attraverso la prevenzione ed il rallentamento delle patologie croniche in condizioni di stabilità clinica (come ad esempio l'osteoartrosi, osteoporosi, il diabete mellito, i disturbi metabolici, malattie respiratorie e cardiovascolari, tumori, ecc...). Per i pazienti portatori di tali problemi di salute, diversi studi scientifici hanno dimostrato che l'introduzione di un'attività motoria attentamente progettata e condotta sotto la guida del laureato in scienze motorie, denominata appunto "attività fisica adattata" (AFA), si accompagna a una riduzione dei fattori di rischio, con vantaggi diretti sui sintomi specifici nonché sulla qualità di vita e la partecipazione.

Tenuto conto dei dati forniti dalla letteratura anche la recente normativa nazionale e regionale considera l'attività fisica sia come strategia di promozione della salute, che come strategia di prevenzione primaria in gruppi a rischio, attribuendole un'azione fondamentale di contrasto nel determinismo della cronicità e disabilità, in questo rappresentando un logico e fisiologico proseguimento della riabilitazione. A tali categorie di pazienti portatori di patologie croniche in condizioni di stabilità clinica è rivolta la linea di intervento, che si pone come una sperimentazione dell'AFA nella Regione Marche, con l'obiettivo di:

- Spostare ed esternalizzare parte degli interventi di prevenzione primaria e secondaria da un ambito sanitario ad un ambito più ampiamente socio-assistenziale e sociale;
- Definire, in una logica di continuità assistenziale, un percorso di facile accesso riservato a soggetti che, a rischio di malattia o clinicamente stabili in uscita da una fase di cure sanitarie, abbiano indicazione ad un programma di attività fisica adattata;
- Costruire un profilo di "paziente esperto" (riguardo alla propria condizione di rischio o di malattia ed ai trattamenti igienico-dietetici raccomandati);
- Valorizzare e diffondere le competenze in materia di prevenzione primaria e secondaria, attraverso un programma di formazione integrato tra le Aziende del SSR ed Ambiti sociali Territoriali.

La implementazione della linea di intervento nel territorio utilizzerà, in fase iniziale, le due esperienze di sperimentazione, seppur contenute, presenti: quella dell' Ambito Territoriale Sociale n. 9 di Jesi che, in collaborazione con l'ASUR ha attivato l'AFA, nel biennio 2014-2015, per diversi gruppi di anziani; quella del territorio di Fano dove l'Azienda Ospedaliera "Marche Nord" da diversi anni ha attivato una convenzione con Dipartimento di Scienze Biomolecolari - Scuola Scienze motorie e sportive dell' Università di Urbino, per l'utilizzo sperimentale dei neo diplomati nell'AFA.

##### Obiettivo Centrale

1.11 Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro 2018).

##### Obiettivi Specifici

- Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico adattato nei soggetti con patologie croniche
- Avvio attuazione degli indirizzi regionali entro il 2018 mediante una sperimentazione sul campo



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
176

**Attori e portatori di interesse**

Operatori delle aziende del SSR coinvolti (Fisioterapista; Fisiatra, Medico dello Sport, Cardiologo, Dietista/Nutrizionista; psicologo/counselor), MMG, assistenti sociali degli Enti Locali, Laureato in Scienze motorie con competenze certificate in AFA; Associazioni ed Enti di riferimento per gli anziani, Scuola di Scienze Motorie e Sportive dell' Università di Urbino.

**Beneficiari**

Soggetti al di sopra dei 65 anni di età, "con aumentato rischio di malattia cronica" (sedentarietà, ipertensione arteriosa, sovrappeso corporeo-obesità, dislipidemia, ridotta sensibilità insulinica) o portatori di patologie croniche in condizioni di stabilità clinica (come ad esempio l'osteoporosi, osteoporosi, il diabete mellito, i disturbi metabolici, malattie respiratorie e cardiovascolari, tumori, ecc ...).

**Fasi di Articolazione**

Costituzione di gruppo tecnico di lavoro con rappresentanti delle Aziende del SSR, dell'ATS 9, del Dipartimento di Scienze Biomolecolari - Scuola di Scienze Motorie e Sportive dell' Università di Urbino.

- la stesura del documento tecnico propedeutico alla emanazione delle linee di indirizzo regionali
- la raccolta delle eventuali esperienze locali di sperimentazione conoscere eventuali altre realtà locali nelle quali è già stata sperimentata ed avviata l'AFA;
- La identificazione dei requisiti strutturali ed organizzativi delle palestre, necessari per l'erogazione dell'AFA ;
- La elaborazione di un protocollo operativo tra strutture accreditate individuate per la sperimentazione dell'AFA;
- Il monitoraggio della sperimentazione e la redazione del report valutativo;
- Formalizzazione delle linee di indirizzo regionali;
- Redazione del progetto esecutivo;
- Realizzazione della sperimentazione su circa 100 pazienti in due territori della regione, in collaborazione con i relativi ambiti sociali territoriali, ed integrato - per ciò che concerne la promozione della attività fisica - con le linee di intervento dedicate e previste nel programma alla popolazione adulta "Mi prendo cura di Me".

**Criticità**

Tutto il percorso prefigurato da questa linea di intervento è complesso, sia per la necessità di coinvolgimento e coordinamento di molte figure sanitarie dei medici specialisti, del contemporaneo coordinamento tra strutture sanitarie e altre strutture (palestre) e altri soggetti professionali.

Mancanza di normativa specifica di riferimento, tranne presenza di documenti di riferimento regioni Toscana, E.R., Umbria

Costi per l'attuazione della sperimentazione.



**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

1.11.1 - Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)

Valore Baseline regionale: Non rilevato

Standard di riferimento regionale: elaborazione delle linee guida di intervento e avvio sperimentazione.

**Indicatori di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

Definizione: Attività gruppo tecnico

Fonte: regione

Tipologia: qualitativo

Valore baseline: non rilevato

Definizione: sperimentazione AFA

Fonte: regione

Tipologia: qualitativo/quantitativo

Valore baseline: non rilevato

Definizione: informazione

Fonte: regione

Tipologia: qualitativo/quantitativo

Valore baseline: non rilevato



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
276

Tabella: Linea di intervento 4 - 3 : Attività Fisica Adattata (AFA) per pazienti over 65

Macroobiettivo o carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle Malattie Croniche Non Trasmissibili	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali			Indicatori di processo					Sorveglianza/ Fonte		
	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/linea	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016		Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
	1.11 Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	1.11.1 Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	quantitativo	Non rilevato	elaborazione delle linee guida di intervento e avvio sperimentazione.	Redazione delle linee guida regionali sull'attività fisica adattata (AFA) e loro attuazione	Athvita tecnico gruppo	Redazione linee guida regionali AFA	Redazione linee guida criteri accreditamento strutture palestre	Report valutativo	regione
			qualitativo				Sperimentazione AFA	Approvazione progetto esecutivo sperimentazione	Realizzazione 30% consi AFA previsti dalla sperimentazione	Realizzazione 70% consi AFA previsti dalla sperimentazione	regione
							Informazione	Produzione opuscolo informativo	2 incontri informativi	2 incontri informativi	ASURIAST





seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
177

**Programma n. 5 - Gli screening oncologici: *Prevenire è volersi bene 2.0***

**Tabella riepilogativa**

Titolo del Programma	Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
Gli screening oncologici: <i>Prevenire è volersi bene 2.0</i>	1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.	1.12 Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening). 1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening). 1.14 Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA 1.15 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella.	1. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening regionale alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening) 2. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening) 3. Introdurre il test HPV-DNA nel percorso screening della Cervice Uterina 4. Introdurre il percorso screening per i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella 5. Introdurre il percorso screening per i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore del colon-retto 6. Realizzare una campagna informativa con particolare attenzione alle fasce di popolazioni a forte disagio sociale e alle persone immigrate.

**Razionale e descrizione del programma:**

La popolazione delle Marche è di 1.553.138 persone. Le patologie neoplastiche sono la seconda causa di morte dei marchigiani e causano il 18% dei DALY (2% il tumore della mammella e del colon). Una stima basata sulla attività del registro Tumori della provincia di Macerata evidenzia che nell'anno 2012 i tumori del colon-retto e della mammella hanno rispettivamente registrato 1563 e 1215 nuovi casi e 539 e 224 decessi. Inoltre la prevalenza è di 17.098 per il tumore della mammella e 11.844 per quello del colon-retto. Per quanto riguarda il tumore della cervice uterina, esso ha registrato una riduzione dell'incidenza, prevalenza e mortalità. La loro storia naturale può essere modificata dall'introduzione e diffusione degli screening. Per essere efficaci i Programmi di Screening devono raggiungere l'intera popolazione bersaglio, ottenere una adeguata partecipazione al test e garantire un percorso diagnostico terapeutico di qualità secondo le raccomandazioni e le linee guida nazionali. La Regione Marche attua programmi organizzati per la diagnosi precoce dei tumori e/o delle lesioni pretumorali per i tumori per i quali c'è evidenza di efficacia degli interventi di popolazione e questi screening (cervice uterina, mammella, colon retto) sono stati inseriti nei LEA (DPCM 29/11/2001); tali interventi prevedono un invito attivo periodico della popolazione destinataria e un controllo di tutte le fasi del processo diagnostico e di cura che segue l'esecuzione del test di screening. Nel precedente PRP si è ottenuta la messa a regime dei tre screening ed una miglior definizione delle modalità di funzionamento delle segreterie organizzative nelle 5 AAVV. Rimangono criticità da superare nella fragilità delle Segreterie Organizzative Screening (SOS) e nella presa in carico dei pazienti risultati positivi oltre che nell'implementazione del sistema informatico specifico. Con l'attuale programma "*Prevenire è volersi bene 2.0*" la Regione Marche si prefigge l'obiettivo di estendere la copertura effettiva dei tre percorsi screening a tutti gli abitanti e di migliorare l'adesione della popolazione target ai tests di primo livello degli screening. Inoltre l'innovazione tecnologica nel campo della diagnostica e della prevenzione primaria obbliga ad adeguare periodicamente i programmi di screening per mantenerne la massima efficacia. In quest'ottica il programma si prefigge di implementare nello screening della cervice il test HPV-DNA come test primario e di introdurre un percorso screening per i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella e del colon-retto.



seduta del
15 LUG 2019
delibera
540

pag.
178

**Obiettivi centrali:**

- 1.12 Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening).
- 1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening).
- 1.14 Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA
- 1.15 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella.

**Obiettivi specifici regionali:**

1. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening regionale alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)
2. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)
3. Introdurre il test HPV-DNA nel percorso screening della Cervice Uterina
4. Introdurre il percorso screening per i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella
5. Introdurre il percorso screening per i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore del colon-retto
6. Realizzare una campagna informativa con particolare attenzione alle fasce di popolazioni a forte disagio sociale e alle persone immigrate.

**Contrasto alle disuguaglianze**

I programmi di screening si rivolgono ai soggetti residenti tramite la spedizione di una lettera d'invito. Questa modalità non è in grado di raggiungere le fasce di popolazioni a forte disagio sociale o le persone immigrate, che quindi risultano escluse dall'opportunità di essere inserite in un percorso organizzato. Per tale motivo questo programma prevede di coinvolgere altre figure e organismi che godono di un rapporto privilegiato con tali parti della popolazione (Ambiti Sociali, SERT, medici del lavoro, etc).

**Evidenze**

Esistono ormai numerose evidenze di efficacia degli screening della mammella, cervice e colon-retto, condensate nel documento pubblicato dal Ministero della salute, "Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto". Numerosi RCT (Randomized Controlled Trial) hanno evidenziato l'utilità dell'introduzione dell'HPV-DNA come test di primo livello nello screening della cervice. Per quanto riguarda invece l'introduzione di un percorso di screening per le persone a rischio eredo-familiare aumentato di tumore della mammella e del colon-retto, il NICE (National Institute for Health and Care Excellence) ha recentemente pubblicato nuove linee guida.

**Sostenibilità**

Per quanto riguarda la sostenibilità del programma, esso rappresenta la naturale prosecuzione dei programmi presenti nel PRP 2010-12 (DGR 1856/2010). Inoltre si segnala come gli screening rappresentano dei LEA.

**Sistema di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione:**

Sistema informativo screening regionali, ONS (Osservatorio Nazionale Screening).



**5-1 Miglioramento dello screening del tumore del colon-retto.**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

**Razionale dell'intervento**

Il carcinoma del colon-retto (CCR) è in assoluto il tumore a maggiore insorgenza nella popolazione italiana, con quasi 52.000 diagnosi stimate per il 2014. Tra gli uomini si trova al terzo posto, preceduto da prostata e polmone, con il 14% di tutte le nuove diagnosi di tumori, e tra le donne al secondo posto, preceduto dalla mammella, con il 13% di tutti i nuovi tumori.

Il carcinoma del colon retto ha presentato un aumento dell'incidenza fino al 2007 con successiva riduzione, effetti potenzialmente associati all'attivazione dei programmi di screening organizzati.

Il programma di screening del CCR è indirizzato a uomini e donne dai 50 ai 69 anni di età ed è costituito da un intervento di prevenzione attiva mediante il test di ricerca del sangue occulto nelle feci con metodo immunologico (FIT) (e successiva colonscopia nei casi positivi) con ripetizione regolare ogni 2 anni. Lo screening può consentire il riscontro e la rimozione di precursori (adenomi) prima della trasformazione in carcinoma e la diagnosi di carcinomi in stadio iniziale, con una conseguente riduzione della mortalità sia per riduzione dell'incidenza che per il riscontro di carcinomi in stadi più iniziali, e quindi suscettibili di guarigione dopo terapia.

Nelle Marche lo screening del CCR è iniziato con un progetto pilota, nella Zona territoriale n.3 Fano nel 2008, in seguito si è esteso all'intero territorio regionale raggiungendo una estensione teorica del 100% nel 2011. Gli ultimi dati disponibili (riferibili al 2013) evidenziano una estensione effettiva dell'84.2% ed una adesione del 32.5%.

Lo scopo dell'intervento è quello di aumentare l'estensione dell'invito al FIT e aumentare l'adesione all'esecuzione del FIT anche cercando di coinvolgere le fasce di popolazioni a forte disagio sociale o le persone immigrate. Inoltre nel Protocollo Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) del CCR (DGR1415 del 2012) verrà attivato un percorso per i pazienti affetti da tumore su base ereditaria.

**Obiettivo centrale**

1.12 Aumentare l'estensione reale del programma di screening del tumore del colon-retto alla popolazione target

1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening del tumore del colon-retto

**Obiettivi Specifici**

1. Aumentare l'estensione effettiva dello screening del CCR a livello regionale
2. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening del CCR
3. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per CCR
4. Realizzare una campagna informativa con particolare attenzione alle fasce di popolazioni a forte disagio sociale o le persone immigrate anche introducendo contenuti per un corretto stile di vita.

**Attori e portatori d'interesse**

Gruppo di coordinamento regionale screening, Gruppo Tecnico Scientifico Screening del CCR, Referenti per Area Vasta (AV), Servizi Igiene e Sanità Pubblica, Direzione Sanitaria ASUR, Direzione Sanitaria AOU Ospedali Riuniti Ancona, Direzione Sanitaria AO Ospedali Riuniti Marche NORD, Gruppo Multidisciplinare (Responsabile Scientifico per AV, Medici di Medicina Generale (MMG), SOS, Laboratori Analisi, Gastroenterologi, Radiologi, Anatomo-Patologi, Oncologi, Chirurghi, Psiconcologo), Associazioni di volontariato Oncologico (LILT, Associazione Noi come Prima, Federazione Oncologica Marchigiana, etc...)

**Beneficiari**

Tutta la popolazione di età compresa tra i 50-69, per le Marche corrisponde a 383.651 residenti.



**Fasi di articolazione**

**Attività 1: Aumentare l'estensione effettiva**

- 1.1 - Upgrade del software regionale screening oncologici.
- 1.2 - Aggiornare l'anagrafica regionale.
- 1.3 - Coinvolgere il MMG nella gestione degli inviti inesitati.

**Attività 2: Aumentare l'adesione delle fasce a rischio all'esecuzione del FIT**

- 2.1 - Coinvolgere il MMG nel rafforzare l'utilità dell'esecuzione del FIT.
- 2.2 - Individuare i test FIT eseguiti su base individuale dalla popolazione in fascia d'età target e ricondurli nell'ambito del programma di screening.
- 2.3 - Migliorare il coordinamento nella distribuzione dei kit del FIT.

**Attività 3: Aumentare il coinvolgimento delle fasce di popolazione fragile e di immigrati**

- 3.1 - Coinvolgere gli Ambiti Sociali nell'invito della popolazione immigrata in fascia d'età target.
- 3.2 - Coinvolgere i Medici del Lavoro nell'invito della popolazione immigrata in fascia d'età target.
- 3.3 - Coinvolgere i SERT nell'invito delle fasce fragili della popolazione a loro afferenti in età target.

**Attività 4: Aggiornare la Campagna informativa**

- 4.1 - Audit per stakeholders per AAVV.
- 4.2 - Realizzare un opuscolo informativo sui programmi di screening (multilingua).
- 4.3 - Distribuire dell'opuscolo multicanale.
- 4.4 - Realizzare di una campagna informativa radio/TV/web.
- 4.5 - Realizzare un sito web di informazione sul programma "Prevenire è volersi bene 2.0".

**Attività 5: Percorso tumori del colon-retto su base eredo-familiare**

- 5.1 - Realizzare un PDTA sui tumori eredo-familiari.
- 5.2 - Ricognizione strutture regionali coinvolte.
- 5.3 - Adozione PDTA per AAVV.
- 5.4 - Inizio attività per AAVV.

**Criticità**

Attività 1: coinvolgimento ampio dei MMG.

Attività 2: possibilità di incrociare le banche dati di laboratori analisi, endoscopie digestive, Anatomie Patologiche, Radiologie, etc...

Attività 3: capacità di intercettare le fasce fragili e immigrati da parte degli enti socio-sanitari coinvolti.

Attività 4: coinvolgimento di enti socio-sanitari regionali nella distribuzione gratuita dell'opuscolo.

Attività 5: diffondere il PDTA per tumori eredo-familiari tra gli stakeholders.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore del COLON RETTO sulla popolazione bersaglio.

**Valore Baseline regionale: 84.2%**

**Standard: 100%**



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>1 540</b>

pag. 181
-------------

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

**1. Estensione della spedizione degli inviti alla popolazione bersaglio dello screening del tumore del colon-retto**

**Definizione:** % di popolazione rispetto al totale della popolazione target annuale che nel corso dell'anno di rilevazione ha ricevuto un invito.

**Fonte:** ONS

**Calcolo:**  $\frac{\text{Numero di inviti spediti} - \text{numero di inviti inesitati}}{\text{Popolazione target per fascia d'età (ISTAT)/2} - \text{persone escluse prima dell'invito}}$

**Valore baseline:** 84.2%.

**2. Adesione all'esecuzione del test di screening di I livello (FIT)**

**Definizione:** % di popolazione aderente all'invito rispetto al totale della popolazione target annuale che nel corso dell'anno di rilevazione ha ricevuto un invito (solleciti esclusi) sottratti gli inviti inesitati e le esclusioni dopo l'invito.

**Fonte:** ONS

**Calcolo:**  $\frac{\text{Persone invitate che aderiscono al FIT}}{\text{Persone invitate} - \text{persone con inviti inesitati} - \text{persone escluse primo dell'invito}}$

**Valore baseline:** 34.5%.



**5-2 Miglioramento dello screening del tumore della mammella.**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

**Razionale dell'intervento**

Si stima che nel 2014 verranno diagnosticati in Italia circa 48.000 nuovi casi di carcinomi della mammella femminile. Non considerando i carcinomi cutanei, il carcinoma mammario è la neoplasia più diagnosticata nelle donne, in cui circa un tumore maligno ogni tre (29%) è un tumore mammario. Anche per il 2011 il carcinoma mammario ha rappresentato la prima causa di morte per tumore nelle donne, con 11.959 decessi (fonte ISTAT). Numerosi studi hanno dimostrato come lo screening mammografico possa ridurre la mortalità da carcinoma mammario e aumentare le opzioni terapeutiche.

La diffusione su larga scala in Italia dei programmi di screening mammografico, dalla seconda metà degli anni '90, ha contribuito infatti a determinare una riduzione della mortalità specifica. Il programma di screening del tumore della mammella è indirizzato a donne dai 50 ai 69 anni di età ed è costituito da un intervento di prevenzione attiva mediante l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni. Nelle Marche lo screening del tumore della mammella è iniziato nel 2001. Gli ultimi dati disponibili (riferibili al 2013) evidenziano una estensione effettiva del 90% ed una adesione del 51.8%. Lo scopo dell'intervento è quello di aumentare l'estensione dell'invito alla mammografia ogni 2 anni e aumentare l'adesione a partecipare al percorso screening nelle donne di età compresa in quella target, anche cercando di coinvolgere le fasce di popolazioni a forte disagio sociale o le persone immigrate.

Anche se la maggior parte di carcinomi mammari sono forme sporadiche, il 5%-7% risulta essere legato a fattori ereditari, 1/4 dei quali determinati dalla mutazione di due geni, BRCA-1 e BRCA-2. Nelle donne portatrici di mutazioni del gene BRCA-1 il rischio di ammalarsi nel corso della vita di carcinoma mammario è pari al 65% e nelle donne con mutazioni del gene BRCA-2 pari al 40%. Scopo del presente programma sarà anche quello di attivare un percorso specifico per le pazienti affetti da tumore della mammella su base eredo-familiare.

**Obiettivo centrale**

- 1.12 Aumentare l'estensione reale del programma di screening del tumore della mammella alla popolazione target.
- 1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening del tumore della mammella.
- 1.15 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella.

**Obiettivi Specifici**

- 1. Aumentare l'estensione effettiva dello screening del tumore della mammella a livello regionale.
- 2. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening del tumore della mammella.
- 3. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella.
- 4. Realizzare una campagna informativa con particolare attenzione alle fasce di popolazioni a forte disagio sociale o le persone immigrate anche introducendo contenuti per un corretto stile di vita.

**Attori e portatori d'interesse**

Gruppo di coordinamento regionale screening, Gruppo Tecnico Scientifico Screening del tumore della mammella, Referenti per Area Vasta (AV), Servizi Igiene e Sanità Pubblica, Direzione Sanitaria ASUR, Direzione Sanitaria AOU Ospedali Riuniti Ancona, Direzione Sanitaria AO Ospedali Riuniti Marche NORD, Gruppo Multidisciplinare (Responsabile Scientifico per AV, Medici di Medicina Generale (MMG), SOS, Laboratori Analisi, Radiologi, Anatomico-Patologi, Oncologi, Chirurghi, Psiconcologo), Associazioni di volontariato Oncologico (LILT, Associazione Noi come Prima, Federazione Oncologica Marchigiana, etc).

**Beneficiari**

Tutte le donne della Regione Marche di età compresa tra i 50-69 per le Marche corrisponde a 199.078 residenti.



**Fasi di articolazione**

**Attività 1: Aumentare l'estensione effettiva**

- 1.1 - Upgrade del software regione screening oncologici
- 1.2 - Aggiornare l'anagrafica regionale
- 1.3 - Coinvolgere il MMG nella gestione degli inviti inesitati

**Attività 2: Aumentare l'adesione delle fasce a rischio all'esecuzione della mammografia**

- 2.1 - Coinvolgere il MMG nel rafforzare l'utilità dell'esecuzione della mammografia
- 2.2 - Individuare i test eseguiti su base individuale dalla popolazione in fascia d'età target e ricondurli nell'ambito del programma di screening

**Attività 3: Aumentare il coinvolgimento delle fasce di popolazione fragile e di immigrati**

- 3.1 - Coinvolgere gli Ambiti Sociali nell'invito della popolazione immigrata in fascia d'età target
- 3.2 - Coinvolgere i Medici del Lavoro nell'invito della popolazione immigrata in fascia d'età target
- 3.3 - Coinvolgere i SERT nell'invito delle fasce fragili della popolazione a loro afferenti in età target

**Attività 4: Aggiornare la Campagna informativa**

- 4.1 - Audit per stakeholders per AAVV
- 4.2 - Realizzare un opuscolo informativo sui programmi di screening (multilingua)
- 4.3 - Distribuire dell'opuscolo multicanale
- 4.4 - Realizzare di una campagna informativa radio/TV/web
- 4.5 - Realizzare un sito web di informazione sul programma "Prevenire è volersi bene 2.0"

**Attività 5: Percorso tumori della mammella su base eredo-familiare**

- 5.1 - Realizzare un PDTA sui tumori eredo-familiari
- 5.2 - Ricognizione strutture regionali coinvolte
- 5.3 - Adozione PDTA per AAVV
- 5.4 - Inizio attività per AAVV

**Criticità**

Attività 1: coinvolgimento ampio dei MMG

Attività 2: possibilità di incrociare le banche dati di citologia, radiologia, Anatomie Patologiche, Radiologie, etc...

Attività 3: capacità di intercettare le fasce fragili e immigrati da parte degli enti socio-sanitari coinvolti

Attività 4: coinvolgimento di enti socio-sanitari regionali nella distribuzione gratuita dell'opuscolo

Attività 5: diffondere il PDTA per tumori eredo-familiari tra gli stakeholders

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio.

**Valore Baseline regionale:** 90%

**Standard di riferimento regionale:** 100%

**Indicatore di Obiettivo Specifico:** Indicatore/i di processo

**1. Estensione della spedizione degli inviti alla popolazione femminile bersaglio dello screening della mammella**

**Definizione:** % di popolazione rispetto al totale della popolazione target annuale che nel corso dell'anno di rilevazione ha ricevuto un invito

**Fonte:** ONS



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>186</b>
--------------------

Calcolo:  $\frac{\text{Numero di inviti spediti} - \text{numero di inviti inesitati}}{\text{Popolazione target per fascia d'età (ISTAT)/2} - \text{persone escluse prima dell'invito}}$   
Valore baseline: 90.0%.

**2. Adesione all'esecuzione del test di screening di I livello (mammografia)**

Definizione: % di popolazione aderente all'invito rispetto al totale della popolazione target annuale che nel corso dell'anno di rilevazione ha ricevuto un invito (solleciti esclusi) sottratti gli inviti inesitati e le esclusioni dopo l'invito

Fonte: ONS

Calcolo:  $\frac{\text{Persone invitate che aderiscono alla mammografia}}{\text{Persone invitate} - \text{persone con inviti inesitati} - \text{persone escluse prima dell'invito}}$   
Valore baseline: 51.8 %.





seduta del
<b>15 LUG 2015</b>
delibera
<b>1 5 4 0</b>

pag.
185

**5-3 Miglioramento dello screening del tumore della cervice uterina.****Breve descrizione dell'intervento programmato:****Razionale dell'intervento**

Negli ultimi anni, l'incidenza di cancro invasivo della cervice uterina in Italia è in calo, passando da un tasso standardizzato di 9,2/100.000 a 7,7/100.000 in 10 anni. Al Sud, l'incidenza di cancro della cervice uterina è più bassa e il decremento è stato più forte rispetto al Centro-Nord. La sopravvivenza a 5 anni è risultata del 65%, sensibilmente più bassa al Sud rispetto al Centro-Nord. Negli ultimi vent'anni la mortalità per tumore dell'utero (corpo e collo) è diminuita di oltre il 50%, soprattutto per quanto riguarda il tumore della cervice uterina. Ogni anno in Italia si registrano circa 3500 nuovi casi e 1100 decessi per carcinoma della cervice.

L'efficacia dello screening cervicale è stata dimostrata sia dal confronto della riduzione della mortalità per tumore della cervice uterina in aree geografiche in cui sono stati attuati screening di popolazione, sia da studi non randomizzati (caso-controllo). La diffusione su larga scala in Italia dei programmi di screening citologico dalla seconda metà degli anni '90, ha contribuito infatti a determinare una riduzione della mortalità specifica. Il programma di screening del tumore della cervice uterina è indirizzato a donne dai 25 ai 64 anni di età ed è costituito da un intervento di prevenzione attiva mediante l'esecuzione di un pap-test ogni 3 anni. Nelle Marche lo screening del tumore della cervice uterina è iniziato nel 2001. Gli ultimi dati disponibili (riferibili al 2013) evidenziano una estensione effettiva del 94% ed una adesione del 40,6%.

Lo scopo dell'intervento è quello di aumentare l'estensione dell'invito al pap-test ogni 3 anni e aumentare l'adesione a partecipare al percorso screening nelle donne di età compresa in quella target anche cercando di coinvolgere le fasce di popolazioni a forte disagio sociale o le persone immigrate. Esiste una chiara evidenza scientifica che testimonia come lo screening con la ricerca dell'HPV-DNA come test di screening primario e con un protocollo appropriato sia più efficace dello screening basato sulla citologia nel prevenire i tumori invasivi del collo dell'utero. Scopo del presente programma sarà anche quello di riorientare il programma di screening del tumore della cervice uterina implementando la ricerca dell'HPV-DNA come test primario.

**Obiettivo centrale**

- 1.12 Aumentare l'estensione reale del programma di screening del tumore della cervice uterina alla popolazione target.
- 1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening del tumore della cervice uterina.
- 1.14 Riorientare il programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA.

**Obiettivi Specifici**

1. Aumentare l'estensione effettiva dello screening del tumore della cervice uterina a livello regionale.
2. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening del tumore della cervice uterina.
3. Introdurre la ricerca dell'HPV-DNA come test primario di screening per tumore della cervice uterina che nel corso dei tre anni successivi dovrà subentrare al programma canonico per le fasce di età elevate (>35-64 aa).
4. Realizzare una campagna informativa con particolare attenzione alle fasce di popolazioni a forte disagio sociale o le persone immigrate anche introducendo contenuti per un corretto stile di vita.

**Attori e portatori d'interesse**

Gruppo di coordinamento regionale screening, Gruppo Tecnico Scientifico Screening del tumore della cervice uterina, Referenti per Area Vasta (AV), Servizi Igiene e Sanità Pubblica, Direzione Sanitaria ASUR, Direzione Sanitaria AOU Ospedali Riuniti Ancona, Direzione Sanitaria AO Ospedali Riuniti Marche NORD, Gruppo Multidisciplinare (Responsabile Scientifico per AV, Medici di Medicina Generale (MMG), SOS, Laboratori Analisi, Radiologi, Anatomico-Patologi, Oncologi, Chirurghi, Psiconcologo, Ginecologo, ostetriche), Associazioni di volontariato Oncologico (LILT, Associazione Noi come Prima, Federazione Oncologica Marchigiana, etc)



**Beneficiari**

Tutte le donne della Regione Marche di età compresa tra i 25 e 64 anni, per le Marche corrisponde a 422.805 residenti.

**Fasi di articolazione**

**Attività 1: Aumentare l'estensione effettiva**

- 1.1 - Upgrade del software regione screening oncologici
- 1.2 - Aggiornare l'anagrafica regionale
- 1.3 - Coinvolgere il MMG nella gestione degli inviti inesitati

**Attività 2: Aumentare l'adesione delle fasce a rischio all'esecuzione del PAP test**

- 2.1 - Coinvolgere il MMG nel rafforzare l'utilità dell'esecuzione del PAP test
- 2.2 - Individuare i test eseguiti su base individuale dalla popolazione in fascia d'età target e ricondurli nell'ambito del programma di screening

**Attività 3: Aumentare il coinvolgimento delle fasce di popolazione fragile e di immigrati**

- 3.1 - Coinvolgere gli Ambiti Sociali nell'invito della popolazione immigrata in fascia d'età target
- 3.2 - Coinvolgere i Medici del Lavoro nell'invito della popolazione immigrata in fascia d'età target
- 3.3 - Coinvolgere i SERT nell'invito delle fasce fragili della popolazione a loro afferenti in età target

**Attività 4: Aggiornare la Campagna informativa**

- 4.1 - Audit per stakeholders per AAVV
- 4.2 - Realizzare un opuscolo informativo sui programmi di screening (multilingua)
- 4.3 - Distribuire dell'opuscolo multicanale
- 4.4 - Realizzare di una campagna informativa radio/TV/web
- 4.5 - Realizzare un sito web di informazione sul programma "Prevenire è volersi bene 2.0"

**Attività 5: Introduzione HPV-DNA come test primario dello screening del tumore della cervice uterina**

- 5.1 - Realizzare un progetto pilota per introdurre l'HPV-DNA come test primario
- 5.2 - Valutazione risultati progetto pilota e aggiornamento PDTA per il tumore della cervice uterina
- 5.3 - Adozione PDTA per AAVV
- 5.4 - Inizio attività per AAVV

**Criticità**

Attività 1: coinvolgimento ampio dei MMG

Attività 2: possibilità di incrociare le banche dati di citologia, laboratori analisi, ginecologie, anatomie patologiche, radiologie, etc

Attività 3: capacità di intercettare le fasce fragili e immigrati da parte degli enti socio-sanitari coinvolti

Attività 4: coinvolgimento di enti socio-sanitari regionali nella distribuzione gratuita dell'opuscolo

Attività 5: diffondere il PDTA per tumori eredo-familiari tra gli stakeholders

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

**Valore Baseline regionale: 94%**

**Standard di riferimento regionale: 100%**

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**



15 LUG 2015
delibera
540

pag. 187
----------

**1. Estensione della spedizione degli inviti alla popolazione femminile bersaglio dello screening della cervice uterina**

**Definizione:** % di popolazione rispetto al totale della popolazione target annuale che nel corso dell'anno di rilevazione ha ricevuto un invito

**Fonte:** ONS

**Calcolo:**  $\frac{\text{Numero di inviti spediti} - \text{numero di inviti inesitati}}{\text{Popolazione target per fascia d'età (ISTAT)/3} - \text{persone escluse prima dell'invito}}$

**Valore baseline:** 94.0%.

**2. Adesione all'esecuzione del test di screening di I livello (pap-test)**

**Definizione:** % di popolazione aderente all'invito rispetto al totale della popolazione target annuale che nel corso dell'anno di rilevazione ha ricevuto un invito (solleciti esclusi) sottratti gli inviti inesitati e le esclusioni dopo l'invito

**Fonte:** ONS

**Calcolo:**  $\frac{\text{Persone invitate che aderiscono al pap-test}}{\text{Persone invitate} - \text{persone con inviti inesitati} - \text{persone escluse prima dell'invito}}$

**Valore baseline:** 40,6 %.



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**188**

**Tabella: Linee di Intervento 5-1\* 5-2\* 5-3 "Miglioramento dello screening del tumore del colon-retto-mammella-cervice uterina"**

		Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Indicatori di processo						
Macro-biettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICE UTERINA sulla popolazione bersaglio	Quantitativo	Anno 2013: 94.0%	100%	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione regionale target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	Miglioramento efficacia programma screening cervice uterina	Estensione spedizione inviti alla popolazione bersaglio	96%	98%	100%	Regione Marche ONS

*606*



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**189**

		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio	Anno 2013: 90%	100%	Miglioramento efficacia programma screening mammella	90%	95%	100%	Regione Marche ONS	
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio	Anno 2013: 84.2%	100%	Introdurre il percorso screening per i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore del colon-retto	Miglioramento efficacia programma screening CCR	90%	95%	100%	Regione Marche ONS



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>190</b>
--------------------

13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE)	Quanti- tativo	Anno 2013: 40.6%	50%	Aumentare i soggetti a ri- schio sottopo- sti a screening oncologico	Miglioramento efficacia pro- gramma screening cer- vice uterina	Adesione all'e- secuzione del test di screening di I livello (pap test)	42%	46%	50%	Regione Marche ONS
	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione ber- saglio (SCREENING MAMMOGRAFI- CO)		Anno 2013: 51.8%	60%		Miglioramento efficacia pro- gramma screening mammella	Adesione all'e- secuzione del test di screening di I° livello	52%	56%	60%	Regione Marche ONS



15 LUG 2015  
delibera  
540

pag. 191

		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLON-RETTO)		Anno 2013: 34.5%	50%		Miglioramento efficacia programma screening CCR	Adesione all'esecuzione del test di screening di I° livello	35%	40%	50%	Regione Marche ONS
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (per i tumori della cervice uterina, mammella e colon rettile)	Qualitativo	Vedi sopra		Realizzare una campagna informativa con particolare attenzione alle fasce di popolazioni a forte disagio sociale o le persone immigrate	Miglioramento efficacia programma screening cervice uterina, mammella, CCR	Campagna informativa (eventi per personale del SSR)	1 evento regionale personale SSR coinvolto direttamente negli screening	1 evento x AV		Servizio ECM Regione Marche



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**192**

							Opuscolo informativo multilingua	Stesura opuscolo	Diffusione opuscolo multicanale	Diffusione opuscolo multicanale	Regione Marche
						Miglioramento efficacia programma screening cervice uterina, mammella, CCR	Sito web Screening oncologici	Progettazione	Pubblicazione web (versione beta)	Pubblicazione web definitiva	Regione Marche
			Quantitativo				Numero di Ambito Sociali coinvolti	progetto pilota	30% su base regionale	100%	Regione Marche





seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <i>193</i>
--------------------

14. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	Adozione di indirizzi regionali program-matori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)	Qualita-tivo	Non rile-vato	La Regio-ne ha adottato gli indiriz-zi regio-nali entro il 2016	Introduzione del test HPV-DNA nel per-corso screening della Cervice Uterina	Miglioramento dell'efficacia del programma di screening per la cervice uterina	Adozione atto d'indirizzo re-gionale	DGR			BUR Regione Marche
	Avvio del pro-gramma di screening per il cancro della cer-vice uterina in-troducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	Quantita-tivo	Non rileva-to	La Regione ha attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA				Sperimenta-zione in AAVV:	Report sperimentazione		
							Estensione re-gionale pro-gramma HPV-DNA per la popolazione sottoposta ad HPV DNA	20%	60%	100%	Regione Marche

*GA*



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <i>196</i>
--------------------

15. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	Qualitativo	Non rilevato	La Regione adotta gli indirizzi regionali (entro il 2016) e i percorsi entro fine PRP	Introdurre il percorso screening per i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	Miglioramento dell'efficacia del programma di screening per la mammella	Adozione atto d'indirizzo regionale	DGR			BUR Regione Marche
	Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	Quantitativo					Sperimentazione in AAVV:	Report sperimentazione			Regione Marche
							Estensione regionale programma di screening per rischio eredo-familiare del carcinoma della mammella	20%	60%	100%	Regione Marche

Y



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**L 540**

pag.  
**195**

						Introdurre il percorso screening per i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore del colon-retto	Miglioramento dell'efficacia del programma di screening CCR	Adozione atto di indirizzo regionale	DGR				BUR Regione Marche
								Sperimentazione in AAVV	Report sperimentazione				Regione Marche
								Estensione regionale programma di screening per rischio eredo familiare del CCR	20%	60%	100%		Regione Marche



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>196</b>
--------------------

**5-4 Il "Lavoro" invita allo screening"**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

**Razionale dell'Intervento**

La Regione Marche, nell'ambito degli interventi programmati attraverso il recepimento dei PNP succedutisi dal 2005, ha sviluppato azioni specifiche per il raggiungimento degli obiettivi di adesione agli screening oncologici previsti dai documenti nazionali. Una più capillare azione di informazione sul significato e sulla organizzazione a tale offerta, svolta in modo diffuso all'interno dei luoghi di lavoro può essere di sostegno alla riduzione delle disuguaglianze di accesso che si registrano, al momento attuale, da parte di fasce di popolazione a rischio collegabili in particolare alla etnia di provenienza ed al contesto sociale ed economico di appartenenza.

Con la linea di intervento "lavorare in stile", inserita nel programma "Mi prendo cura di me", rivolto alla popolazione adulta, ci si pone un generale obiettivo di avviare e sostenere la creazione di una rete di "aziende che promuovono salute" con la partecipazione di tutti i soggetti "aziendali", a partire dai Datori di Lavoro ed i Medici Competenti. La presente linea di intervento, integrandosi, apporta ulteriori contenuti specifici a quel percorso nella logica di trasversalità di tutto il PRP.

Nel percorso ipotizzato, è particolarmente rilevante il ruolo del medico competente, una figura sanitaria che, per obblighi normativi, ha rapporti periodici stabili con una popolazione potenzialmente sana, ma che annovera tra tali obblighi anche la collaborazione "... alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute, secondo i principi della responsabilità sociale" (art.25 lettera a del DLgs 81/08).

Una azione accessoria, ma non irrilevante, sarà portata anche dal coinvolgimento del personale sanitario dei SPSAL, in occasione di ogni accesso del lavoratore alla struttura pubblica.

**Obiettivo Centrale**

1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologici.

**Obiettivo Specifico**

Contribuire ad aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologici in particolare attraverso l'azione dei medici competenti e dei SPSAL nei confronti dei lavoratori.

**Attori e portatori di interesse**

Medici Competenti e loro associazioni scientifiche/sindacali di riferimento, Personale sanitario SPSAL, INAIL, Associazioni dei datori di lavoro e OO.SS. dei lavoratori.

**Beneficiari**

Lavoratori delle aziende marchigiane in età target per l'effettuazione degli screening oncologici con particolare riferimento ai lavoratori stranieri in relazione alla riduzione delle disuguaglianze di accesso agli screening oncologici.

**Fasi di Articolazione**

- Programmazione e realizzazione di aggiornamento formativo sul tema screening e sulla organizzazione del Programma "Prevenire è volersi bene" della Regione Marche e dei relativi protocolli diagnostici terapeutici rivolto ai medici competenti ed al personale sanitario dei SPSAL.
- Programmazione e realizzazione di percorsi informativi coordinati nell'ambito dei programmi del CRC ex art. 7 D.Lgs 81/08 per la sensibilizzazione di Associazioni dei Datori di Lavoro, OO.SS., bilateralità e diffusione, anche attraverso questi canali, del materiale informativo prodotto dal gruppo regionale di coordinamento degli screening oncologici.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>197</b>
--------------------

**Criticità**

Scarsa abitudine dei componenti del "sistema regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro" ad interessarsi, come sistema complessivo, alle tematiche di salute non afferenti a quelle specifiche indicate dalle normative di settore.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

1.13.1 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito per gli screening cervicale, mammografico e colo rettale

**Valore Baseline regionale (2013)**

Cervice: 40,6%

Mammella: 51,8%

Colon retto: 34,5%

**Standard di riferimento regionale (2018)**

Cervice: 50%

Mammella: 60%

Colon retto: 50%

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: % MC che hanno partecipato a refreshing formativo sul tema screening oncologici
- Fonte: ASUR/Regione Marche
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Modalità in cui viene costruito:
- Numeratore = Numero di MC che hanno aderito al percorso formativo
- Denominatore = Numero totale di MC operanti nel territorio marchigiano presenti nel data base INAIL art. 40 D.Lgs 81/08
- Valore baseline: non rilevato



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
198

Tabella: Linea di Intervento 5-4 "Il lavoro invita allo screening"

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)		Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE)	quantitativo	Cervice: 40.6%	Cervice: 50%	Contribuire ad aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologici in particolare attraverso l'azione dei medici competenti e dei SPSAL	% MC che hanno partecipato a refreshing formativo sul tema screening oncologici	20% del totale	30% del totale	50% del totale	Report regionale
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING MAMMOGRAFICO)	quantitativo	Mammella: 51.6%	Mammella: 60%						
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)	quantitativo	Colon retto: 34.5%	Colon retto: 50%						



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
*reg*

**Programma n. 6 - LAVORARE PER VIVERE**

**Macro obiettivo/i a cui il programma dà risposta e relativi obiettivi centrali:**  
il programma sviluppa linee di azione che hanno come "setting" il luogo di lavoro. Gli obiettivi strategici riguardano il contrasto ai rischi per la salute e sicurezza specifici, compresa la sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto, ed il contrasto agli incidenti stradali che in ambito professionale rappresentano il 50% circa degli infortuni mortali.

**Tabella riepilogativa:**

Macro obiettivo	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
7- prevenire gli infortuni e le malattie professionali	<p>7.1 Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex art. 5 D.Lgs.81/08 approvati mediante Accordo di Conferenza tra Stato e Regioni</p> <p>7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle Malattie Professionali</p> <p>7.3 Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità</p> <p>7.4 Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale</p> <p>7.5 Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>Migliorare l'utilizzo efficace del Sistema Informativo Regionale</p> <p>Consolidare i sistemi informativi MALPROF, RENAM, RENATUNS ed attivare registro tumori Bassa frazione eziologica</p> <p>Promuovere percorsi valutativi semplificati per le aziende e i loro consulenti</p> <p>Vigilanza - audit sull'applicazione delle procedure semplificate di valutazione rischio (art. 167, 168, 169 D.Lgs. 81/08), secondo piani di controllo regionali annuali</p> <p>Istituire un osservatorio regionale integrato Regione - INAIL, promuovere procedure operative sulla sorveglianza sanitaria del medico competente, avviare una fase di sperimentazione pratica "supervisionata per gli operatori delle ASL, INAIL e per i consulenti, RSPP e MC aziendali e definire linee di indirizzo operativo e check list di controllo per patologie da sovraccarico biomeccanico.</p> <p>Rafforzare la rete funzionale degli operatori sanitari del SSR e MC per incrementare emersione e riconoscimento eziologico tumori professionali</p> <p>Consolidare la prevenzione del rischio cancerogeno integrando l'attività di assistenza specifica al mondo produttivo con piani di controllo</p> <p>Promuovere e/o favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende supportando mediante la informazione (in particolare a RLS/RLST, RSPP, bilateralità), il monitoraggio e la adozione di buone prassi.</p> <p>Revisione ed attuazione del Piano Reg.le Prevenzione in Edilizia, al fine di sostenere il ruolo della bilateralità e promuovere le buone prassi, il coordinamento e la omogeneità delle attività di vigilanza, nonché l'approccio proattivo dei Servizi pubblici.</p> <p>Attivazione di tavolo tecnico interistituzionale di supporto alle azioni di prevenzione nel comparto agricoltura in particolare per rischio chimico ed infortunistico da macchine e per la omogeneità della vigilanza</p>
8- Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.9 Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)	Attuare la Sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto e dei potenzialmente esposti
5- ridurre gli incidenti stradali e la gravità dei loro esiti	<p>5.1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale</p> <p>5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale</p>	Strutturazione di un percorso di screening per OSAS

*reg*



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
200

**Razionale e descrizione del programma:**

**Precedenti PRP e altra programmazione regionale:** dalla entrata in vigore del D. Lgs 81/08, la programmazione strategica delle attività di prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro, ha trovato supporto nelle seguenti DD.GG.RR.:

- DGR 875/08, che ha adeguato il Comitato di Coordinamento Regionale ex art. 7, alla quale sono seguiti i decreti per l'istituzione degli organismi provinciali previsti dal DPCM 21/12/2007;
- DD.GG.RR. 814-2011 e 1220-2014 con le quali sono stati stipulati il 4° e 5° protocolli di intesa tra INAIL e Regione Marche che da oltre dieci anni costituiscono l'asse portante delle sinergie che permettono lo sviluppo di azioni integrate trasversali tra istituzioni e tra queste e le parti sociali;
- DGR 1045/2009 e 940/2010 che hanno permesso di avviare i contenuti del DPCM 17.12.07 "patto per la salute nei luoghi di lavoro", relativi alla prevenzione nei comparti edilizia, agricoltura e per la prevenzione del rischio cancerogeno, poi specificatamente implementati con i Piani Regionali di Prevenzione in Agricoltura (Decreto 27SAP-2010 e programma attuativo approvato con DGR 1188-2012), in Edilizia (Decreto 10SPU-2012), del rischio cancerogeno e dei tumori occupazionali (DGR 883-2013).

In un contesto marchigiano già fortemente strutturato in questo campo, le specifiche linee progettuali dei precedenti PP.RR.PP. sono pertanto risultate semplice strumento di ulteriore di supporto ad azioni già impostate sulla base della programmazione discendente nazionale e trasversale regionale.

Il presente programma ha lo scopo, coerente con la visione generale del PNP 14 – 18, di mantenere l'approccio integrato già presente per le tematiche specifiche, ed avviare un percorso nuovo che renda il luogo di lavoro anche luogo privilegiato di azione per il contrasto alle patologie croniche non trasmissibili, con un coinvolgimento verso tale obiettivo del sistema istituzionale specifico, delle parti sociali, dei soggetti con ruoli specifici all'interno delle aziende, quali i medici competenti, gli RLS, gli RSPP. I contenuti generali del programma sono stati illustrati e condivisi nella riunione del 26/03/2015 del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs.81/08.

**Contesto epidemiologico:** il quadro di dettaglio è descritto nel report "stato di salute dei lavoratori nelle Marche anni 2000 - 2011" ([www. Marcheinsalute.it](http://www.Marcheinsalute.it)) che risente delle latenze con cui i dati nazionali e regionali possono essere raccolti ed elaborati. Ciò è ancor più vero nell'attuale periodo storico condizionato dalla perdurante crisi produttiva che, verosimilmente, rende ancor meno affidabili i dati ufficiali rispetto al dato reale: basti ricordare il lavoro irregolare e la cassa integrazione come fattori di errore.

Come macro elemento complessivo, si segnala che nelle Marche gli indici infortunistici sono peggiori della media nazionale: i tassi infortunistici complessivi hanno comunque un trend coerente con il quadro nazionale in decremento; il tasso di incidenza degli infortuni gravi ha registrato negli anni un aumento sino al 2011, con inversione nel 2012, come evidenziato dalla tabella sotto riportata (dati sistema informativo INAIL – Regioni):

	anno 2005	anno 2006	anno 2007	anno 2008	anno 2009	anno 2010	anno 2011	anno 2012
N° Aziende	117.026	117.819	119.839	122.247	121.593	121.942	121.593	121.023
N° addetti	480.402	487.922,1	488.696,7	501.491,6	467.528,3	470.079,4	467.528,3	463.030,6
Tasso standardizzato di infortuni indennizzati	36,16	34,43	33,1	30,32	28,44	30,32	28,44	25,64
Indice di gravità degli infortuni del territorio	5,5	5,9	6,2	6,7	7,5	6,7	7,5	5,8





seduta del
15 LUG 2015
delibera
1 540

pag.
201

Riguardo le malattie correlate al lavoro, va rilevato che nelle Marche, in misura maggiore che nel resto d'Italia, si è assistito ad una vera e propria esplosione di denunce di malattie muscolo scheletriche (tendiniti degli arti superiori, sindromi del tunnel carpale, ernie discali e lombosacrali etc...) con un contemporaneo trend in diminuzione per ipoacusie e dermatopatie: si è passati dal dato di prevalenza regionale del triennio 2003-2005 che registrava come riconosciute dall'INAIL n. 451 patologie muscolo scheletriche dell'arto superiore e n. 39 del rachide, al dato complessivo dell'anno 2012 di n. 2753 denunciate e 1489 riconosciute.

Le altre patologie sulle quali soffermare l'attenzione sono le neoplasie per la loro gravità (sono la prima causa di morte per patologia professionale dei lavoratori) ed anche per la difficoltà di emersione. A seconda dei criteri adottati per l'attribuzione causale, conservativamente si può stimare che i tumori maligni diversi dai carcinomi cutanei attualmente incidenti in Italia nella cui genesi sia da riconoscersi almeno una componente di origine professionale siano da collocarsi tra poco meno di 4.000 (cioè attorno all'1 % del totale) e poco meno di 20.000 ogni anno (cioè attorno al 5 % del totale), con conseguenti decessi stimabili (sulla base di una letalità di tutti i tumori maligni presi complessivamente) collocabile attorno al 60 %) tra poco meno di 2.400 e poco meno di 12.000 ogni anno. A fronte di tali stime, negli ultimi anni i tumori professionali si attestano intorno ai 2.000/anno come segnalazioni, dei quali intorno al 50% risultano quelli riconosciuti e indennizzati; il dato rimane pertanto a tutt'oggi molto inferiore a quello che sarebbe logico attendersi: in altri termini, il fenomeno "tumori professionali" rimane ancora insufficientemente conosciuto.

Nella Regione Marche i tumori denunciati sono aumentati notevolmente passando dai 51 del 2012 agli 88 del 2014 per il complesso delle gestioni; per circa la metà sono "Tumori maligni della trachea, dei bronchi del polmone" e l'altra metà "Tumori maligni della pleura": si tratta in larga misura di neoplasie riconducibili a pregressa esposizione a fibre di amianto. Dall'istituzione del Renatus previsto dall'art. 277 del D.Lgs. 81/08, a tutto il 2013 erano 99 i casi di tumori naso sinusali registrati.

La lettura per comparto mostra la netta prevalenza delle denunce di malattie professionali tra gli addetti nei comparti 'agricoltura', 'costruzioni', 'metalmecanica' e 'tessile'; in molti casi (molto meno degli anni passati) il comparto non è determinabile. Restringendo il periodo di analisi dal 2005 al 2011 si nota un aumento deciso del comparto agricolo legato a patologie muscolo tendinee (soprattutto dal 2008 a oggi) e la tendenza all'aumento pressoché sovrapponibile di tutti gli altri comparti.

Complessivamente nel periodo 2009 - 2013 nelle Marche si è avuto un aumento di denunce pari al 116%, contro una media nazionale di + 47%; è verosimile che nel periodo 2014 - 2018 il trend ascendente tenda ad essere molto più contenuto.

**Articolazione del programma:** il programma è suddiviso in varie linee di intervento che si integrano per rispondere a diversi obiettivi centrali del macro obiettivo 2.7, una linea di intervento che risponde al macro obiettivo 2.5 e una linea di intervento che risponde al macro obiettivo 2.8.

La prima linea ha il compito di perseguire l'obiettivo centrale di "implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli atti di indirizzo del Comitato ex art.5 D.Lgs 81/08". Nel caso della Regione Marche, oltre al sostegno per un uso efficace degli strumenti già in uso per la programmazione degli interventi, sarà perseguita la realizzazione del programma per notifiche on line ex art. 99, oggi assente.

Le linee di intervento relative alle malattie muscolo scheletriche, ai tumori professionali ed alla sorveglianza sanitaria dei ex esposti ed attualmente esposti al rischio amianto sosterranno, tra l'altro, il miglioramento della rete sanitaria per l'emersione delle patologie professionali.

Le linee di intervento relative alla prevenzione nel comparto edile ed in quello agricolo forestale, opereranno per sostenere, in particolare, l'obiettivo centrale della riduzione del fenomeno infortunistico, oltre che il sostegno alla bilateralità.

Una linea specifica è dedicata alla promozione del benessere organizzativo nelle aziende, e sarà sviluppata in accordo con il relativo programma nazionale in corso di attuazione da parte di tutte le regioni ed in accordo con gli indirizzi europei.

Una linea di intervento è finalizzata in modo specifico al rafforzamento del sostegno di RLS/RLST e della bilateralità (in particolare quella artigiana), già da tempo in atto nell'ambito dei programmi di attività del Comitato Regionale di Coordinamento.



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
202

Il coinvolgimento delle istituzioni scolastiche per lo sviluppo delle competenze in materia di salute e sicurezza avverrà nell'ambito di una linea di intervento collocata all'interno del Programma n. 2 "Scuola e salute .... È tutto un programma"

Due linee di intervento da attuarsi nei luoghi di lavoro, a sostegno delle attività di promozione degli stili di vita sani e la adesione attiva della popolazione in età lavorativa agli screening oncologici, sono inserite nei programmi dedicati al contrasto alle patologie croniche non trasmissibili.

**Contrasto alle diseguaglianze:**

Esistono molti studi sulle diseguaglianze dedicati al mondo del lavoro, legate a molteplici fattori. Certamente di genere, di provenienza del lavoratore, di tipologia aziendale. Elementi specifici sono riportati nella specifica sezione di ciascuna linea di attività, se pertinente. Nel contesto produttivo marchigiano, si ritiene che operare per fornire supporto alle realtà aziendali di piccole dimensioni, dove maggiore è la difficoltà di applicazione delle norme prevenzionistiche, sia strumento utile per contenere diseguaglianze tra i lavoratori in esse impegnate e quelli maggiormente garantiti che operano in aziende più strutturate.

**Evidence:**

Non ci sono elementi certi di evidence preliminari nelle azioni che le linee del programma perseguiranno. Le linee del programma sono coerenti ed evolutive della programmazione nazionale avvenuta a partire dal PNP 2005 - 2007, basata su priorità in buona parte collegate con evidenze epidemiologiche (agricoltura, edilizia, cancerogeni, malattie muscolo scheletriche) e che ha verosimilmente contribuito ad un andamento epidemiologico in tendenza positiva, anche al netto della crisi occupazionale, con i due obiettivi centrali diretti ai lavoratori, perseguiti da questo piano nazionale: la emersione delle patologie professionali, intesa come fase di miglior conoscenza del fenomeno e finalizzata alla diminuzione dei rischi, e la riduzione del numero di infortuni gravi.

**Sostenibilità:**

La perdurante crisi economica che coinvolge anche le risorse umane del sistema pubblico, non permette di ipotizzare significativi aumenti delle risorse disponibili attualmente. La sostenibilità del programma è basata fondamentalmente su un miglioramento delle sinergie tra le varie componenti istituzionali e tra queste e le parti sociali interessate. In questo senso, la storia specifica presente nelle Marche, basata sulla rete dei SPSAL dell'ASUR, sui protocolli di intesa tra Regione Marche ed INAIL che hanno sostenuto importanti iniziative integrate di sistema tripartite ed hanno anche rappresentato una modalità per utilizzare in ottica di sistema risorse finanziarie già presenti, sulla capacità di ruolo propositivo condiviso del Comitato Regionale di Coordinamento, risultano la base per la sostenibilità del nuovo piano.

**Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione:**

Il programma si avvale di sistemi di sorveglianza già attivi nella Regione Marche quali:

- flussi informativi per la prevenzione nei luoghi di lavoro, sistema INFORMO e sistema MAL PROF derivanti dai protocolli di intesa nazionali INAIL (ex ISPEL) – Regioni;
- registri ex art. 277 D. Lgs 81/08 (REANAM – RENATUNS);
- rilevazione attività dei SPSAL secondo standard di rilevazione del Coordinamento interregionale prevenzione;
- indicatori di bisogno, utilizzo risorse, misura attività, risultato approvati dal CRC ex art. 7 e derivanti dai flussi correnti sopra indicati riferiti ai SPSAL;
- rilevazione PASSI – sezione riferita ai luoghi di lavoro.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>203</b>
--------------------

**6 - 1: Ridefinizione dei criteri per la redazione del report regionale in funzione degli obiettivi strategici ex articolo 7 D. Lgs 81/08.**

**Breve descrizione dell' Intervento programmato:**

**Razionale dell'Intervento:**

In questi anni si è consolidato l'utilizzo dei sistemi di informativi integrati INAIL - Regioni derivanti dal Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP) di cui all'art. 8 del D.Lgs 81/08, finalizzato a produrre un sistema informativo integrato per la conoscenza dei danni alla salute legati all'attività lavorativa.

Oltre a questo progetto sono nati i sistemi di sorveglianza attiva degli infortuni mortali e gravi (INFORMO), delle malattie professionali (MALPROF), i sistemi di sorveglianza delle malattie professionali (ReNaM, ReNaTuNS, Registro BFE) e dell'esposizione ad agenti cancerogeni, il rilevamento dei dati della sorveglianza sanitaria (ex art. 40/81) e il sistema di rilevamento dei dati di attività dei servizi di prevenzione delle ASL.

Le Marche attraverso i Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPSAL) dei Dipartimenti di Prevenzione hanno aderito sin dalle prime fasi all'implementazione di questi sistemi di sorveglianza.

La Regione Marche dal 2002 ha prodotto periodici report sullo stato di salute dei lavoratori.

Quello che la Regione Marche si propone tramite il PRP 2014-2018 è di aumentare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi per il monitoraggio del fenomeno infortunistico, tramite:

- il rafforzamento dei sistemi di rilevamento dei rischi e delle patologie da lavoro
- l'implementazione dei registri di patologia
- la raccolta dei dati relativi alla sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti (art. 40, all. 3b).

In generale verranno approfonditi e valutati i rischi e le esposizioni dei lavoratori con l'utilizzo del Report regionale per il quale verranno definiti i contenuti da parte del gruppo tecnico regionale Nuovi Flussi Informativi (NFI), tenendo conto degli obiettivi strategici dettati dal Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs 81/08.

**Obiettivo Centrale**

7.1 Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5 D. Lgs. 81/08 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni.

**Obiettivo/i Specifica/i**

Migliorare l'utilizzo del Sistema informativo Regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro.

**Attori e portatori di interesse**

Componenti del Comitato Regionale di Coordinamento ex art.7 D.Lgs. 81/08.

**Beneficiari**

Operatori SPSAL, Operatori ASUR, Lavoratori, Associazioni di Categoria e Sindacali.

**Fasi di Articolazione**

Studio da parte del gruppo regionale Sistema Informativo Regionale Integrato per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro delle nuove linee guida per la redazione dei report da sottoporre al Comitato Regionale di Coordinamento.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <i>204</i>
--------------------

- Approvazione delle linee guida da parte del Comitato Regionale di Coordinamento.
- Elaborazione dei dati e redazione del report regionale da parte del gruppo regionale Nuovi Flussi Informativi.
- Pubblicazione del report nel sito <http://www.marcheinsalute.it/>.
- Diffusione del report attraverso incontri con gli operatori delle istituzioni e con le associazioni di categoria.

**Criticità**

Capacità del sistema regionale a raccordarsi con il sistema nazionale.

Carenza di personale dedicato all'elaborazione dei dati derivanti dal sistema informativo nazionale.

**Indicatori**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati.

**Valore Baseline regionale:** un Report periodico relativo al monitoraggio dei rischi e danni da lavoro.

**Standard di riferimento regionale:** Un Report annuale a partire dal 2017.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: "Report" annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati
- Fonte: [http://www.marcheinsalute.it/viewdoc.asp?CO\\_ID=10049&tree=1134](http://www.marcheinsalute.it/viewdoc.asp?CO_ID=10049&tree=1134)
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Valore baseline: Un "Report" periodico



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**205**

Tabella Linea di Intervento 6 – 1: Ridefinizione dei criteri per la redazione del report regionale in funzione degli obiettivi strategici ex articolo 7 D. Lgs 81/08.

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)		Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
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 art. 5 D.Lgs.81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni	7.1.1 Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	Qualitativo	Report periodico	Un report all'anno	Migliorare l'utilizzo del Sistema Informativo Regionale	Report annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	Approvazione da parte del Comitato Regionale di Coordinamento di nuove linee guida per la redazione del report	Report annuale	Report annuale	Regione Marche



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b> 17

pag. <i>255</i>
--------------------

**6 – 2: CANCEROGENI OCCUPAZIONALI E TUMORI PROFESSIONALI**

Breve descrizione dell'intervento programmato:

**Razionale dell'intervento**

La sottostima della diagnosi eziologica dei tumori è un problema noto nelle sue linee generali ma non nella sua esatta estensione e soprattutto, nella pratica, ancora insufficientemente affrontato. Sulla base delle stime AIRtum riferite al 2014, la frequenza con cui nel nostro Paese vengono diagnosticati i tumori maligni, esclusi i carcinomi cutanei, è in media di circa 6 nuovi casi ogni 1000 persone ogni anno. A seconda dei criteri adottati, si può stimare che i tumori maligni diversi dai carcinomi cutanei, nella cui genesi sia da riconoscersi almeno una componente significativa di origine professionale, siano stimabili tra poco meno di 4.000 (cioè attorno all'1 % del totale) e poco meno di 20.000 ogni anno (cioè attorno al 5 % del totale), con conseguenti decessi stimabile sulla base di una letalità di circa il 60 % per tutti i tumori maligni complessivamente considerati, tra poco meno di 2.400 e poco meno di 12.000 ogni anno. Il totale dei casi annualmente segnalati all'INAIL come "tumori professionali" si colloca anche nel 2012 attorno a poco meno di 2.000 dei quali riconosciuti una quota di poco superiore al 50%. Di questi, poco meno della metà, attiene a neoplasie causalmente legate all'amianto. Ancor meno affrontati sono, nella pratica, il tema di una diagnosi precoce utile di quelli che comunque si verificheranno nei gruppi di lavoratori "ad alto rischio" e soprattutto quello della prevenzione dei tumori professionali tramite l'abbattimento delle esposizioni a cancerogeni occupazionali.

Nelle Marche il tema è stato per la prima volta affrontato in modo sistemico con uno specifico programma contenuto nella DGR n. 883 del 2013 "piano regionale per la prevenzione del rischio cancerogeno e dei tumori professionali 2013 – 2015".

Tale programma è articolato su tre assi:

- a) quello dell'identificazione, del controllo e dell'abbattimento delle esposizioni attuali con priorità per idrocarburi policiclici aromatici - IPA, amianto, quarzo, polveri di legno, polveri di cuoio, formaldeide, benzene, amine aromatiche cancerogene per l'urotelio,
- b) quello di un controllo sanitario utile dei lavoratori significativamente esposti a cancerogeni occupazionali così come degli ex-esposti a cancerogeni occupazionali,
- c) quello di un'identificazione quanto più completa possibile dei tumori professionali prevalenti e incidenti a fini di ricerca eziologica e, con i limiti del caso, di monitoraggio dell'efficacia (o meno) delle azioni di prevenzione e promozione della salute poste in essere.

Le attività previste nella suddetta Delibera, alla quale si rimanda per un maggior dettaglio ([http://www.norme.marche.it/Delibere/2013/DGR0883\\_13.pdf](http://www.norme.marche.it/Delibere/2013/DGR0883_13.pdf)), sono coerenti con gli obiettivi del PNP 2014 – 2018. Sono state realizzate in parte e verranno completate nell'arco di tempo di valenza del presente Piano Regionale di Prevenzione. In particolare, rispetto ai tre assi sopra indicati, si sintetizza quanto realizzato e le conseguenti evoluzioni:

- Fino ad oggi sono proseguite, seppure in modo ridotto rispetto ad anni trascorsi per le limitate risorse complessive, le attività dei Servizi dell'ASUR MARCHE, anche in collaborazione con CONTARP INAIL, di misura/stima delle esposizioni attuali a cancerogeni occupazionali e relative attività di prevenzione, con particolare riguardo ai cancerogeni sopra indicati. E' proseguita inoltre l'attività di sistematizzazione dei dati di esposizione anche da fonti aziendali, da fonti anamnestiche e da fonti di letteratura scientifica sulla base della matrice lavoro-esposizione (JEM) informatizzata CAR-MAP, elaborata tra il 2011 e il 2013 nell'ambito di un progetto CCM coordinato dall'Area di Ricerca dell'INAIL nazionale. Attualmente la matrice, è



seduta del 15 LUG 2015
delibera 340

pag. 207
-------------

installata in una parte dei SPSAL del territorio e una quota di operatori addestrati all'impiego. L'estensione dell'utilizzo di CAR MAP, con il caricamento dei dati relativi ai registri istituiti nel territorio regionale ai sensi dell'art. 243 del D. Lgs 81/08 dal 2008 al 2014, pari a 967, (fonte INAIL) e la definizione di indirizzi omogenei seguiti da un programma di controllo comprensivo di indagini di igiene industriale rivolto ai cancerogeni identificati è obiettivo della linea di intervento di questo piano.

- Un'attenzione specifica è stata posta alla costituzione di una rete collaborativa tra tutte le strutture sanitarie potenzialmente interessate: i Servizi PSAL dell'ASUR MARCHE, le principali strutture sanitarie di diagnosi e cura delle Aziende del SSR, le strutture universitarie, in particolare l'Università degli Studi di Camerino per la gestione del Centro Operativo Regionale (COR) del Registro Nazionale Mesoteliomi (ReNaM), e dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona – Dipartimento di Medicina Molecolare - Clinica Medicina del Lavoro. Da alcuni anni prosegue un'attività di sorveglianza sanitaria mirata rivolta ad alcuni gruppi ad alto rischio (GAR) per le patologie respiratorie (anche non neoplastiche) legate all'amianto per le quali si rimanda alla specifica linea di intervento di questo programma. E' stata inoltre sperimentata l'attività di sorveglianza sanitaria mirata per i gruppi ad alto rischio (GAR) per i tumori nasosinusaliali in due sedi SPSAL dell'ASUR di Civitanova Marche e relative divisioni ORL. L'implementazione di tale azione, al momento interrotta, sarà oggetto del presente piano con la finalità di realizzare linee di indirizzo per omogeneizzare l'offerta di accertamenti sanitari e di counselling, rivolta in particolare a gruppi ad alto rischio (GAR) e definire, nell'ambito del programma nazionale MAL.PROF, le modalità con cui proseguire l'attività di "ricerca attiva" dei tumori professionali da parte dei SPSAL in collaborazione con i locali Servizi Ospedalieri di Diagnosi e Cura: tale attività ha riguardato principalmente, oltre che chiaramente i già citati mesoteliomi e tumori naso-sinusaliali, i carcinomi polmonari, i carcinomi vescicali, le leucemie e i linfomi.
- Il COR delle Marche per il Registro Nazionale Mesoteliomi – ReNaM è operativo dal 2003. A seguito della emanazione del D. Lgs. 81/08, come in esso indicato, è stato avviato il COR per il Registro dei tumori naso sinusali (RenaTuNS) che nel 2014, a seguito della implementazione collegata con il Piano Regionale, è definibile come "attività a regime", essendo ormai esaustiva la rilevazione dei casi per gli anni dal 2002 al 2011 compresi ed in fase avanzata la rilevazione per gli anni dal 2012 in avanti. Relativamente al COR per il Registro Nazionale dei Tumori a Bassa Frazione Eziologica Occupazionale (cosiddetto Registro "BFE"), lo sviluppo sarà collegato agli sviluppi nazionali del programma derivante dal progetto "OCCAM".

Collegata con quanto sopra è stata curata la formazione di un sufficiente numero di operatori in relazione agli aspetti di analisi e ricerca epidemiologica, il lavoro in rete, l'intervista e la codifica dei casi. Il percorso formativo, già programmato, si concluderà entro l'anno 2015.

**Obiettivi Centrali.**

- 7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP.
- 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.

**Obiettivi Specifici**

- Consolidare i sistemi informativi MAL PROF, ReNaM e ReNaTuNs.
- Attivare il Registro dei Tumori a Bassa Frazione Eziologica Occupazionale in accordo con lo sviluppo nazionale del medesimo.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>208</b>
--------------------

- Rafforzare la rete funzionale degli operatori sanitari del SSR e dei medici competenti per incrementare l'emersione e il riconoscimento eziologico dei tumori professionali.
- Consolidare la prevenzione del rischio cancerogeno integrando l'offerta di assistenza specifica al mondo produttivo con piani di controllo.

**Attori e portatori di interesse**

SPSAL dell'ASUR, strutture di diagnosi e cura del SSR e dell'Università Politecnica delle Marche, medici competenti e loro associazioni di riferimento, INAIL nelle componenti sanitarie e tecniche CONTARP, OO.SS. e organizzazioni datoriali.

**Beneficiari**

I lavoratori esposti ad agenti cancerogeni in ambiente di lavoro, i lavoratori e gli ex-lavoratori che in precedenza sono stati esposti a tali agenti.

Le aziende che vedono ancora una presenza di agenti cancerogeni nel proprio ciclo produttivo ed i professionisti/consulenti delle stesse.

Il SSR, che più efficientemente ed efficacemente potrà monitorare e governare le proprie azioni su di un ambito rilevante di generazione di patologie gravi e spesso mortali.

**Fasi di Articolazione**

- Redazione tecnica e condivisione da parte del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08 di un documento di indirizzo per le attività di controllo del rischio cancerogeno nelle aziende.
- Programma informativo promosso dal CO.RE.CO rivolto ai soggetti aziendali (DDL, RLS, RSPP, MC, consulenti) avente l'obiettivo di illustrare i contenuti ed il programma di controllo.
- Successiva programmazione e realizzazione di un nuovo piano di controllo comprensivo di indagini di igiene industriale mirate alla valutazione del rischio cancerogeno occupazionale con particolare riguardo a IPA, quarzo, polveri di legno, polveri di cuoio, formaldeide, benzene, amine aromatiche cancerogene per l'urotelio (per l'amianto si rimanda a quanto di pertinenza contenuto nel programma "Ambiente in Salute").
- Estensione progressiva dell'utilizzo del sistema informativo CAR-MAP da parte degli SPSAL dell'ASUR, sia sul versante della registrazione delle esposizioni, sia su quello della identificazione degli esposti ed ex-esposti con caricamento progressivo dei dati a fini di sorveglianza sanitaria mirata.
- Mantenimento dell'attività dei registri RENAM e RENATUNS già presenti e contributo degli stessi alla redazione di report annuale integrato relativo ai rischi e danni da lavoro.
- Attivazione del registro delle neoplasie a bassa frazione eziologica, compatibilmente con la evoluzione nazionale del sistema.
- Redazione tecnica di linee di indirizzo per omogeneizzare e rafforzare la collaborazione tra strutture del SSR e tra queste ed i Medici Competenti finalizzata alla emersione delle neoplasie professionali.
- Percorso di consenso e diffusione dei contenuti attraverso programma formativo per il personale sanitario.

**Criticità**

Le criticità che maggiormente potranno incrementare le probabilità di insuccesso della presente linea di intervento risiedono nella persistente contrazione delle risorse umane collegata con la attuale normativa di contenimento della spesa pubblica.





**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale**

7.2.1 Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a rischio cancerogeno e chimico.

7.8.1 Adozione di atti di indirizzo regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio.

**Valore Baseline regionale**

7.2.1 + 116% nel periodo 2009-2013 a livello regionale (valore assoluto 2013= 4253 denunce)

7.8.1 non rilevato

**Standard di riferimento regionale**

7.2.1 + 5% rispetto al valore 2013 (valore assoluto ipotizzato di circa 4470 denunce)

7.8.1 formalizzazione atto di indirizzo relativo al controllo nel territorio del rischio cancerogeno

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Estensione utilizzo CAR MAP
- Fonte: ASUR
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Valore baseline: non rilevato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Consolidamento della Rete degli operatori sanitari
- Fonte: ASUR
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Valore baseline: non rilevato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: supporto al mondo produttivo - eventi informativi
- Fonte: ASUR
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Valore baseline: non rilevato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Piano di controllo del rischio cancerogeno
- Fonte: ASUR
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Valore baseline: non rilevato



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
210

Tabella Linea di intervento 6 - 2 Cancerogeni occupazionali e tumori professionali

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Indicatori di processo					
		Nome Indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
prevenire infortuni e malattie professionali	7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	7.2.1 Emergenza del fenomeno tecnoprofessionistico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti o rischi oggetto di intervento	quantitativo	4.253 denunce totali anno 2013 (+ 116%)	+ 5% rispetto anno 2013	Consolidamento sistemi informativi MALPROF, RENAM, RENATUN5 e avvio registro tumori BFE	Estensione utilizzo CAR MAP	Caricamento 20% dati registri aziendali ex art. 243 D. Lgs 81/08	Caricamento 50% dati registri aziendali ex art. 243 D. Lgs 81/08	Caricamento 80% dati registri aziendali ex art. 243 D. Lgs 81/08	ASUR/INAIL
						Consolidamento della rete funzionale degli operatori sanitari del SSR e MC per incrementare emersione e riconoscimento eziologico tumori professionali	Consolidamento della Rete degli operatori sanitari	redazione linee di indirizzo	1 evento formativo	2 eventi formativi	ASUR
	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	7.8.1 Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio	quantitativo	assenza di atto di indirizzo specifico	presenza formalizzata di atto di indirizzo specifico	Consolidare la prevenzione del rischio cancerogeno integrando l'attività di assistenza specifica al mondo produttivo con piani di controllo	supporto al mondo produttivo - eventi informativi	3 eventi	2 eventi	1 convegno	ASUR
							piano di controllo del rischio cancerogeno	emanazione documento tecnico di indirizzo per il controllo del rischio cancerogeno nelle aziende	25 aziende controllate anche con indagini igiene industriale	25 aziende controllate anche con indagini d'igiene industriale	ASUR



15 <sup>settembre</sup> 2015
delibera
540

pag. 211
----------

**6 - 3: Sorveglianza Sanitaria ex lavoratori esposti ad amianto e controllo qualità Sorveglianza Sanitaria lavoratori esposti.**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

***Razionale dell'intervento***

Questa linea d'intervento mira a individuare gli ex lavoratori esposti ad amianto nella Regione Marche secondo criteri condivisi anche con le parti sociali ed attivare programmi di assistenza sanitaria condivisi a livello nazionale in rapporto all'entità di esposizione di ciascun lavoratore. Si propone inoltre di promuovere l'adozione di protocolli di sorveglianza sanitaria validati per i lavoratori potenzialmente esposti attuali in collaborazione con i MC ed attivare controlli della qualità della sorveglianza sanitaria al fine di migliorare l'efficacia dell'intervento di prevenzione secondaria.

In Italia l'impiego delle fibre di amianto è stato massivo, con quantità annue stimate nell'ordine delle 150.000 tonnellate e decine di migliaia di lavoratori esposti (Marinaccio et al. 2005). Attualmente le "stime a grandi linee" a livello nazionale del numero dei soggetti che hanno subito una esposizione professionale ad amianto vanno da 680.000 (studio CAREX 1990-94) a 254.703 (per 121.674 dei quali era stata riconosciuta l'esposizione) da parte INAIL Legge 257/92 art. 13. Per approssimazione, ipotizzando un peso relativo della Regione Marche del 2,6% circa sul totale nazionale, è possibile stimare un range di lavoratori ex esposti che varia da 3.100-17.500 con un grado di esposizione che può variare dal basso ad alto (per quest'ultimo si può ipotizzare un 20% del totale).

I dati Regionali del Centro Operativo Regionale del ReNaM. Vedono dal 1996 al 2014 una casistica di Mesoteliomi (MM) certi-probabili-possibili attestarsi a valore di 545 di cui la maggior parte (47%) nella provincia di Ancona laddove vi erano realtà lavorative con più alta e diretta esposizione ad amianto (cantieristica navale, produzione di manufatti in MCA).

***Gli effetti sulla salute da amianto:***

Principalmente i danni da esposizione ad amianto interessano l'apparato respiratorio con patologie non neoplastiche come placche pleuriche/ispessimenti diffusi bilaterali in rapporto ad esposizioni basse/moderate ed asbestosi, fibrosi interstiziale diffusa del polmone con deficit ventilatorio prevalentemente restrittivo, in rapporto a dosi moderate/alte di esposizione.

Per quanto riguarda le patologie neoplastiche al livello pleurico si può manifestare il mesotelioma anche a basse dosi di esposizione, ma con un rischio d'insorgenza che aumenta con l'aumentare della dose in rapporto soprattutto alla latenza, ed il tumore del polmone che necessita di dosi maggiori di esposizione. All'aumentare dell'esposizione cumulativa all'amianto corrisponde una crescita del rischio di ammalarsi di tumore del polmone. Il fumo di tabacco è un fattore sinergico nell'aumentare il rischio di tumore polmonare in un soggetto ex esposto ad amianto.

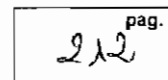
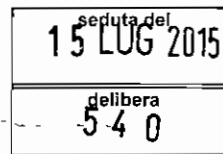
***La Situazione sul territorio nazionale:***

Molte regioni italiane in questi anni hanno operato in modo diverso in tema di sorveglianza sanitaria ex lavoratori esposti ad amianto, evidenziando benefici e criticità affrontate nei diversi percorsi intrapresi.

Nell'ottica di rendere omogenee sul territorio italiano i protocolli di sorveglianza sanitaria rispondenti a criteri di efficacia, il Progetto CCM dal titolo "Sperimentazione e validazione di un protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto, ai sensi dell'art. 258 D.LGS 81/08", ormai alla sua conclusione, ha portato alla definizione di un protocollo di sorveglianza sanitaria condiviso da 19 Regioni del territorio nazionale.

I lavoratori ex esposti ad amianto rappresentano una popolazione che necessita di risposte sia sanitarie che etico-sociali da parte del SSN, pertanto un programma di sorveglianza sanitaria dovrà avere i seguenti obiettivi:

- *etico-sociali*, al fine di rendere il soggetto un attore consapevole nella tutela della propria salute in rapporto all'esposizione pregressa;
- *medico-assicurativi e medico-legali*, consistenti in un riconoscimento da parte dell'INAIL di malattia professionale nel caso venga identificata una patologia correlata all'amianto;



- *epidemiologici*, al fine di monitorare nei prossimi anni l'estensione, in rapporto a livello di esposizione, dei danni alla salute derivanti dall'amianto in ambito lavorativo;
- *sanitari* veri e propri al fine di incidere sull'evoluzione delle patologie respiratorie tenendo sotto controllo altri fattori concomitanti come infezioni respiratorie (accesso gratuito a campagne di vaccinazioni quali antiinfluenzale e antipneumococcica) per i soggetti individuati ex esposti ad amianto;

L'obiettivo specifico regionale che si vuole raggiungere porterà ad una presa in carico strutturata degli ex lavoratori esposti ad amianto incrementando il riconoscimento delle patologie asbesto correlate a favore della sorveglianza epidemiologica e dell'indennizzabilità da parte dell' INAIL.

Per i lavoratori attualmente esposti una efficace sorveglianza sanitaria ispirata ai più avanzati indirizzi scientifici ed ai requisiti di qualità degli esami strumentali eseguiti (PFR , eventuali esami di diagnostica per immagini, etc. ) deve perseguire i seguenti obiettivi :

- controllare le condizioni di salute al fine di formulare un giudizio di idoneità relativo alla prosecuzione dell'attività lavorativa a rischio;
- verificare se un'eventuale compromissione dello stato di salute sia conseguenza dell'attività lavorativa;
- verificare l'eventuale presenza di altre alterazioni che, pur non essendo correlate con l'esposizione, siano ritenute in grado di compromettere lo stato di salute anche in rapporto all'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie aeree a fini prevenzionistici, sanitari ed epidemiologici.

#### **Obiettivo Centrale**

7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP.

8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto dell'amianto sulla popolazione anche lavorativa.

#### **Obiettivi/ Specifici**

Rendere omogenea sul territorio l'offerta di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti e esposti ad amianto ed implementazione dell'emersione delle patologie asbesto-correlate.

#### **Attori e portatori di interesse**

Gli attori interessati da questa linea di intervento sono :

- gli Operatori del Dipartimento di Prevenzione dalle Assistenti Sanitarie ai Medici del lavoro che di fatto si prenderanno il compito dell'assistenza e sorveglianza sanitaria di I livello
- le associazioni degli ex lavoratori e gli organismi sindacali / patronati presenti sul territorio che dovranno diffondere le informazioni sull'intervento
- l'INAIL - INPS potranno collaborare nell'individuazione dei nominativi dei lavoratori ex esposti
- Il COR regionale potrà implementare la sua attività in rete con gli altri attori di questa Linea di intervento
- i MMG, Medici ospedalieri e Specialisti ambulatoriali che, sensibilizzati, contribuiranno alla individuazione dei soggetti ex esposti veicolando l'attività di promozione alla salute e si prenderanno in carico, in rapporto al loro compito all'interno del SSN, dei bisogni sanitari degli ex lavoratori esposti ad amianto
- l'Università Politecnica delle Marche e i Centri Specialisti del per gli approfondimenti diagnostici di II livello
- MC e Datori di lavoro per l'adozione di protocolli di sorveglianza sanitaria validati per i lavoratori esposti ed il controllo della qualità dell'intervento di sorveglianza sanitaria (esami strumentali e quant'altro) al fine di migliorare e mantenere nel tempo standard elevati dello stesso intervento ispirato ad indirizzi scientifici più aggiornati



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>213</b>
--------------------

#### Beneficiari

Lavoratori ex esposti ad amianto sia ad alta che a bassa esposizione ad amianto e lavoratori attualmente potenzialmente esposti.

#### Fasi di Articolazione

##### 1. Individuazione ex lavoratori esposti

1.1 Valutazione delle modalità coerenti con la normativa sulla privacy per la raccolta in unico registro regionale dei nominativi dei soggetti individuati in ogni AV come soggetti ex esposti e individuazione della struttura/Ente di presa in carico di tale registro.

1.2 Formalizzazione protocollo intesa INAIL-INPS-COR-Regione per lo scambio d'informazioni di tipo nominativo dei dati in loro possesso.

1.3 Formalizzazione di un Gruppo regionale per la Condivisione di un programma operativo per l'identificazione degli ex lavoratori esposti ad amianto e di assistenza sanitaria ai lavoratori ex esposti con criteri di efficacia e coerenti con l'indirizzo operativo nazionale in corso di approvazione.

1.4 Stima dimensionamento dei soggetti interessati alla linea d'intervento e indicazioni per l'avvio della sorveglianza sanitaria a cura del gruppo di coordinamento regionale.

1.5 Informazione sul territorio dell'iniziativa tramite il Dipartimento di Prevenzione, Ass. degli ex lavoratori, OOSS/patronati, rivolte a MMG e lavoratori loro assistiti.

1.6 Atto Regionale per l'esenzione alla compartecipazione alla spesa (esenzione ticket per patologie amianto-correlate).

1.7 Formazione operatori del Dipartimento interessati dall'intervento.

1.8 Utilizzo del sistema CARMAP (vedi linea d'intervento: n. 6-2: "Cancerogeni Occupazionali") per inserimento nominativi dei soggetti individuati quali ex esposti.

1.9 Attivazione a livello degli SPSAL, nelle aree più interessate, del protocollo operativo per individuazione dei lavoratori ex esposti con la stima dell'entità di esposizione (bassa o alta) ad amianto per ciascun soggetto.

##### 2. Attivazione assistenza sanitaria

- ✓ counseling e promozione stili di vita sani;
- ✓ visite mediche con accertamenti strumentali;

In rapporto all'entità di esposizione ad amianto presso gli ambulatori dei Spsal

- ✓ gli eventuali accertamenti medico legali di riconoscimento delle patologie asbesto correlate
- ✓ eventuale raccordo con strutture sanitarie di riferimento per i soggetti sintomatici

##### 3. Promozione e controllo protocolli sanitari validati dei lavoratori potenzialmente esposti ad amianto

Servizi PSAL, come indicato dal D.Lgs 81/08, hanno come compito istituzionale anche la verifica della qualità dell'operato del MC attraverso la corrispondenza dei protocolli sanitari ai rischi specifici presenti in azienda, l'adesione degli stessi agli indirizzi scientifici più avanzati quali ad es. linee guida da tempo stabilite e riconosciute a livello nazionale e/o internazionale ed il controllo della qualità degli esami strumentali eseguiti in rapporto agli standard di riferimento.

#### Criticità

Il dimensionamento dei soggetti interessati nella nostra Regione è al momento difficile ed anche le esperienze sul territorio da parte dei SPSAL su questa problematica sono poche e legate principalmente a coorti di ex lavoratori con entità di esposizione ben definite. L'avvio di questa linea d'intervento impegnerà un cospicuo numero di risorse economiche ed anche umane che dovranno dapprima essere formate per questa tipologia d'intervento.

Sarebbe necessario all'inizio dell'intervento "stimare" per ogni Area Vasta il numero dei soggetti interessati per meglio modulare gli interventi.

Pertanto nei primi due anni sarebbe opportuno iniziare l'esperienza d'individuazione dei lavoratori ex esposti ad amianto solo in alcune realtà della Regione, le più interessate da questa linea d'intervento



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
224

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

- o 7.2.1 Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a rischio cancerogeno e chimico
- o *Il valore baseline regionale: 4.253 denunce totali anno 2013 (+ 116%)*
- o *Il Valore standard: + 5% rispetto anno 2013*
  
- o 8.9.1 Disponibilità dati sugli ex esposti ai centri Operativi Regionali (COR)
- o *Il valore baseline regionale, presenza di report periodico COR Marche,*
- o *Il Valore standard: mantenimento produzione report periodico COR Marche con implementazione dei dati emersi dalla linea di intervento.*

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Strutturazione del gruppo di lavoro (marzo 2016).
- o Fonte: ASUR.
- o Tipologia: qualitativo.
- o modalità
- o Valore baseline: non rilevato.
- o Valore standard: formalizzazione del gruppo (marzo 2016) e successiva definizione del protocollo operativo per l'identificazione degli ex lavoratori esposti ad amianto.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Percentuale di lavoratori sottoposti a programma di counseling /promozione stili di vita sani ed a sorveglianza sanitaria in rapporto ai soggetti individuati.
- o Fonte: ASUR.
- o Tipologia: quantitativo.  
NUMERATORE = numero degli ex lavoratori individuati come esposti sottoposti ad un programma di counseling per promozione stili di vita sani e/o sorveglianza sanitaria.  
DENOMINATORE = numero degli ex lavoratori individuati come esposti.
- o Valore baseline: non rilevato
- o Valore standard:
  - 5% degli ex lavoratori individuati come esposti sottoposti a programmi di counseling/promozione stili di vita sani e sorveglianza sanitaria. (2017)
  - 10% degli ex lavoratori individuati come esposti sottoposti a programmi di counseling/promozione stili di vita sani e sorveglianza sanitaria. (2018)

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Numero di protocolli di sorveglianza sanitaria, in particolare gli esami strumentali Rx torace e spirometria, sottoposti a controlli di qualità in rapporto a standard nazionali e/o internazionali di riferimento in lavoratori attualmente addetti all'attività di rimozione/smaltimento materiali contenenti amianto nel settore dell'edilizia
- o Fonte: ASUR.
- o Tipologia: quantitativo.
- o Valore baseline: non rilevato.
- o Valore standard:
  - 10 controlli sulla qualità della sorveglianza sanitaria nel 2016
  - 15 controlli sulla qualità della sorveglianza sanitaria nel 2017
  - 20 controlli sulla qualità della sorveglianza sanitaria nel 2018

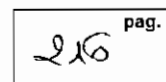
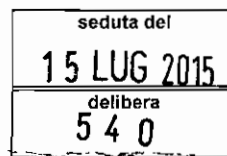


seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**215**

**Tabella Linea di intervento 6 – 3: Sorveglianza Sanitaria ex lavoratori esposti ad amianto e controllo qualità Sorveglianza Sanitaria lavoratori esposti.**

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)		Nome Indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	7.2 Incrementare e le collaborazioni tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP.	7.2.1 Emersione del fenomeno tecnico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a rischio cancerogeno e chimico	quantitativo	4.253 denunce totali anno 2013 (+ 118%)	+ 5% rispetto anno 2013	Sorveglianza sanitarie ex esposti ed esposti amianto	Strutturazione del gruppo di lavoro	Formalizzazione			ASUR
							Percentuale di lavoratori esposti sottoposti a programmi di counseling/promozione stili di vita e sorveglianza sanitaria		5% di ex lavoratori esposti inseriti in programmi di counseling e/o a programmi di sorveglianza sanitaria	10% di ex lavoratori esposti inseriti in programmi di counseling e/o a programmi di sorveglianza sanitaria	ASUR
	8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica a amianto sulla popolazione	8.9.1 Disponibilità dati ex esposti al COR (produzione report)	Qualitativo	Presenza di report periodico COR Marche	Mantenimento produzione report periodico COR Marche			N. di protocolli di sorveglianza, compresi esami strumentali, sottoposti a controllo di qualità	10 controlli	15 controlli	20 controlli



**6 - 4: Aggiornamento e implementazione del programma regionale sul rischio da sovraccarico biomeccanico.**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

***Razionale dell'intervento***

Nelle Marche più che in molte altre regioni italiane le malattie professionali hanno registrato un continuo incremento specialmente dall'anno 2008 in poi; nel 2012 le M.P. di tutte le gestioni hanno registrato un andamento crescente rispetto all'anno precedente ed in controtendenza rispetto al dato medio italiano che mostra una variazione percentuale negativa, seppure di modesta entità, tra il 2011 e il 2012.

Tra le motivazioni sono verosimilmente da comprendere anche le azioni intraprese dalla Regione Marche che da lungo periodo opera per la prevenzione delle malattie da sovraccarico biomeccanico ed è una delle poche regioni che, in collaborazione con l'INAIL, si è dotata di "Linee guida per l'individuazione ed il controllo delle patologie nei lavoratori esposti a rischio da movimenti ripetuti degli arti superiori e da movimentazione manuale dei carichi" elaborate da uno specifico gruppo tecnico nel 2006. Come applicativo delle stesse, è stato realizzato un percorso formativo integrato di operatori ASUR, INAIL, RSPP, RLS, M.C. che ha probabilmente contribuito alla forte emersione delle tecnopatie da sovraccarico biomeccanico, le cui denunce sono aumentate dal 2009 al 2012 in misura superiore al 70% .

Nel recente 2013 il gruppo tecnico regionale, si è riunito approvando un piano di lavoro che coinvolge le articolazioni regionali della Prevenzione e nel recente 2014 è stato firmato il 5° Protocollo d'Intesa tra Regione Marche e INAIL in materia di Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro che, in continuità con le azioni sino ad ora intraprese, prevede tra i rischi e le patologie a cui dare priorità, le PATOLOGIE MUSCOLO SCHELETRICHE completando ed aggiornando i programmi regionali già in atto alla luce delle indicazioni nazionali derivanti dai Piani Nazionali della Prevenzione.

Gli operatori pubblici della prevenzione che da anni lavorano sulla tematica delle MMS, intervistati con apposito questionario, ritengono ancora necessari:

- monitoraggio continuo mediante istituzione di un "osservatorio" epidemiologico per il controllo dell'andamento del fenomeno tecnopatico nell'ambito delle MMS;
- addestramento pratico rispetto alle continue evoluzioni normative, metodologiche, tecnologiche per se stessi e a catena da "offrire" agli altri soggetti della prevenzione (vedi scarsa qualità dei documenti di valutazione del rischio, necessità di tecniche e metodi valutativi semplificati, valutazioni standardizzate per comparto ...);
- collaborazione con medici competenti per la produzione di procedure di sorveglianza sanitaria, dei giudizi di idoneità finalizzati alla ricollocazione lavorativa;
- promozione di progettualità su comparti lavorativi a maggior rischio per l'utilizzo di semplici metodi valutativi e riprogettazione delle postazioni di lavoro;
- diffusione delle conoscenze ai soggetti pubblici e privati e ai futuri lavoratori di domani in collaborazione con altre istituzioni e nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs.81/08 e sue articolazioni.

Le azioni suggerite dal gruppo di osservatori privilegiati, sono in linea con le strategie operative del "Piano Nazionale per l'emersione e la prevenzione delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico" che prevede la costituzione di un osservatorio integrato Regioni e Province autonome e INAIL, integrazione con i Piani Nazionali Agricoltura e Edilizia, la formazione mirata relativa alla valutazione dei rischi rivolta a operatori delle ASL e consulenti aziendali, la definizione di strumenti per la semplificazione delle valutazioni dei rischi, ricerca di buone prassi e soluzioni tecniche ergonomiche oltre all'attività di assistenza all'impresa e vigilanza mirata coerente su tutto il territorio nazionale e in linea con obiettivi di trasparenza ed efficacia.





seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>217</b>
--------------------

**Obiettivo Centrale**

7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP.

7.4 Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale.

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.

**Obiettivo/i Specifico/i**

- Istituzione di un osservatorio integrato Regione- ASUR- INAIL per monitorare l'andamento delle malattie da sovraccarico biomeccanico del rachide e dell'arto superiore;
- Promozione di procedure operative sulla sorveglianza sanitaria del medico competente e buone prassi di valutazione semplificata del rischio;
- Strutturazione di percorsi di formazione e addestramento per soggetti aziendali;
- Attivazione di programmi di vigilanza - audit sull'applicazione delle nuove procedure

**Attori e portatori di interesse**

Operatori del Dipartimento di Prevenzione, funzionari medici INAIL, medici competenti, medici di medicina generale, RSPP, consulenti esterni, associazioni di categoria e sindacali, enti bilaterali.

**Beneficiari**

Aziende industriali, agricole e attività di servizio, lavoratori, RLS, RSPP, consulenti.

**Fasi di Articolazione**

- Istituire un osservatorio regionale integrato Regione - ASUR - INAIL per l'aggiornamento annuale del dato epidemiologico delle MMS.
- Promuovere procedure operative condivise sulla sorveglianza sanitaria del medico competente e sulle valutazioni del rischio semplificate delle aziende, finalizzate a definire linee di indirizzo operativo e check list di controllo con l'obiettivo di assicurare trasparenza all'organo di vigilanza e maggior efficacia all'azione preventiva.
- Avviare percorsi di addestramento "supervisionati" su comparti selezionati per i consulenti, RSPP e MC aziendali.
- Avviare un percorso formativo per operatori ASUR sull'utilizzo dei sistemi di controllo mediante audit e conseguente programmazione dell'attività di controllo delle aziende.

**Criticità**

La Regione Marche ha già assistito ad un incremento notevole delle denunce di malattia professionale del distretto Muscolo Scheletrico; l'emersione è stata cospicua e difficilmente è prevedibile che essa continui con lo stesso ritmo anche se la crisi economica potrebbe essere potenziale generatrice di ulteriori MMS dovute alla riduzione della forza lavoro con conseguente incremento dei ritmi lavorativi. L'incremento potenziale delle M.P. generate dai ritmi intensi di lavoro è ponderata dall'instabilità della posizione lavorativa o dal timore di metterne in discussione la stabilità, elementi che potrebbero frenare l'adesione alle azioni progettuali di prevenzione e le segnalazioni di malattia professionale.

La volontarietà dell'adesione ai programmi potrà limitare l'applicazione delle nuove procedure.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** 7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP.

**Valore Baseline** = 4253 denunce anno 2013 (+ 116%)

**Standard di riferimento regionale** = + 5% rispetto anno 2013



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
218

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** 7.4 Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale.

**Valore Baseline** = N.R.

**Standard di riferimento regionale** = programma attivato

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** 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.

**Valore Baseline** = N.R.

**Standard di riferimento regionale** = atto di indirizzo specifico

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Istituzione di un Osservatorio regionale integrato REGIONE-ASUR-INAIL;
- o Fonte: Regione
- o Tipologia: Qualitativo
- o Valore baseline: non presente

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Promozione di procedure operative sulla sorveglianza sanitaria del medico competente e buone prassi di valutazione semplificata del rischio
- o Fonte: regione
- o Tipologia: Quantitativo
- o Valore baseline: non presente

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Strutturazione di percorsi di formazione e addestramento per soggetti aziendali.
- o Fonte: Regione
- o Tipologia: Qualitativo
- o Valore baseline: non presente

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Attivazione di programmi di vigilanza-audit su nuove procedure.
- o Fonte: Regione
- o Tipologia: Qualitativo
- o Valore baseline: non presente



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag. **219**

Tabella Linea di intervento: 6 - 4 Aggiornamento e implementazione del programma regionale sul rischio da sovraccarico biomeccanico.

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (valore atteso)	Obiettivo specifico regionale	Nome Indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
Prevenire infortuni e malattie professionali	7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	7.2.1 Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per rischi, oggetto di intervento.	Qualitativo	4253 denunce totali anno 2013 (+116%)	+ 5% Rispetto anno 2013	Istituzione di un Osservatorio regionale integrato REGIONE-ASUR-INAIL.	Osservatorio regionale e integrato REGIONE-ASUR-INAIL	Istituzione report	report	report	Regione
	7.4 Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale.	7.4.1 Adozione programmazione in seno ai CRC ex art. 7 D.Lgs.81/08 di azioni per la promozione della responsabilità sociale d'impresa.	Quantitativo	N.R.	Programma attivato	Promozione di procedure operative sulla sorveglianza sanitaria del medico competente e buone prassi di valutazione semplificata del rischio	Attività tavolo misto	Una buona prassi check list	Una buona prassi check list	Una buona prassi check list	Regione
			Qualitativo	N.R.	programma attuato	Strutturazione di percorsi di formazione e addestramento per soggetti aziendali	Addestramento o supervisionato	Approvazione programma	50% Programma	100% Programma	Regione
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.	7.8.1 Adozione di atti di indirizzo nazionale e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio.	Qualitativo	N.R.	Atto di indirizzo specifico	Attivazione di programmi di vigilanza-audit su nuove procedure	Programmazione controllo audit	Formazione Operatore	25 aziende controllate	25 aziende controllate	Regione	



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>220</b>
--------------------

**6 - 5 Prevenzione del rischio stress lavoro correlato e promozione del benessere organizzativo nelle aziende**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

***Razionale dell'intervento***

Le patologie da Stress correlato al lavoro (SLC) sono in aumento in Italia ed in Europa. I dati italiani stimano una prevalenza di patologie da SLC del 28% nella popolazione lavorativa. A causa dei cambiamenti in atto nella organizzazione del lavoro si prevede che tale patologia possa essere in aumento: per questo l'Europa ha messo in atto una campagna di sensibilizzazione sui rischi psicosociali terminata nel 2014. La Regione Marche, nell'ambito della attività di uno specifico gruppo interregionale, sin dal 2010 ha avviato una serie di azioni di approfondimento. Successivamente, su mandato dell'Ufficio Operativo Regionale associato al CRC ex art. 7 del D.Lgs 81/08, nel 2012 è stata effettuata una prima azione di sensibilizzazione in collaborazione tra Regione Marche, INAIL Regionale, Direzione Regionale del Lavoro, ASUR, distribuendo ed illustrando presso le aziende del territorio un opuscolo informativo sui principi normativi in tema di "Rischi Psicosociali" e "Stress Lavoro-Correlato" sulle corrette modalità di valutazione del rischio e sul ruolo dell'organo di vigilanza nella gestione del rischio. A fine 2012 si è tenuto un Seminario Informativo Regionale con illustrazione delle Linee Guida Interregionali rivolto alle parti sociali. Nel corso del 2013 è stato realizzato il percorso formativo "a cascata" previsto dal programma nazionale condiviso tra INAIL e Coordinamento delle Regioni, che ha coinvolto gli operatori dei SPSAL dell'ASUR Marche. Dal settembre 2013 la Regione Marche, così come altre 15 Regioni e PP.AA., ha aderito al programma CCM specifico "Piano di monitoraggio e di intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro-correlato" coordinato dalla Regione Lazio e di cui è capofila l'INAIL. Tale progetto, finalizzato al monitoraggio dell'applicazione della normativa in tema di valutazione e gestione dello SLC, ha l'obiettivo di rilevare, in un campione nazionale di 1000 aziende, informazioni sulle modalità di gestione del rischio da stress lavoro-correlato mediante uno strumento condiviso (Check List) con la finalità di acquisire dati necessari ad una miglior prevenzione/gestione di tale problematica.

In considerazione di quanto esposto, la presente linea di intervento si propone l'obiettivo di portare a stabile realizzazione gli interventi proattivi rivolti alle aziende e alle figure aziendali preposte alla sicurezza, sulla prevenzione delle patologie correlate allo stress e rivolte al benessere organizzativo che, in forma progettuale, sono obiettivi del progetto CCM in atto. E' peraltro evidente che le azioni di informazione e formazione, pur avendo come finalità la prevenzione attraverso la sensibilizzazione, faciliteranno l'emersione di casi di disagio dovuti ai rischi psicosociali, allo stress lavoro correlato e al mobbing.

**Obiettivo Centrale**

7.5 Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende.

**Obiettivi Specifici**

Promuovere e/o favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende supportando la adozione di buone prassi.

**Attori e portatori di interesse**

Regione Marche, ASUR – SPSAL dell'ASUR, INAIL Direzione Regionale e sedi provinciali, direzioni territoriali del lavoro, OO.SS. e dei datori di lavoro, bilateralità.

**Beneficiari**

Datori di lavoro, RLS ed RLS/T, lavoratori, medici competenti, consulenti aziendali.



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 221
-------------

#### Fasi di Articolazione

1. Completamento della fase di ricerca applicata collegata al programma CCM INAIL/Regioni che si svilupperà nel periodo 2015 – 2016 e si compone di:
  - Rilevazione delle modalità di gestione del rischio stress lavoro-correlato in un campione di aziende del territorio mediante metodologia condivisa, sia relativamente al numero che tipologia di aziende, sia rispetto allo strumento di rilevazione (sopralluogo/scheda).
  - Caricamento da parte dei SPSAL delle schede di rilevazione nel database nazionale di elaborazione mediante la piattaforma informatica curata della ASL RM C.
  - Predisposizione di un report regionale conclusivo dal quale derivare i dati relativi ai bisogni delle aziende del territorio regionale e relativa programmazione da sottoporre al CRC ex art. 7 D.Lgs 81/08
  - Progettazione e realizzazione di un programma informativo sul rischio stress lavoro-correlato:
    - Rivolto in modo specifico ai "soggetti della sicurezza" delle aziende coinvolte direttamente
    - Rivolto ai soggetti del "sistema regionale della prevenzione", tutti rappresentati nel CRC ex art. 7 D.Lgs 81/08, finalizzato alla illustrazione dei risultati della ricerca applicata ed alla conseguente informazione sui percorsi praticabili di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende.
2. Messa a regime degli strumenti previsti dalla linea di intervento che si svilupperà nel periodo 2017 – 2018, composta dalle seguenti azioni principali:
  - Sostegno al ruolo degli RLS/RLST e della bilateralità attraverso sportelli informativi SPSAL con programmi dedicati al supporto nella valutazione del rischio e assistenza alle aziende nella sua gestione.
  - Avvio di attività di accoglimento e gestione di casi specifici di SLC con personale esperto e formato realizzata in collaborazione tra INAIL e SPSAL ASUR AV1.
  - Realizzazione di un piano annuale di controllo, nell'ambito della complessiva programmazione delle attività dei SPSAL delle AV ASUR, secondo criteri di priorità e rilevanza del rischio derivati dalla fase precedente.
  - Mantenimento di attività informativa rivolto al mondo produttivo con la finalità di diffondere e condividere esperienze e buone prassi.

#### Criticità

Il lungo periodo di difficoltà socio-economica che il paese sta affrontando porta con sé:

- Problematiche di natura emotiva personali e familiari. L'incertezza dovuta alla perdita del lavoro o l'adattamento richiesto per diverse attività lavorative associate alla impossibilità, talvolta, di nuove occupazioni è causa di manifestazioni patologiche che potrebbero sommarsi e/o confondersi con le problematiche da SLC che hanno invece altra connotazione.
- Difficoltà a porre una sufficiente attenzione alla generale tematica del "benessere lavorativo" a fronte dei rischi occupazionali derivanti dalla perdurante crisi produttiva/occupazionale, anche nei settori, come le pubbliche amministrazioni, in cui i livelli occupazionali sono maggiormente tutelati.

#### Indicatori:

##### Indicatore di Obiettivo Centrale:

Adozione di programmazione in seno ai CRC ex art. 7 D.Lgs 81/08 di azioni di promozione per la promozione della responsabilità sociale di impresa e la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative.

##### Valore Baseline regionale:

Presenza di azioni per la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative nel programma annuale del CRC ex art. 7 D.Lgs 81/08 a partire dall'anno 2012

##### Standard di riferimento regionale

Mantenimento di programmazione specifica all'interno della generale programmazione annuale del CRC della Regione Marche.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>222</b>
--------------------

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- a) Definizione: Monitoraggio valutazione rischio SLC in campione di aziende
  - o Fonte: Fonte: REGIONE-INAIL-ASUR, ORGANISMO PROVINCIALE.
  - o Tipologia: indicatore quantitativo.
  - o Valore baseline: in costruzione.
  
- b) Definizione: Programma informativo.
  - o Fonte: Fonte: REGIONE, ASUR.
  - o Tipologia: indicatore quantitativo.
  - o Valore baseline: non rilevato.
  
- c) Definizione: Programma di assistenza.
  - o Fonte: ASUR.
  - o Tipologia: indicatore qualitativo.
  - o Valore baseline: non rilevato.



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag. **223**

**Tabella Linea di intervento 6 - 5 Prevenzione del rischio stress lavoro correlato e promozione del benessere organizzativo.**

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Indicatori di processo				Sorveglianza / Fonte
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)		Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
Prevenire infortuni e malattie professionali	7.5 Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	7.5.1 adozione di programmazione in seno ai CRC ex art. 7 D.Lgs 81/08 di azioni di promozione per il sostegno alla prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative	qualitativo	Presenza di azioni per la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative nel programma annuale del CRC ex art. 7 D.Lgs 81/08 a partire dall'anno 2012	Mantenimento programmazioni e specifica all'interno della generale programmazione e annuale del CRC della Regione Marche	Promuovere e/o favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	Monitoraggio valutazione rischio SL.C in campione di aziende	Almeno 25 aziende monitorate	Almeno 25 aziende monitorate	Almeno 25 aziende monitorate	Report ASUR/ Regione
							Programma Informativo	1 seminario regionale presentazione report I fase	5 incontri informativi/ formativi	5 incontri formativi/ formativi	ASUR/ Regione
							Programma di assistenza	Realizzazione 1 sportello accoglienza ASUR/ INAIL		Report valutativo attività 2016/2017 sportello accoglienza ASUR /INAIL	ASUR



seduta del
15 LUG 2015
delibera
940

pag.
224

**6 - 6 Prevenire gli incidenti stradali di lavoratori causati da Apnee Ostruttive durante il sonno (OSAS)**

Breve descrizione dell'intervento programmato:

**Razionale e descrizione del programma**

La sindrome delle apnee ostruttive durante il sonno (OSAS) è un disturbo respiratorio del sonno caratterizzato da episodi ripetuti di completa o parziale ostruzione delle vie aeree superiori. Le ripetute apnee ed ipopnee determinano uno sforzo respiratorio notturno con possibili modificazioni della frequenza cardiaca ed aumento dei valori pressori durante il sonno, compromissione della ossigenazione notturna e frammentazione del sonno. La OSAS colpisce in forma sintomatica il 4% della popolazione maschile e il 2% della popolazione femminile italiana (complessivamente circa 2 milioni di soggetti). Le conseguenze sono rappresentate, tra le altre, da sensazione di sonno notturno non riposante, facile stancabilità ed eccessiva sonnolenza diurna (oltre 50% dei casi), diminuzione dei tempi di reazione, disturbi della memoria. Ciò comporta aumentato rischio di incidenti stradali, soprattutto gravi e mortali (da 3.5 a 8 volte maggiore della popolazione di controllo) nonché di infortuni sul lavoro. Il Centro di Fisiopatologia del Sonno DISMR dell'Università di Genova stima che l'eccessiva sonnolenza diurna (EDS) alla guida è causa e/o concausa del 22% circa degli incidenti stradali (IS). Tali IS sono gravati da una mortalità maggiore rispetto ad altre cause (11.4% vs 5.6% secondo i dati riportati nel "giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia 2008 30:3, 291-296). La Direttiva 2014/85/UE dell'1 luglio 2014, recante modifica della direttiva 2006/126/CE del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la patente di guida, inserisce le forme moderate e gravi di OSAS tra le patologie per le quali il conseguimento e il rinnovo della patente di guida sono di competenza delle Commissioni Mediche Locali, subordinandoli al controllo della patologia con le terapie adeguate, tra le quali quella più utilizzata consiste nell'impiego notturno di ventilatori a pressione aerea continua positiva, comunemente noti con il termine di C-PAP, in grado, qualora tollerati, di risolvere le apnee-ipopnee, l'eccessiva sonnolenza diurna e gli altri sintomi della patologia, nonché di agire efficacemente sulle comorbidità cardiovascolari e metaboliche spesso associate alla OSAS (certezza terapeutica).

La linea di intervento si pone l'obiettivo di attivare un punto di riferimento regionale per lo screening di base delle "OSAS" in particolare dei soggetti conducenti di mezzi che necessitano di patenti professionali, stante che i centri diagnostici di secondo livello presenti nella regione hanno liste di attesa di circa un anno e non in grado di soddisfare tipologie di richieste orientate alla prevenzione. I presupposti organizzativi di tale linea si trovano già nell'accordo INAIL - ASUR AV1 - Università Politecnica delle Marche, stipulato nel novembre 2014, per avviare una esperienza unica, fortemente innovativa e dagli innegabili contenuti preventivi, in riferimento alla incidentalità stradale in generale, agli infortuni in itinere, agli infortuni in occasione di autotrasporto e agli infortuni sul lavoro in generale (in particolare nelle attività a elevato rischio infortunistico come ad esempio nelle costruzioni), ma anche relativamente alla prevenzione delle patologie cardiovascolari in classica associazione con la OSAS (ictus, aritmie cardiache, ipertensione arteriosa in particolare). Il ruolo dell'Università Politecnica delle Marche/ Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, Clinica di Medicina del Lavoro, così come indicato nell'accordo del 12 novembre 2014, verterà sugli approfondimenti clinici e diagnostici che si dovessero rendere necessari, soprattutto nella definizione di casi di idoneità lavorativa più complessi in relazione alla OSAS.

**Obiettivo/i Centrali**

5.1 Ridurre il numero di decessi per incidente stradale.

5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale.

**Obiettivi Specifici**

Strutturazione di un percorso di screening per OSAS finalizzato alla prevenzione degli incidenti stradali ed infortuni sul lavoro





**Attori e portatori di interesse**

Dipartimento di Prevenzione ASUR AV 1 e Servizio Medicina Legale, CML Patenti di guida, INAIL, Università Politecnica delle Marche – Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari - Clinica di Medicina del Lavoro, Medici Competenti, MMG.

**Beneficiari**

Lavoratori addetti ad attività di autotrasporto in possesso di patente di guida superiore, segnalati dalla CML; Lavoratori che hanno subito infortuni in itinere o in occasione di autotrasporto, segnalati da INAIL; Lavoratori a rischio, segnalati da MMG e Medici Competenti

**Fasi di Articolazione**

- Istituzione di un gruppo operativo interdisciplinare composto da personale medico, paramedico e amministrativo del Servizio PSAL e della CML patenti di guida dell'ASUR deputato allo screening della OSAS
- Definizione della procedura organizzativa
- Avvio dello screening ed eventuale successivo percorso diagnostico-terapeutico nelle seguenti categorie:
  1. Lavoratori con patenti superiori e/o patenti professionali afferenti per rilascio/rinnovo alla CML patenti di guida.
  2. Lavoratori che hanno subito infortuni in itinere o in occasione di autotrasporto, segnalati da INAIL.
  3. Lavoratori addetti a mansioni a rischio segnalati da Medici Competenti e MMG.
- Valutazione dei risultati e ridefinizione eventuale della procedura organizzativa anche alla luce del recepimento della Direttiva 2014/85/UE, verosimilmente avvenuta nel frattempo.

**Criticità**

1. Carezza di strutture specialistiche di secondo livello ( pneumologia, ORL, neurologia ) in grado di confermare la diagnosi di OSAS e avviare il percorso terapeutico.
2. Prolungati tempi di latenza per il riconoscimento del beneficio dell'invalidità civile necessario per la fornitura dei presidi protesici (ventilatori) di accertata efficacia terapeutica nella grande maggioranza dei casi di patologia.
3. Individuazione delle strutture più idonee al monitoraggio nel tempo dei soggetti in trattamento ventilatorio (follow up) .
4. Difficoltà nell'individuare e calcolare indicatori di efficacia affidabili (incidentalità stradali per sonnolenza e colpi di sonno).

**Indicatori**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** Tasso di decessi per incidente stradale regione Marche

Valore Baseline regionale = 5,6/100.000 (anno 2013)

Standard di riferimento regionale = -20%, 4, 5/100.000 (anno 2018)

**Indicatore di Obiettivo Centrale:** Tasso di ricoveri per incidente stradale regione Marche

Valore Baseline regionale = 6,1/100.000 (anno 2013)

Standard di riferimento regionale = -10%, 5,5/100.000 (anno 2018)

**Indicatore di Obiettivo Specifico:** Indicatore/i di processo

Definizione: numero screening clinico-strumentale effettuati su popolazione target

Fonte: report ASUR

Tipologia: indicatore quantitativo:

Valore baseline: non rilevato



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**226**

Tabella Linea di intervento 6 - 6 Prevenzione degli incidenti stradali da eccessiva sonnolenza diurna

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Indicatori di processo					
		Nome Indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome Indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	5.1 ridurre il numero di decessi per incidente stradale	Tasso di decessi per incidente stradale	Quantitativo	5,6/100.000 (anno 2013)	-20%, 4,5/100.000	Strutturazione di un percorso screening per OSAS	Numero annuale screening clinico-strumentale effettuati su popolazione target	Almeno 300 screening	Almeno 400 screening	Almeno 500 screening	Report ASUR
	5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale.	Tasso di ricoveri per incidente stradale	Quantitativo	6,1/100.000 (anno 2013)	-10%, 5,5/100.000						



13 LUG 2015
delibera
540

227 pag.
----------

**6 - 7 Sicuri ... di essere sicuri?: Attuazione regionale del Piano nazionale di Prevenzione in Edilizia****Breve descrizione dell' Intervento programmato:****Razionale dell'intervento:**

La crisi economico-produttiva ha provocato una perdita di imprese e di occupati in quasi tutti i settori produttivi a livello nazionale, più marcato nel settore delle costruzioni ove l'indice di produzione, fatto 100 quello del 2010, è sceso nel marzo 2014 a circa 70 (ISTAT 2014). Gli addetti sono scesi da circa 1.900.000 nel 2008 a circa 1.700.000 nel 2012. Contestualmente, è aumentato il numero dei lavoratori autonomi del comparto, saliti dal 19% del 2006 al 25% circa del 2012. I trend regionali sono analoghi, con percentuali di lavoro autonomo superiore alla media nazionale. Un ulteriore elemento di riflessione sulle modifiche produttive che sono avvenute e stanno ancora avvenendo, deriva dall'andamento delle notifiche preliminari ex art. 99 del D. Lgs 81/08, salite nel territorio regionale da poco più di 7.500 nel 2006 a 10.100 nel 2013: è aumentato il numero di piccoli cantieri di manutenzione con importo economico dei lavori molto contenuto (<30.000€), mentre sono fortemente diminuiti i lavori per importi rilevanti, se si eccettuano i lavori delle grandi opere infrastrutturali che dal 2008 stanno impegnando 3 assi viari regionali (terza corsia A14, Quadrilatero Marche – Umbria che si sviluppa nelle vallate del fiume Chienti e fiume Esino) di cui solo 1 risulta ancora da attuare in misura importante (asse valle del fiume Esino).

Sul versante epidemiologico, al netto dei cali occupazionali, si è verificato un andamento decrescente degli infortuni sul lavoro in edilizia, maggiore che nella media generale di tutti i comparti, pur rimanendo l'indice infortunistico di gravità del comparto molto elevato. In tale contesto nella Regione Marche continuano a persistere tassi infortunistici, in particolare per quelli gravi, superiori alla media nazionale (dato 2012: 11,63 regionale contro 7,62 nazionale - Flussi informativi INAIL – Regioni). Ciò indica la necessità del permanere di un impegno costante e prioritario verso questo comparto produttivo.

Dal 2005 la Regione Marche ha prestato particolare attenzione al comparto delle costruzioni con una attività di supporto realizzata attraverso i tavoli tecnici con la bilateralità specifica sostenuti dai protocolli di intesa Regione Marche – INAIL (V° protocollo DGR 1220/2014), la emanazione di linee guida di intervento per la vigilanza, l'approvazione di piani regionali di prevenzione conseguenti gli indirizzi nazionali successivi al "patto per la salute nei luoghi di lavoro" DPCM 17.12.2007 ed un'ultima revisione adottata con Decreto Dirigenziale 10/SPU del 20.3.2012 (<http://www.norme.marche.it/attivweb/ViewDoc.aspx?docnum=257482>) che tendeva già ad orientare l'attività spostandola dalla mera vigilanza di cantiere ad un più articolato "monitoraggio del territorio", ad un maggior impegno sul versante del confronto tra il personale ASUR ed i professionisti, un più efficace utilizzo dei sistemi di coordinamento territoriali avviati con la creazione degli organismi provinciali previsti dal DPCM 21.12.2007 in applicazione dei dettami dell'art. 7 del D.Lgs 81/08. Tale ultimo piano programmatico, solo parzialmente applicato anche a causa della ingravescente crisi del settore e della contemporanea riduzione delle risorse umane presenti nei servizi di prevenzione dell'ASUR, si ritiene sia, per la sua impostazione di base coerente con gli obiettivi del PNP 2014 – 2018, e quindi utile base da cui iniziare una attività di revisione della complessiva programmazione sulla base dei mutati scenari e bisogni specifici da condividere tra tutti gli attori del sistema nel Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08 e da sostenere con specifica linea di intervento del nuovo PRP.

Sul versante della promozione di responsabilità sociale di impresa, una specifica area di lavoro si individua nella nicchia produttiva dell'allestimento di spettacoli e fiere di valenza regionale/nazionale.



Infine, pur nella difficoltà di ipotizzare le modalità con cui una ripresa produttiva potrebbe svilupparsi nel futuro, si ritiene che la stessa verosimilmente potrà avere uno dei punti cardine negli appalti pubblici; per tale motivo, si ritiene strategico sostenere, attraverso le azioni di piano, un propedeutico lavoro di aggiornamento e sensibilizzazione dei soggetti tecnici che nelle pubbliche amministrazioni rivestono ruoli specifici (committenti e/o responsabili lavori in particolare) nella gestione di appalti pubblici nel comparto delle costruzioni.

Strumento indispensabile per una corretta e trasparente programmazione del controllo nel territorio, risulterà la gestione on – line delle notifiche preliminari ex art. 99 del D.Lgs 81/08, attualmente non attiva nella Regione Marche.

#### **Obiettivo Centrale**

Attraverso le azioni della presente linea di azione si intendono perseguire i seguenti obiettivi centrali:

- 7.3 Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità.
- 7.4 Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale.
- 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.
- 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.

#### **Obiettivi Specifici**

Revisione ed attuazione del Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia al fine di sostenere il ruolo della bilateralità e promuovere le buone prassi, il coordinamento e la omogeneità delle attività di vigilanza, nonché l'approccio proattivo dei Servizi pubblici.

#### **Attori e portatori di interesse**

SPSAL dell'ASUR, DTL del Ministero del Lavoro, INAIL Regionale e territoriale, organismi bilaterali specifici (CPT e EDILART), ordini e collegi professionali delle figure professionistiche previste dalla normativa speciale.

#### **Beneficiari**

Lavoratori subordinati, datori di lavoro e lavoratori autonomi, in totale poco meno di 50.000 lavoratori.

#### **Fasi di Articolazione**

Le fasi di articolazione e le attività della linea di intervento regionale ricalcheranno quelle del progetto nazionale così come decisi dalla cabina di regia alla quale partecipano anche le Regioni. La rielaborazione dei contenuti del Piano regionale di prevenzione in edilizia perseguirà le linee e gli obiettivi nazionali volti da un lato alla semplificazione degli aspetti formali e dall'altro alla valorizzazione degli aspetti sostanziali.

##### **a) Adozione Piano regionale di prevenzione in edilizia 2015 – 2018**

Il sistema regionale, per l'approfondimento di tematiche specifiche nel comparto edilizia, risulta essersi già dotato di una struttura organizzativa che mette in relazione attori diversi (Istituzioni pubbliche e portatori d'interesse), attraverso i "Gruppi tecnici" rappresentativi dei Servizi PSAL delle Aree Vaste dell'ASUR (sia con l'ultimo Decreto Dirigenziale PF PPSLVL n.5/SPU del 12/03/13 con il quale è stato rinnovato il Gruppo tecnico in materia di sicurezza in edilizia, che più in specifico per le grandi opere infrastrutturali con l'istituzione di un Gruppo di coordinamento



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>229</b>
--------------------

previsto con il Decreto Dirigenziale PF PPSLVL n.7/SAP\_04 del 03/03/10) ed una "Commissione permanente" (in merito al tema della prevenzione dei rischi in edilizia) a composizione mista tra gli attori e i portatori di interesse (Decreto Dirigenziale PF PPSLVL n.4/SPU del 12/03/13).

Si prevede pertanto:

- entro il 2015 la riattivazione e l'aggiornamento sia dei Gruppi tecnici di coordinamento regionali, che anche della Commissione permanente, ridefinendo per gli stessi gli obiettivi con i relativi indicatori.
- entro il 2016 l'adozione del Piano regionale di prevenzione in edilizia comprensivo del monitoraggio relativo all'applicazione;
- entro il 2017 l'applicazione a regime del Piano regionale di prevenzione in edilizia e del monitoraggio;
- entro il 2018 la conclusione del monitoraggio e la rielaborazione del Piano successivo.

**b) Realizzazione sistema informativo regionale per notifiche ex art. 99 on-line**

Sviluppo di sistemi informativi per migliorare l'efficacia della programmazione del controllo del territorio e la conoscenza delle attività dei Servizi PSAL. Nella Regione Marche questo non è ancora stato avviato, tuttavia verrà promossa l'adozione di un sistema informativo per la notifica preliminare ex art.99 del D.Lgs 81/08 on-line; tale sistema informativo dovrà semplificare l'adempimento degli obblighi posti a carico degli utenti e consentire una maggiore capacità programmatica oltrechè una maggiore sinergia-coordinamento da parte dei vari Enti preposti al controllo.

Si prevede pertanto:

- entro il 2015 la ricognizione dei software disponibili, la valutazione d'impiego e la realizzazione di un sistema definitivo;
- entro il 2016 l'avvio del sistema informativo con periodico controllo dell'efficacia ed eventuali costanti rielaborazioni;
- entro il 2017 sistema informativo a regime;

**c) Piano informazione regionale committenti pubblici**

Nel corso degli anni il settore delle costruzioni edili è stato oggetto di significative azioni promozionali e comunicative ad opera dei diversi soggetti sia pubblici che privati, indirizzate alle diverse figure della prevenzione (committenti, datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori, coordinatori). Si prevede ora un'evoluzione dell'approccio nei confronti dei soggetti della prevenzione come i professionisti (pubblici e privati), considerando il ruolo strategico della formazione nella materia della salute e sicurezza sul lavoro, mirando ad accrescerne ulteriormente la sensibilità attraverso azioni di assistenza/informazione rivolta in particolare ai tecnici degli Enti pubblici.

Si prevede pertanto:

- in ciascun anno dal 2016 al 2018 lo svolgimento di almeno un incontro informativo nell'ambito di ciascuna Area Vasta dell'ASUR indirizzato ai tecnici degli Enti pubblici;

**d) Linee di indirizzo per l'omogenea vigilanza**

Il sistema regionale ha già adottato negli anni passati linee d'indirizzo volte a raggiungere l'omogeneità nelle azioni di vigilanza (ad esempio linee guida per i controlli in edilizia, note tecniche sulle grandi opere infrastrutturali nella Regione Marche) sia da parte degli operatori ASUR che da parte degli operatori di altri Enti preposti al controllo.

Si rende necessario quindi avviare un percorso di revisione/contextualizzazione alle mutate esigenze organizzative degli Enti e delle leggi nel frattempo emanate, nelle tematiche di seguito riportate considerato che:



- le linee d'indirizzo nazionali prevedono un'azione di vigilanza più efficiente ed efficace, basata sul controllo del territorio con ad esempio criteri di "intelligence" (per la selezione dei cantieri) e di "fase" (mirata cioè non solo alla conformità tecnico operativa ma anche alla progettazione ed alla gestione complessiva del cantiere per la fase lavorativa rilevata al momento del controllo);
- le evoluzioni normative introducono semplificazioni documentali e la presenza di nuovi attori nell'ambito del settore edile, come gli allestitori di spettacoli e manifestazioni itineranti,
- l'esperienza maturata nelle attività specifiche dedicate alle grandi opere ha prodotto un sistema organizzativo regionale che può essere utilizzato anche nell'ambito dei cantieri edili ordinari con particolari problematiche.

Si prevede pertanto:

- per ogni anno della durata del Piano la valutazione di ognuna delle tematiche sopra citate o nelle tematiche che comunque in tali ambiti rivestiranno carattere di priorità regionale. Il percorso valutativo si concluderà con la predisposizione di un documento di indirizzo regionale per ciascun anno nelle relative tematiche.

#### **Criticità**

Sul versante istituzionale, la riorganizzazione in corso sia delle strutture del SSR che delle Direzioni del Lavoro (entrambe coinvolte sulle attività di vigilanza specifica) possono determinare rallentamenti sulla progressione delle azioni ed in particolare sulla condivisione di un approccio omogeneo al controllo del territorio.

Infine una variabile indipendente, potrebbe risultare dalle ulteriori modifiche di profilo del comparto, conseguente alla perdurante crisi produttiva in corso.

#### **Indicatori:**

##### **Indicatore di Obiettivo Centrale:**

7.3.1 - Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 D.Lgs.81/08 di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità

7.4.1 - Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 D.Lgs.81/08 di azioni di promozione per la promozione della responsabilità sociale d'impresa

7.7.1- Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: comparto edilizia

7.8.1 - Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio

##### **Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

7.3.1 Baseline: Presenza documento programmatico per sostegno ruolo bilateralità in edilizia - Standard di riferimento: Revisione documento esistente

7.4.1 Baseline: Assenza documento su responsabilità sociale d'impresa in edilizia  
Standard di riferimento: Esistenza documento su responsabilità sociale d'impresa settore palchi e fiere



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>231</b>
--------------------

- 7.7.1 Baseline: I.F. regionale in edilizia infortuni prognosi superiore 40gg o permanente sup. 5% = 11,63  
Standard di riferimento: I.F. regionale in edilizia infortuni prognosi superiore 40gg o permanente sup. 5% = 10,00
- 7.8.1 Baseline: Assenza sistema informativo regionale notifiche ex art. 99 on-line  
Standard di riferimento: Funzionamento sistema informativo regionale notifiche art. 99 on-line

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

Revisione ed attuazione del Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia al fine di sostenere il ruolo della bilateralità e promuovere le buone prassi, il coordinamento e la omogeneità delle attività di vigilanza, nonché l'approccio proattivo dei Servizi pubblici:

- Definizione: **Adozione Piano regionale di prevenzione in edilizia 2015 – 2018.**
- Fonte: Regione Marche
- Tipologia: qualitativo
- Valore baseline: DGR precedente
  
- Definizione: **Realizzazione sistema informativo regionale per notifiche ex art. 99 on-line.**
- Fonte: Regione Marche/ASUR
- Tipologia: qualitativo
- Valore baseline: non rilevato
  
- Definizione: **Piano informazione regionale committenti pubblici.**
- Fonte: ASUR
- Tipologia: qualitativo
- Valore baseline: non rilevato
  
- Definizione: **Linee di indirizzo per l'omogenea ed efficace vigilanza in edilizia.**
- Fonte: Regione Marche
- Tipologia: qualitativo
- Valore baseline: linea guida persistente



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag. **232**

Tabella Linea di intervento 6 - 7 "Sicuri ...di essere sicuri?": Attuazione regionale del Piano nazionale di Prevenzione in Edilizia.

Macro obiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Indicatori di processo					
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza
Prevenire infortuni e malattie professionali	7.3 Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	7.3.1 Adozione di programmazioni in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 D.Lgs.81/06 di azioni di promozione e per - il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	qualitativo	Presenza documento programmatico per sostegno ruolo bilateralità in edilizia	Revisione documento esistente	Revisione ed attuazione del Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia (al fine di sostenere il ruolo della bilateralità e promuovere le buone prassi, il coordinamento e la omogeneità delle attività di vigilanza, nonché l'approccio proattivo dai Servizi pubblici)	Adozione Piano prevenzione regionale edilizia 2015 - 2018	Approvazione DGR			Regionale
	7.4 Promuovere/valorizzare e l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale	7.4.1 Adozione di programmazioni in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 D.Lgs.81/06 di azioni di promozione e per - la promozione della responsabilità sociale d'impresa	qualitativo	Assenza documento su responsabilità sociale d'impresa in edilizia	Esistenza documento su responsabilità sociale d'impresa settore palchi e fiere		Realizzazione sistema informativo regionale per notifiche ex art. 99 on - line	Avvio sistema informativo	Messa a regime del sistema	Report regionali analisi dati	Regionale ASUR
	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 e degli infortuni	7.7.1 Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a. comparto edilizia	quantitativo	I.F. regionale in edilizia infortuni superiori 40gg o permanente sup 5% = 11,63	I.F. regionale in edilizia infortuni superiori 40gg o permanente sup. 5% = 10,00	Revisione ed attuazione del Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia (al fine di sostenere il ruolo della bilateralità e promuovere le buone prassi, il coordinamento e la omogeneità delle attività di vigilanza, nonché l'approccio proattivo dei Servizi pubblici)	Piano informazione regionale/committenti pubblici	1 incontro in ogni AAVV	1 incontro in ogni AAVV	1 incontro in ogni AAVV	ASUR





seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>233</b>
--------------------

	<p>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</p>	<p>7.8.1 Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio</p>	<p>qualitativo</p>	<p>Assenza sistema Informativo regionale notifiche ex art. 99 on - line</p>	<p>Funzionamento sistema Informativo regionale notifiche art. 99 on - line</p>	<p>Revisione ed attuazione del Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia (al fine di sostenere il ruolo della bilateralità e promuovere le buone prassi, il coordinamento e la omogeneità delle attività di vigilanza, nonché l'approccio proattivo dei Servizi pubblici)</p>	<p>Redazione linee di indirizzo per l'omogenea e l'efficace vigilanza in edilizie</p>	<p>1 linea di indirizzo</p>	<p>1 linea di indirizzo</p>	<p>1 linea di indirizzo</p>	<p>Region e</p>
--	--	--	--------------------	---	--	--	---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------



seduta del  
15 LUG 2015

pag.  
236

delibera  
540

6 - 8 PREVENZIONE IN AGRICOLTURA

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'intervento

La Regione Marche con Decreto del Dirigente della posizione di Funzione sanità Pubblica n° 27 SAP/04 del 26/05/10 ha approvato il Piano di Prevenzione in agricoltura, inserito tra le linee d'intervento del PRP 2010-2012 (DGR 1856/2011, che aveva come obiettivi l'attivazione di programmi per la riduzione dei rischi infortunistici più gravi, una campagna di controllo dell'applicazione della normativa di sicurezza anche in sede di commercio di macchine, l'individuazione dei criteri necessari per promuovere l'adeguamento delle attrezzature di lavoro ai requisiti di sicurezza di cui all'Allegato V al D.Lgs. 81/08). Parallelamente il piano prevedeva la predisposizione di un programma formativo per gli operatori degli SPSAL e la promozione della formazione dei lavoratori agricoli. Gli obiettivi prefissati, grazie anche al processo sinergico attivato con la Direzione Regionale Inail e l'Assessorato Regionale all'Agricoltura, sono stati sostanzialmente raggiunti e, verosimilmente, ciò ha contribuito alla forte riduzione degli infortuni avuta nel comparto agricoltura selvicoltura (vedi tabella sottostante). Analogamente le azioni di informazione effettuate hanno verosimilmente contribuito al processo in atto di emersione delle patologie professionali, che ha ugualmente registrato incrementi superiori a quanto avvenuto a livello nazionale. Il contesto produttivo, in carenza di stime sugli occupati (come de resto in tutta Italia), è meglio individuabile dai dati acquisiti dal sistema informativo dell'Assessorato Agricoltura regionale che evidenzia:

- Una superficie regionale coltivata pressoché invariata rispetto al 2010, anno di avvio del piano di prevenzione regionale;
- Una forte frammentazione delle aziende con prevalenza di coltivatori diretti e società semplici, in presenza di estrema varietà delle coltivazioni con conseguente trasversalità dei rischi lavorativi per sicurezza e salute.

Nelle due tabelle sottostanti 1,1 e 1,2 sono riassunti i dati più recenti disponibili relativi a infortuni sul lavoro e malattie professionali. La fonte dei dati è la banca dati INAIL.

Tabella 1,1. Infortuni sul lavoro complessivi nella regione Marche e in Italia nel periodo 2008-2012, dati assoluti e trend.

	Malattie Professionali denunciate						
	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2010	2008-2012
Marche	2784	2649	2376	2283	1960	-14,66	-29,6
Italia	53387	52686	50233	47061	42825	-5,91	-19,78

\*Fonte dei dati: banca dati INAIL

Tabella 1,2. Malattie Professionali denunciate nel comparto Agricoltura nel periodo 2009-2012, dati assoluti e trend.

Malattie professionali denunciate nel comparto Agricoltura	Trend 2009 - 2012				
	2009	2010	2011	2012	
Marche	243	452	643	751	209%
Italia	3928	6390	7974	7748	98%

\*Fonte dei dati: banca dati INAIL

La tabella 1,3, derivata dall'utilizzo del gasolio agricolo agevolato contiene i dati più attendibili relativi al numero di aziende agricole e zootecniche attive (elabor. su dati UMA 2011):



Tabella 1,3. Tipologie di aziende agricole presenti nel territorio marchigiano.

Tipologia di Aziende	AN	AP	MC	PS	MARCHE
Imprese agricole	5985	6907	6908	4463	24263
Imprese Agromeccaniche (contoterzisti)	100	100	114	83	397
Imprese agricole con attività agromeccanica	180	81	159	129	549
<b>Totali</b>	<b>6265</b>	<b>7088</b>	<b>7181</b>	<b>4675</b>	<b>25209</b>
Subtotale imprese agricole (CP+CPT)	6165	6988	7067	4592	24812

Rispetto al contesto produttivo sopra delineato, la previsione di attività di controllo si attesta, sulla base delle indicazioni nazionali (che prevedono complessivamente circa 10.000 controlli/anno), intorno a 250 Aziende/anno ripartite tra quelle con impiego di manodopera compreso tra 51 e 500 gg lavorativi/anno e quelle con impiego maggiore di 500 gg lavorativi/anno. La precisa entità delle aziende da controllare viene comunque definito annualmente a livello regionale.

Il precedente PRP ha ermesso la definizione e lo svolgimento di programmi regionali coerenti con il programma interregionale comprensivo di:

- Prima formazione con criteri omogenei di operatori di tutti i Servizi PSAL dell'ASUR Marche, al fine di sostenere l'attività di promozione della salute e di controllo programmata;
- individuazione e condivisione dei contenuti minimi della vigilanza in ambito regionale, standardizzati attraverso una scheda di controllo condivisa a livello interregionale;
- Alimentazione del sistema informativo di registrazione nazionale dell'attività di controllo e del registro INAIL degli infortuni mortali e gravi a carico di soggetti non "lavoratori" in base all'art. 2 del D. Lgs. 81/08 ("non professionali");
- Produzione e divulgazione di schede informative e di documenti di buona pratica finalizzati all'adeguamento dei requisiti di sicurezza delle macchine agricole, al loro mantenimento, al loro corretto impiego (alla messa a norma del parco macchine).
- Accesso banca dati regionale SIAR da parte di operatori del SSR a fini di programmazione e monitoraggio
- Sostegno alle imprese per la messa a norma di aspetti antinfortunistici sulle trattrici prioritari al fine di contrastare gli infortuni mortali e gravi più frequenti.

Con la presente linea di intervento si intendono perseguire azioni che siano di consolidamento e di ampliamento di quelle sviluppate in precedenza, ed in particolare:

- Aumentare l'attenzione di tutti gli attori del sistema al rischio di patologie lavoro correlate, in particolare rispetto al rischio chimico, conformemente alle indicazioni contenute nel Piano Attuativo Nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari: introduce importanti innovazioni organizzative nel commercio e utilizzo dei prodotti fitosanitari, nelle responsabilità e funzioni delle figure coinvolte, nelle condizioni di manutenzione delle apparecchiature.
- Sostenere le imprese per la corretta gestione di misure di prevenzione del rischio chimico derivante dall'uso dei fitosanitari (Acquisto DPI, realizzazione di strutture adeguate per la conservazione e la preparazione dei prodotti fitosanitari)
- Progettare e realizzare percorsi informativi e formativi rivolti alle officine per macchine agricole per garantire il corretto adeguamento del parco macchine in vista della fase applicativa della formazione all'uso dei trattori (art. 71 comma 7 D.Lgs. 81/08) e della revisione periodica delle macchine agricole circolanti.
- Mantenere un adeguato livello quantitativo di controllo delle aziende nel territorio, in accordo con le indicazioni interregionali, garantendo qualitativamente che almeno il 5% del totale sia rivolto alle ditte di commercio macchine ed una percentuale analoga sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari.



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
236

**Obiettivo Centrale**

- 7.4 Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale
- 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
- 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

**Obiettivo/i Specifico/i**

- Attivare un tavolo tecnico regionale per l'elaborazione di:
  - revisione delle procedure di riferimento per il servizio di formazione per gli utilizzatori i distributori ed i consulenti di prodotti fitosanitari ( DGR 1312 del 24.11.2014 )
  - procedure finalizzate alla gestione delle sostanze chimiche e dei preparati in fase di conservazione, formulazione e somministrazione;
  - procedure finalizzate alle attività di pulizia dopo l'uso delle macchine irroratrici , alla bonifica dei contenitori originari ed al loro corretto stoccaggio in azienda e smaltimento;
  - modalità di attuazione degli interventi promossi da INAIL e Regione per la gestione del rischio chimico nell'aziende agricole, per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari ( PAN) e per la taratura delle attrezzature di erogazione.
  - Linee di indirizzo per l'informazione alle aziende che svolgono manutenzione ed adeguamento delle macchine agricole.
- Promuovere percorsi e strumenti che favoriscono, in occasione di controlli, omogeneità di valutazione da parte del personale ispettivo
- Predisporre piani di controllo delle aziende agricole prevedendo, per le parti comuni, il coinvolgimento di tutti i Servizi interessati dei Dipartimenti di Prevenzione e/o di altri Enti.
- Promuovere attività di informazione e formazione degli addetti alla manutenzione/adeguamento di macchine ed attrezzature da lavoro presso i rivenditori, le officine meccaniche ed i centri di taratura delle irroratrici.

**Attori e portatori di interesse**

Dipartimenti di Prevenzione ASUR, INAIL, Direzioni Territoriali del Lavoro, ARPAM, Assessorati Agricoltura e Salute della Regione Marche, ASSAM Agenzia Servizi Settore Agroalimentare delle Marche ed Agenzia Regionale Sanitaria, Organizzazioni degli imprenditori agricoli e OO.SS.

**Beneficiari**

Operatori dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, Imprenditori Agricoli, Coltivatori Diretti, Lavoratori agricoli, Consulenti, Rivenditori macchine e attrezzature, datori di lavoro e lavoratori di officine meccaniche e centri di taratura macchine irroratrici.

**Fasi di Articolazione**

Attivazione del Tavolo tecnico interistituzionale e costituzione di eventuali specifici gruppi di lavoro.

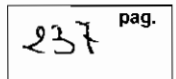
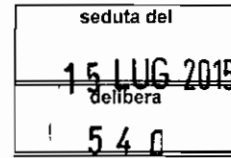
Produzione dei documenti tecnici di cui al punto a) e b) degli obiettivi, condivisione con le parti sociali interessate attraverso il Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs 81/08 ed il tavolo concertativo presso Assessorato Agricoltura.

Formalizzazione secondo le modalità appropriate (DGR e/o Decreti, indicazioni procedurali, linee di indirizzo, etc) degli stessi.

Realizzazione del programma integrato Regione (Salute – Agricoltura) – INAIL, a supporto delle aziende, per la corretta gestione dei fitosanitari, comprensivo delle azioni di informazione e formazione delle parti sociali.

Predisposizione ed attuazione del programma di formazione ed aggiornamento per gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione di supporto al raggiungimento degli obiettivi indicati.

Attuazione di piani annuali di controllo.



**Criticità**

Resistenze culturali di addetti ad un comparto storicamente condotto da persone di età avanzata. Difficoltà di omogeneizzazione delle modalità di controllo dei vari organi di vigilanza, anche appartenenti allo stesso Ente, derivanti da consolidate esperienze territoriali.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

7.4.1: Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per la promozione della responsabilità sociale d'impresa

7.7.1: Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento al comparto agricoltura

7.8.1: Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio

**Base line regionale:**

7.4.1: Attuato piano integrato di promozione Sicurezza

7.7.1: I.F. totale infortuni prognosi > 40 gg o mortali o indennizzo > 5%: 5,80% (2012)

7.8.1: Presenza di atto di indirizzo regionale

**Standard regionale:**

7.4.1: Attuato piano integrato di promozione Salute (rischio chimico)

7.7.1: I.F. totale infortuni prognosi > 40 gg o mortali o indennizzo > 5%: 5,22%

7.8.1: Aggiornamento atto di indirizzo regionale

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Attività del tavolo tecnico regionale integrato per l'aggiornamento procedure
- o Fonte – Regione
- o Tipologia indicatore: qualitativo
- o Valore baseline: attuato piano integrato di promozione sicurezza
  
- o Definizione: Predisposizione Piano attuativo di sostegno delle imprese per la riduzione del rischio chimico.
- o Fonte – Regione
- o Tipologia indicatore: qualitativo
- o Valore baseline: Attuato piano integrato di promozione Sicurezza
  
- o Definizione: Adozione linee di indirizzo vigilanza
- o Fonte – Regione
- o Tipologia indicatore: qualitativo
- o Valore baseline: non rilevato
  
- o Definizione: Piano di controllo integrato
- o Fonte – Regione
- o Tipologia indicatore: quantitativo
- o Valore baseline: 100%



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag. 238

Tabella Linea di intervento 6 – 8 Prevenzione in agricoltura

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/linea	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	2016	2017	2018	Sorveglianza/Fonte
7. Prevenire e infortuni e malattie professionali	7.4. Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale	7.4.1 Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08 di azioni di promozione per la promozione della responsabilità sociale d'impresa	Qualitativo	Attuato piano integrato di promozione Sicurezza	Attuato piano integrato di promozione Salute (rischio chimico)	Aggiornamento procedure finalizzate alla gestione delle sostanze chimiche e dei preparati, all'utilizzo delle macchine irroratrici, alla bonifica dei contenitori originali ed al loro corretto stoccaggio e smaltimento	Attività del tavolo tecnico regionale integrato per l'aggiornamento procedure	Revisione procedure per formazione degli utilizzatori e distributori e consulenti di prodotti fitosanitari	Approvazione procedure tecniche taratura irroratrici e bonifica contenitori	Approvazione linee guida per la gestione complessiva del rischio chimico in agricoltura	Regionale
					Definizione del piano attuativo a sostegno delle imprese per la riduzione del rischio chimico	Predisposizione Piano attuativo di sostegno delle imprese per la riduzione del rischio chimico.	Approvazione piano	Approvazione graduatoria tendente per le attività finalizzate alla riduzione del rischio chimico	Realizzazione degli interventi finalizzati alla riduzione del rischio chimico in almeno 80 % delle aziende in graduatoria		
	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.	7.7.1 Riduzione tassi di frequenza infortunistica con partic. riguardo infortuni gravi e mortali per comperiti o per i rischi oggetto di intervento, con partic. rif. al comparto agricoltura	Quantitativo	Indice di frequenza totale infortuni prognosi > 40 gg o mortali o indennizzo > 5%.	Indice di frequenza totale infortuni prognosi > 40 gg o mortali o indennizzo > 5%	Promuovere percorsi e strumenti che favoriscono, in occasione di controlli, omogeneità di valutazione da parte del personale ispettivo	Adozione linee di indirizzo vigilanza	Recupero regionale documento tecnico nazionale applicazione titolo III D.Lgs. 81/08, direttiva macchine D.Lgs. 17/10 o procedure non conformi macchine	Applicazione linee di indirizzo regionale in vigilanza	Monitoraggio esito utilizzo linee di indirizzo in vigilanza	Regionale
7.8 Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo a loro monitoraggio	7.8.1 Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di	Qualitativo	Presenza di atto di indirizzo regionale	Aggiornamento o atto di indirizzo regionale	Attuazione di un piano di controllo integrato per salute e sicurezza in agricoltura	Piano di controllo integrato	Effettuazione > 100% dei controlli programmati su aziende agricole	Effettuazione 100% dei controlli programmati su aziende agricole	Effettuazione 100% dei controlli programmati su aziende agricole	Regionale	

Handwritten signature



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**238**

		vigilanza e controllo e loro monitoraggio						Un corso di formazione per gli operatori dei Servizi Sanitari Regionali sul rischio chimico	Effettuazione 100% dei controlli programmati sulle officine meccaniche	Effettuazione 100% dei controlli programmati sulle officine meccaniche	
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--



#### **6 - 9 SOSTENERE LA RETE DI R.L.S. ED R.L.S.T.**

Breve descrizione dell' Intervento programmato:

##### **Razionale dell'Intervento:**

Nella Regione Marche è presente una attività a sostegno ad RLS ed RLST che data ormai molti anni, antecedente alla emanazione del D.Lgs 81/08. Nasce e si sviluppa nell'ambito della nascita e sviluppo del "sistema per la prevenzione nei luoghi di lavoro", condiviso da istituzioni e parti sociali e formalizzato nel primo piano programmatico "una alleanza per la salute nei luoghi di lavoro" deliberato dalla Assemblea Consiliare delle Marche nel febbraio 2005. Tra il 2007 e 2009, tutto il sistema contribuì ad una ricerca sul campo su ruolo e bisogni dell'RLS, coordinata dal CRISS – Facoltà di Economia della Università Politecnica delle Marche, dagli esiti della quale nacque il programma di informazione, e parzialmente di formazione, denominato "giornate degli RR.LL.SS". dal 2009 annualmente viene realizzato nel territorio a cura delle OO.SS. in primis, con il contributo di INAIL ed ASUR Marche e la collaborazione delle organizzazioni datoriali. In questo periodo storico è in atto una analisi valutativa del percorso realizzato, finalizzato ad una evoluzione rafforzativa del modello di intervento. Parallelamente a tale percorso e con esso correlato, la bilateralità per l'artigianato ha concretamente realizzato la rete degli RR.LL.SS.TT, sostanziato in particolare nei percorsi formativi e nella messa a disposizione di un data base che permette di raccogliere i risultati del loro lavoro nelle aziende artigiane del territorio. Tale attività viene valorizzata oltre che nelle sedi specifiche della bilateralità, anche all'interno dei percorsi di programmazione generale del Comitato Regionale di Coordinamento ed in quelli specifici nei territori nel rapporto con i SPSAL dell'ASUR.

La linea di intervento ha conseguentemente l'obiettivo, terminata la fase di valutazione della esperienza trascorsa, di mantenere il programma di sostegno a RLS ed RLST, adeguandolo ai bisogni emersi ed avendo nei contenuti coerenza con le linee di attività del presente piano (rischio cancerogeno, MSKD, SLC, agricoltura ed edilizia, promozione stili di vita e screening nei luoghi di lavoro).

##### **Obiettivo Centrale**

7.3 Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità

##### **Obiettivo/i Specifico/i**

Mantenere attività di sostegno al ruolo di RLS/RLST e bilateralità nell'ambito delle azioni sostenute dal Comitato ex art. 7 D. Lgs 81/08, in coerenza con

##### **Attori e portatori di interesse**

Tutti i componenti del Comitato ex art. 7 D. Lgs 81/08

##### **Beneficiari**

RLS ed RLST delle aziende pubbliche e private delle Marche

##### **Fasi di Articolazione**

- Analisi delle attività svolte nell'ambito del tavolo misto che si riunisce presso INAIL Regionale e composto da INAIL, Regione Marche, ASUR, OO.SS. Organizzazioni Datoriali nell'ambito dell'anno 2015.
- Proposta di programma condiviso da approvare nell'ambito del Comitato ex art. 7 D.Lgs 81/08
- Attuazione del programma a favore di RLS ed RLST in ciascun anno dal 2016 al 2018
- Analisi congiunta report RLST bilateralità artigiana
- Stesura protocollo per utilizzo condiviso dati RLST da parte dei SPSAL ASUR





seduta del
<b>15 LUG 2015</b>
delibera
<b>1 540</b>

pag.
261

**Criticità**

La profonda e perdurante crisi economica ed occupazionale ha rallentato la spinta programmatica complessiva del Comitato Regionale di Coordinamento

Una serie di limitazioni crescenti alla possibilità di spesa da parte delle pubbliche amministrazioni rende maggiormente difficoltoso il finanziamento di programmi di azione e ricerca applicata che non risultano inseriti negli ordinari canali di finanziamento per attività ordinarie.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale**

7.3.1 Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 D.Lgs 81/08 di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità

**Valore Baseline regionale**

Presenza di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 D.Lgs 81/08 di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità

**Standard di riferimento regionale**

Mantenimento negli anni di valenza del PRP di programmazione in seno al comitato regionale di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Programma di sostegno RLS RLST
- o Fonte: INAIL/Regione
- o Tipologia: indicatore quantitativo
- o Modalità in cui viene costruito: numero di eventi formativi regionali distinti per anno
- o Valore baseline: non rilevato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Programma sostegno bilateralità
- o Fonte: OPRAM/Regione
- o Tipologia: indicatore qualitativo
- o Valore baseline: non rilevato



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
262

Tabella Linea di intervento 8 – 9 Sostenere la rete di RLS ed RLST.

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)		Nome Indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
Prevenire infortuni e malattie professionali	7.3 Sostenere il ruolo di RLS/RLST e bilateralità	7.3.1 Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di	qualitativo	Presenza di programmazione regionale a sostegno di RLS/RLST e bilateralità	Mantenimento programmazione integrata nell'ambito del CRC ex art. 7 D. Lgs 61706	Programma di sostegno RLS RLST	5 eventi informativi	5 eventi informativi	5 eventi informativi	INAIL / Regione	
		coordinamento ex art 7 D.Lgs 61/06 di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità				Programma sostegno bilateralità	condivisione Protocollo per utilizzo dati RLST bilateralità artigiana	Applicazione protocollo	Report valutativo applicazione protocollo	OPRAM/Regione	



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
243

Programma n. 7 – AMBIENTE... IN SALUTE

Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.

Tabella riepilogativa:

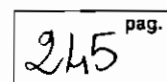
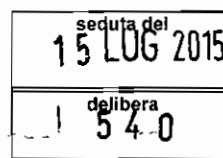
Titolo del Programma	Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
AMBIENTE E SALUTE	2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	<p>1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"</p> <p>2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione</li> <li>- il potenziamento della sorveglianza epidemiologica</li> </ul>	<p>1. Definire e strutturare unità operative sanitarie che possano garantire la piena operatività della rete per le valutazioni relative alle problematiche salute-ambiente ;</p> <p>2. Supportare la rete salute-ambiente di un adeguato background scientifico che consenta loro di produrre una risposta istituzionale adeguata, che deve essere coordinata, basata sulle evidenze scientifiche disponibili e socializzata attraverso una strategia di comunicazione adeguata;</p> <p>3. Rendere disponibili, ed aggiornati, gli elementi da tenere in considerazione, dal punto di vista epidemiologico (Profili di Salute, registri di morbilità e di mortalità, registri derivanti dalle attività di epidemiologia ambientale, occupazionale e veterinaria, archivi delle "best practice", ecc.) per valutare l'impatto sulla salute di diversi determinanti;</p> <p>4. Formalizzare le sinergie fra gli Enti interessati al fine di tracciare i possibili scenari tramite l'incrocio fra dati ambientali, urbanistici, epidemiologici, demografici, sociali, culturali, necessari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute a supporto delle decisioni.</p>
		3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	5. Predisposizione di liste di controllo per la valutazione preventiva dell'impatto sulla salute delle modifiche ambientali
		4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	
		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	6. Realizzare percorsi formativo-informativi integrati nell'ambito della tematica del rapporto ambiente-salute con lo scopo di:
			- promuovere fra gli operatori la conoscenza e la condivisione intersetoriale delle evidenze scientifiche disponibili sull'impatto sanitario dei fattori di rischio ambientali e della normativa di settore, anche attraverso l'opportuna capacità di lettura e disseminazione della reportistica regionale;
		6. Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	- acquisire le più aggiornate conoscenze sui meccanismi che governano la percezione del rischio, con particolare riferimento a quello ambientale e sanitario;



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>344</b>
--------------------

		costruire efficaci processi e canali di comunicazione, che tengano conto sia della natura dei rischi che delle caratteristiche e dei bisogni dei diversi interlocutori interni ed esterni, con l'obiettivo di fornire un'informazione il più possibile chiara, univoca, strutturata e sistematica.
7. Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscela contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscela, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi		7. Implementazione della applicazione dei Reg. REACH e CLP nel territorio regionale: vigilanza e controllo tramite Rete regionale e Gruppo Tecnico Regionale REACH. 8. Implementazione della applicazione dei Reg. REACH e CLP nel territorio regionale per le sostanze e miscela contenute in FITOSANTARI e BIOCIDI. 9. Implementazione della applicazione dei Reg. REACH e CLP nel territorio regionale per le sostanze e miscela contenute in COSMETICI E DETERGENTI
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		10. Formare gli operatori dei Servizi Pubblici sull'applicazione dei REACH e CLP alla gestione delle sostanze chimiche pericolose in genere e contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi. 11. Informare Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP) addetti alla gestione e utilizzo di sostanze/miscela contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sostanze chimiche pericolose in genere
9. Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione		12. Diffondere le informazioni derivanti dal censimento amianto e dal registro regionale amianto
10. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon		13. Predisporre documenti specifici in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon
11. Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare		14. Sensibilizzare le generazioni di età scolastica e il personale della scuola sul corretto uso della telefonia cellulare e sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV (azioni svolte all'interno del programma "Scuola e Salute... è tutto un programma!")
12. Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV		



**Razionale e descrizione del programma:**

L'analisi del contesto epidemiologico della Regione Marche, sintetizzato nell'allegato B della DGR 1434/2014 – Recepimento Atto di Intesa Stato-Regioni del 13.11.2014 concernente il PNP 2014-2018 – sottolinea, tra le repentine trasformazioni determinate dalle attuali condizioni sociali, una crescente attenzione della popolazione verso le problematiche ambientali, con frequenti richieste di valutazione di rischio per la salute da vari determinanti ambientali.

La sensibilità della popolazione verso tali problematiche, che può costituire una base fertile per l'avvio di programmi di promozione della salute per orientare comportamenti virtuosi rispetto ai rischi ambientali, è però spesso orientata dai più disparati "comitati di tutela", dai blog, dalla comunicazione informale, con il risultato di una percezione del rischio condizionata, sia in senso positivo che negativo, più da aspetti emotivi conseguenti alla comunicazione che a reale conoscenza. A fronte di forti movimenti di opinione per il rischio da radiazione ed onde elettromagnetiche o da gestione dei rifiuti, per le problematiche connesse con l'inquinamento dell'aria poca attenzione viene posta all'educazione dei bambini al corretto uso del cellulare, alla corretta esposizione ai raggi ultravioletti, alle problematiche relative all'inquinamento indoor, all'esposizione a sostanze chimiche, non solo di natura industriale, ma anche connesse agli atti della vita quotidiana.

Tali istanze sono state recepite negli ultimi tempi anche dalla normativa nazionale e regionale in materia ambientale con il crescente coinvolgimento del servizio sanitario nella valutazione del rischio per la salute umana derivante dalla esposizione ad agenti ambientali (Siti inquinati VAS VIA), con l'implementazione dei programmi di controllo previsti dal REACH, con programmi per la riduzione dell'esposizione ai principali inquinanti chimici e fisici. E' chiaro comunque che sono tutt'oggi inadeguati gli strumenti per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute da parte delle amministrazioni con particolare riferimento alla Sanità.

La complessa tematica dei rapporti tra salute ed ambiente è stata già affrontata nel contesto del Piano Sanitario Regionale 2007/2009 che ha messo in evidenza come, sulla base dei vigenti riferimenti normativi ed in particolare dopo la scissione referendaria delle competenze ambientali, i Dipartimenti di Prevenzione "abbiano abbandonato" l'approfondimento delle tematiche collegate con i rischi ambientali" con la conseguente "cessazione di attività di una serie di strutture specifiche e di funzioni dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica" e conseguente "ricollocazione delle risorse umane dedicate". Negli ultimi anni è iniziato un percorso finalizzato a ricostituire professionalità nell'ambito del SSR ed interrelazioni tra enti ed istituzioni.

A tal proposito già nell'ambito delle progettualità del PRP 2010-2012, con il programma *Ambiente-Salute*, si è inteso affrontare la necessità di implementare percorsi, coordinamento e sinergie tra Dipartimenti di Prevenzione ASUR e Dipartimenti Provinciali ARPAM, al fine di concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali, con particolare riferimento a quelli chimici.

In relazione a quanto previsto dal D. Lgs. 152/06 e succ. mod. e int., e dalla DGR 1501/09 e DGR 329/11, sono state definite Linee Guida operative relative alle procedure per l'istruttoria dei rapporti tecnici concernenti i siti inquinati ed è stato avviato un programma di formazione per operatori dei dipartimenti per le metodiche in uso per formulare valutazioni di impatto sulla salute.

Per giungere ad un sistema istituzionale che possa dare risposte integrate adeguate ai bisogni di norme e popolazione è però necessario che le sinergie avviate si strutturino in modo stabile, soprattutto si pongano le condizioni per la riqualificazione delle valutazioni preventive, a supporto delle Amministrazioni, effettuate dagli operatori della sanità pubblica. In particolare sarà necessario prevedere, nell'ambito dei processi di riorganizzazione dei dipartimenti di prevenzione dell'ASUR, specifiche unità operative che trattino dell'interconnessioni tra rischi ambientali e salute, dotate delle figure specialistiche necessarie, e con la predisposizione di strumenti che facilitino l'integrazione fra Enti (ASUR, ARPAM, REGIONE, IZS,).

E' altresì necessario che i dati, rapporti, studi di background, oggi presenti in modo frammentato e con lunghe latenze tra un aggiornamento e l'altro, siano resi disponibili in modo continuo e integrato.



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
246

**Contrasto alle disuguaglianze:**

L'approfondimento di tematiche relative ai rischi sulla salute da determinanti ambientali consente anche un approccio diverso alla problematica delle disuguaglianze offrendo strumenti per la valutazione dello stato di salute della popolazione a maggior pressione ambientale, potenzialmente derivante dalla presenza di insediamenti produttivi, in alcuni casi riconducibili alla categoria delle attività "grandi rischi", elevata urbanizzazione e alta densità di traffico.

Un approccio adeguato alla valutazione dei rischi per la salute da determinanti ambientali risponde al principio generale della prevenzione e al bisogno di ridurre la disuguaglianza determinata da una presenza maggiore di inquinanti di natura chimica e fisica.

**Criticità e Sostenibilità:**

Lo sviluppo del programma, finalizzato alla realizzazione della rete Salute-Ambiente, richiede che siano destinate risorse per l'acquisizione delle figure professionali carenti, per la realizzazione di un adeguato percorso di formazione, per l'adeguamento strutturale dei servizi, *conditio sin qua non* per poter fornire le risposte che i cittadini oggi chiedono alla prevenzione.

E' necessario altresì che si giunga ad una completa integrazione e disponibilità da parte di tutti i soggetti della rete dei flussi informativi esistenti e supportare la rete salute-ambiente di un adeguato background scientifico che consenta loro di produrre una risposta istituzionale adeguata, che deve essere coordinata, basata sulle evidenze scientifiche disponibili e socializzata attraverso una strategia di comunicazione adeguata.

Un'ulteriore criticità deriva dalla impossibilità, stante l'attuale legislazione nazionale, di acquisire da parte delle strutture della rete SSR/ARPAM, una serie di dati nominativi indispensabili per gli studi epidemiologici disponibili nel sistema SISTAN (esempio: registri CEDAP e cause di morte).

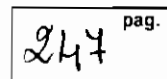
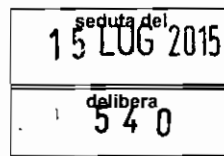
**Evidence:**

Il programma è soprattutto basato sulla adozione di buone pratiche, da introdurre nei settori specifici. Queste si basano su alcune caratteristiche irrinunciabili per il raggiungimento degli obiettivi: la collaborazione multi professionale, lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze necessarie con le attività formative specifiche, lo sviluppo di un modello a rete, la stretta collaborazione tra Enti e la capacità di sviluppare nuclei operativi presso ogni Area Vasta ASUR per affrontare problematiche specifiche.

**Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione:**

Un gruppo di coordinamento regionale composto da referenti ARS, ASUR, ARPA e servizio Agricoltura e Ambiente della Regione Marche provvederà al monitoraggio delle attività previste dal cronoprogramma e alla valutazione delle stesse.

GA



**7-1 La rete Ambiente e Salute.**

**Breve descrizione dell' Intervento programmato:**

**Razionale dell'intervento:**

Per quanto riferito alla valutazione del rischio sanitario da determinanti ambientali già nell'ambito delle progettualità del PRP 2010-2012, con il programma ambiente-salute, si è inteso affrontare la necessità di implementare percorsi, coordinamento e sinergie tra Dipartimenti di Prevenzione ASUR e Dipartimenti Provinciali ARPAM, al fine di concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali, con particolare riferimento a quelli chimici.

In relazione a quanto previsto dal D. Lgs. 152/02 e succ. mod. e int., e dalla DGR 1501/09, sono state definite Linee Guida operative relative alle procedure per l'istruttoria dei rapporti tecnici concernenti i siti inquinati ed è stato avviato un programma di formazione per operatori dei dipartimenti per le metodiche in uso per formulare valutazioni di impatto sulla salute.

E' pero necessario che le sinergie avviate si strutturino in modo stabile, soprattutto si pongano le condizioni per la riqualificazione delle valutazioni preventive a supporto delle Amministrazioni effettuate dagli operatori della sanità pubblica con la costituzione, nell'ambito dei processi di riorganizzazione dei dipartimenti di prevenzione, di specifiche unità operative, dotate delle figure specialistiche necessarie, e con la predisposizione di strumenti che facilitino l'integrazione fra Enti (ASUR, ARPAM, REGIONE, IZS.).

E' altresì necessario che siano disponibili o resi disponibili in breve tempo dati, rapporti, studi di background per contaminanti ubiquitari, strumenti interdisciplinari e, soprattutto modelli e relazioni interistituzionali per le valutazioni degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti.

**Obiettivo Centrale**

- 8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"
- 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

**Obiettivo/i Specifico/i**

1. Definire la organizzazione minima in ciascuna AV ASUR che possano garantire la piena operatività della rete per le valutazioni relative alle problematiche salute-ambiente.
2. Supportare la rete salute-ambiente con un adeguato percorso formativo che consenta loro di produrre una risposta istituzionale adeguata, che deve essere coordinata, basata sulle evidenze scientifiche disponibili e socializzata attraverso una strategia di comunicazione adeguata.
3. Rendere disponibili, ed aggiornati, gli elementi da tenere in considerazione, dal punto di vista epidemiologico (Profili di Salute, registri di morbilità e di mortalità, registri derivanti dalle attività di epidemiologia ambientale, occupazionale e veterinaria, archivi delle "best practice", ecc.) per valutare l'impatto sulla salute di diversi determinanti.
4. Formalizzare le sinergie fra gli Enti interessati al fine di tracciare i possibili scenari tramite l'incrocio tra dati ambientali, urbanistici, epidemiologici, demografici, sociali, culturali, necessari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute a supporto delle decisioni.

**Attori e portatori di interesse**

Operatori della rete salute-ambiente (SSR con le sue articolazioni, ARPAM, IZS, Regione nelle sue articolazioni, Università).

**Beneficiari**

Autorità competenti al rilascio di autorizzazioni in materia ambientale, amministrazioni, La popolazione che può essere esposta al rischio ambientale sia in termini di analisi che di comunicazione del rischio che nella corretta valutazione dei programmi di bonifica eventualmente necessari.



**Fasi di Articolazione**

- Individuazione delle strutture sanitarie salute-ambiente nell'ambito della riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.VV ASUR e definizione delle risorse necessarie perché siano in grado di operare con l'attuazione delle DD.GG.RR. 447/2014 e 1500/2009.
- Predisposizione di protocolli operativi interistituzionali e formalizzazione della rete ambiente e salute comprensivi del programma di attività triennale dell'OEA (Osservatorio Epidemiologico Ambientale) ARPA.
- Rilevazione del fabbisogno formativo e predisposizione del programma.
- Individuare i partners per la realizzazione del programma.
- Messa a regime dei registri regionali delle cause di morte e dei tumori.
- Aggiornamento dei Profili di Salute.
- Implementazione dei registri derivanti dalle attività di epidemiologia ambientale, occupazionale e veterinaria.
- Individuazione, progettazione, realizzazione di uno studio di esposizione a contaminanti ambientali come esperienza pilota.
- Realizzazione di un report contenente le attività della rete, gli accordi stipulati e i risultati dello studio d'esposizione.

**Criticità**

La principale criticità potrebbe consistere nella possibile mancanza di risorse al sostegno delle azioni previste per il raggiungimento dell'obiettivo con particolare riferimento alla mancata realizzazione di quanto previsto dalle DGR 1298/09 come modificata con DGRM 1287/2013, 447/2014 e 1500/09 e al reperimento di professionisti esperti.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

- 8.1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche".
- 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

**Valore Baseline regionale:** non rilevato

**Standard di riferimento regionale:**

Report conclusivo.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: un documento di attività della rete, degli accordi e dello studio d'esposizione
- Fonte: Regione
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Valore baseline: Non rilevato

*GA*





**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Realizzare il programma di formazione specialistica per gli operatori della rete Ambiente e Salute
- Fonte: Regione Marche/ASUR/ARPAM/IS
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Valore baseline: Non rilevato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Fruibilità degli strumenti informativi da parte della rete
- Fonte: Regione Marche/ASUR/ARPAM/IS
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Valore baseline: Non rilevato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Programmazione triennale integrata tra enti della rete
- Fonte: Regione Marche/ASUR/ARPAM/IS
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Valore baseline: Non rilevato



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
250

Tabella: Linea di intervento 7 - 1 La rete Ambiente e Salute

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Indicatori di processo					
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base line	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
2.8 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"	8.1.1 Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione e integrata per la tematica ambiente e salute	Qualitativo	Non rilevato	un documento di attività della rete, degli accordi e studio d'esposizione	1. Definire e strutturare unità operative sanitarie che possano garantire la piena operatività della rete per le valutazioni relative alle problematiche salute-ambiente.	1. Atto di indirizzo regionale	Approvazione DGR	Implementazione della rete Ambiente e Salute e definizione degli accordi interistituzionali	report di attività della rete	Regione Marche/ASUR/ ARPAMZS
		8.1.2 Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute				2. Supportare la rete salute-ambiente di un adeguato background scientifico che consenta loro di produrre una risposta istituzionale adeguata, che deve essere coordinata, basata sulle evidenze scientifiche disponibili e socializzata attraverso una strategia di comunicazione adeguata.	2. Realizzare il programma di formazione specialistica per gli operatori della rete Ambiente e Salute	Predisposizione e inserimento del programma formativo nel piano di formazione regionale	1 corso di formazione regionale	Completamento programma di formazione e costituzione dei gruppi di miglioramento	Regione Marche/ASUR/ ARPAMZS

*[Handwritten signature]*



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
1 540

pag.  
251

8.2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti/salut e attraverso: - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	8.2.1 Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)				3. Rendere disponibili, ed aggiornati, gli elementi da tenere in considerazione, dal punto di vista epidemiologico (Profili di Salute, registri di morbilità e di mortalità, registri derivanti dalle attività di epidemiologia ambientale, occupazionale e veterinaria, archivi delle "best practice", ecc.) per valutare l'impatto sulla salute di diversi determinanti;	Fruibilità degli strumenti informativi da parte della rete	1 protocollo interistituzionale per la messa a disposizione e l'utilizzo degli strumenti informativi	Attuazione del protocollo	Report	Regione Marche/ASUR/ARFAMZS
	8.2.2 Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)				4. Formalizzare le sinergie fra gli Enti interessati al fine di tracciare i possibili scenari tramite l'incrocio tra dati ambientali, urbanistici, epidemiologici, demografici, sociali, culturali, necessari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute a supporto della decisioni	Programmazione triennale integrata tra enti della rete	Approvazione del programma	Avvio del programma	Report integrato delle attività	Regione Marche/ASUR/ARFAMZS



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540 17

pag. 252
-------------

## 7-2 Impatto sulla salute dei determinati ambientali.

### Breve descrizione dell' Intervento programmato:

#### **Razionale dell'intervento:**

L'obiettivo di questa linea di intervento è quello di offrire una risposta alla crescente sensibilità rivolta alle problematiche ambientali e di salute portate dalla collettività tramite il coinvolgendo di quelle Istituzioni che sono chiamate ad esprimersi in termine di valutazioni sull'ambiente e di conseguenza sulla salute della popolazione.

A tal proposito si è scelto come strumento utile al raggiungimento dell'obiettivo, la diffusione e l'applicazione dei principi di buona pratica nella Valutazione dell'Impatto Integrato Ambiente e Salute per le procedure di VIA, VAS, quali:

- la predisposizione di liste di controllo
- il miglioramento della collaborazione tra Istituzioni deputate alla difesa della salute e dell'ambiente
- la formazione in rete degli operatori del Sistema Sanitario Regionale, delle Agenzia Regionale per l'Ambiente (ARPAM) e delle Amministrazioni Territoriali

#### **Obiettivo Centrale**

8.3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali.

8.4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti.

#### **Obiettivo/i Specifico/i**

Predisposizione di liste di controllo per la valutazione preventiva dell'impatto sulla salute delle modifiche ambientali e dei fattori inquinanti collegato con le valutazioni VIA e VAS e predisposizione di procedure integrate per la gestione delle problematiche sanitarie da esse derivanti.

#### **Attori e portatori di interesse**

ASUR, ARPAM, Province, Regione, Comuni.

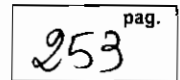
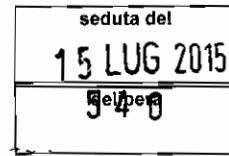
#### **Beneficiari**

ASUR, ARPAM, Province, Regione, Comuni, Cittadini, Imprese (proponenti).

#### **Fasi di Articolazione**

Formalizzazione di un gruppo tecnico Regionale specifico (ASUR, ARPAM, Regione).

1. Definire liste di controllo per la Valutazione dell'Impatto Integrato Ambiente e Salute (VIAS) nelle Valutazioni di Impatto Ambientale (VIA) e nelle Valutazioni Ambientali Strategiche (VAS).
2. Definire le linee guida operative per la gestione interistituzionale della valutazione dell'impatto sulla salute dei determinanti ambientali.
3. Condivisione delle linee guida tra gli organi istituzionali coinvolti.
4. Sperimentazione delle linee guida.
5. Stesura dell'atto d'indirizzo e approvazione dello stesso.



**Criticità**

- ✓ Limitata conoscenza dei modelli valutativi in materia d'impatto sulla salute dei determinanti ambientali da parte delle istituzioni coinvolte.
- ✓ Risorse umane limitate.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

8.3 - Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti.

8.4 - Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale.

**Valore Baseline regionale:** Non Rilevato.

**Standard di riferimento regionale:** Atto di indirizzo formalizzato.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Liste di controllo per la valutazione preventiva dell'impatto sulla salute delle modifiche ambientali
- Fonte: Regione
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Valore Baseline: Non Rilevato



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
254

Tabella: Linea di intervento 7-2 Impatto sulla salute dei determinati ambientali.

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/linea	Standard di riferimento (Variazione attesa)		Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza / Fonte
2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.3 Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	8.3.1 Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	qualitativo	Non rilevato	100% esistenza di atti d'indirizzo in ogni regione	Predisposizione di liste di controllo per la valutazione preventiva dell'impatto sulla salute delle modifiche ambientali e dei fattori inquinanti (VIAS) collegato con le valutazioni VIA e VAS e predisposizione di procedure integrate per la gestione delle problematiche sanitarie da esse derivanti.	Liste di controllo per la valutazione preventiva dell'impatto sulla salute delle modifiche ambientali	Sicurezza linee guida operative e liste di controllo VIAS	Sperimentazione liste di controllo VIAS e linee guida operative	Formalizzazioni e sito d'indirizzo	Regione Marche
	8.4. Sviluppare modelli, relazioni istituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	8.4.1 Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale									

*GA*

7



### 7-3 Comunicazione del Rischio.

#### **Breve descrizione dell'intervento programmato**

Si propone la creazione di un percorso formativo-informativo integrato per l'acquisizione e il miglioramento di competenze in materia di comunicazione ambiente e salute, sia in situazioni emergenziali che nell'ambito delle programmazioni annuali, e redazione di un atto di indirizzo regionale specifico.

#### **Razionale dell'intervento:**

Il tema "Ambiente e Salute" ha acquisito nel tempo una crescente rilevanza ed ha destato sempre maggiore interesse da parte delle istituzioni, degli stakeholder e dei cittadini. In particolare negli ultimi anni sono sempre più numerose le istanze partecipative provenienti dalla popolazione, anche mediante gli organismi delle sue forme associative, volte alla conoscenza dei rischi per la salute associati all'esposizione a fattori ambientali e alla programmazione e gestione delle attività che hanno impatto sull'ambiente e sulla salute.

Al fine di garantire una risposta adeguata a tali istanze è necessario aggiornare e sviluppare le conoscenze e competenze degli operatori delle diverse istituzioni su due fronti: da una parte, quello dello scambio e condivisione intersettoriale dei rispettivi saperi per la creazione di un background condiviso tecnico-scientifico che consenta loro di produrre una risposta istituzionale appropriata, e dall'altra quello dell'adozione di strategie di comunicazione dei dati sanitari ed ambientali che si distinguano per coerenza ed efficacia sia in situazioni emergenziali che nell'ambito delle programmazioni annuali.

#### **Obiettivo Centrale**

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.

8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico.

#### **Obiettivo/i Specifico/i**

Realizzare percorsi formativo-informativi integrati nell'ambito della tematica del rapporto ambiente-salute con lo scopo di:

- promuovere fra gli operatori la conoscenza e la condivisione intersettoriale delle evidenze scientifiche disponibili sull'impatto sanitario dei fattori di rischio ambientali e della normativa di settore, anche attraverso l'opportuna capacità di lettura e disseminazione della reportistica regionale;
- acquisire le più aggiornate conoscenze sui meccanismi che governano la percezione del rischio, con particolare riferimento a quello ambientale e sanitario;
- co-costruire efficaci processi e canali di comunicazione, che tengano conto sia della natura dei rischi che delle caratteristiche e dei bisogni dei diversi interlocutori interni ed esterni, con l'obiettivo di fornire un'informazione il più possibile chiara, univoca, strutturata e sistematica.
- Definire un curriculum formativo per i MMG e PLS sui temi legati al rapporto ambiente-salute.



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 256
-------------

**Attori e portatori di interesse**

- Operatori di Enti e Istituzioni della Regione Marche che, a vario titolo, siano coinvolti nei processi di istruzione, amministrazione e gestione delle problematiche legate al rapporto ambiente e salute (Regione, Province, Comuni e altri Enti Locali, ARS, ASUR, ARPAM, ecc.);
- Stakeholder coinvolti nella gestione delle problematiche ambiente-salute (imprenditori, associazioni di categoria, associazioni sindacali, organi di stampa, ecc.);
- Cittadini e loro forme associative.

**Beneficiari**

- Operatori di Enti e Istituzioni della Regione Marche che, a vario titolo, siano coinvolti nei processi di istruzione, amministrazione e gestione delle problematiche legate al rapporto ambiente e salute (Regione, Province, Comuni e altri Enti Locali, ARS, ASUR, ARPAM, ecc.);
- Stakeholder coinvolti nella comunicazione sulle conoscenze e gestione delle problematiche ambiente-salute dal punto di vista sanitario (MMG e PLS) e non sanitario (imprenditori, associazioni di categoria, associazioni sindacali, organi di stampa, ecc.);
- Cittadini e loro forme associative.

**Fasi di Articolazione**

- Definizione di un curriculum formativo per gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS (fine 2016) sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio.
- Realizzazione di un percorso formativo-informativo integrato nell'ambito della tematica del rapporto ambiente-salute e della percezione e comunicazione del rischio rivolto agli operatori di Enti ed Istituzioni coinvolti nella gestione delle problematiche "ambiente e salute". Tale fase sarà realizzata attraverso un adeguato percorso formativo (master, gruppi di miglioramento, seminari, corsi residenziali, ecc.), da completarsi negli anni 2015-2016.
- Redazione di un atto di indirizzo regionale specifico inerente la comunicazione sia in situazioni emergenziali che nell'ambito delle programmazioni annuali da effettuarsi entro il 2017.
- Sperimentazione delle linee guida mediante:
  - l'individuazione di uno specifico tema inerente il rapporto ambiente-salute e la programmazione delle attività di comunicazione ad esso correlate. Tale fase sarà realizzata utilizzando la tecnica del gruppo di miglioramento attraverso la redazione e l'attuazione di un piano di comunicazione inerente la tematica individuata (anno 2018).
  - la simulazione di un caso di gestione di crisis communication. Tale fase sarà realizzata utilizzando la tecnica dei gruppi di miglioramento avvalendosi dell'apposita check-list operativa già inserita nell'atto di indirizzo regionale (anno 2018).
- Riesame dell'atto di indirizzo alla luce delle esperienze formatesi nella fase di sperimentazione e stesura della sua versione finale (anno 2018).





- Progettazione, studio di fattibilità e realizzazione nell'anno 2018 di uno strumento di comunicazione per la condivisione delle conoscenze tra i beneficiari della linea di intervento (piattaforma web, lista di discussione, social network, ecc.).

**Criticità**

La criticità principale potrebbe essere individuata nel grado di sensibilizzazione del personale coinvolto, non sempre orientato ad adottare ed assimilare quanto riferibile alla "cultura" della comunicazione.

Un'ulteriore criticità potrebbe consistere nella possibile mancanza di fondi e/o risorse strumentali dedicati al sostegno delle azioni previste per la concreta attuazione dei piani di comunicazione annuali, così come nella difficoltà di attuazione di possibili azioni programmate ma non realizzabili direttamente dai partecipanti al progetto in quanto richiedenti il coinvolgimento di enti o figure esterne (opinion leaders, testimonial, ecc.).

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

Definizione di un curriculum formativo.

**Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

Non rilevato.

**Indicatori di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

1. Definizione: Curriculum formativo per gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente e salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio.

Fonte: Regione Marche

Tipologia: indicatore qualitativo.

Valore baseline: non rilevato.

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

Realizzazione di corsi di formazione per i formatori.

**Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

Non rilevato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

2. Definizione: Corso di formazione per formatori.

Fonte: Regione Marche

Tipologia: indicatore quantitativo.

Valore baseline: non rilevato.

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

Realizzazione di corsi di formazione per gli operatori.

**Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

Non rilevato



**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

3. Definizione: Proporzione di operatori formati appartenenti al profilo sanitario di dipartimenti di prevenzione, ARPA, MMG e PLS.

Fonte: Regione Marche.

Tipologia: Indicatore quantitativo (numeratore = numero dei partecipanti appartenenti ad un profilo, denominatore = totale degli operatori appartenenti al profilo).

Valore baseline: non rilevato.

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

Adozione di indirizzo regionale per la comunicazione del rischio in materia di ambiente e salute.

**Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

Non rilevato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

4. Definizione: redazione di un atto di indirizzo regionale specifico in materia di comunicazione ambiente e salute e successive sperimentazione e simulazione.

Fonte: Regione Marche

Tipologia: indicatore qualitativo.

Valore baseline: atto d'indirizzo.



13 luglio 2015  
delibera  
540

259 pag.

Tabella: Linea di intervento 7-3 Comunicazione del rischio

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Indicatori di processo				Sorveglianza/ Fonte
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)		Nome Indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	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.	Definizione di un curriculum formativo	Qualitativo	non rilevato	definizione curriculum (fine 2016)	Definizione di un percorso formativo per operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS sulle valutazioni di impatto e danno sanitario e della comunicazione e del rischio	1. Definizione di un curriculum formativo	definizione del curriculum			Regione Marche
		Realizzazione di corsi di formazione	Quantitativo	non rilevato	1 corso di formazione		2. Realizzazione e percorso formativo	1 corso di formazione per i formatori	Avvio formazione operatori	50% operatori formali	
	8.6. Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	Adozione di un atto di indirizzo regionale per la comunicazione del rischio in materia di ambiente e salute	Qualitativo	non rilevato	Esistenza di atto formale di recepimento in ogni Regione	Redazione di un atto di indirizzo regionale specifico in materia di comunicazione e ambiente e salute	3. Atto di indirizzo regionale in materia di comunicazione a ambiente e salute		redazione di un atto di indirizzo regionale	Speimentazione di un piano di comunicazione e simulazione di un caso di gestione di crisi communication	



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 260
-------------

**7- 4 Vigilanza e controllo sul territorio regionale in materia di REACH e CLP su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente.**

**Breve descrizione dell' Intervento programmato**

**Razionale dell'Intervento:**

Il Regolamento CE n. 1907/2006 (REACH) ha l'obiettivo di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente attraverso il miglioramento della conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici e prevede vigilanza e controllo non solo per le sostanze pericolose, ma per tutte le sostanze chimiche in quanto tali, come costituenti di miscele o contenute negli articoli.

Il Regolamento CE n. 1272/2008 (CLP) è una revisione ed un aggiornamento del sistema di classificazione ed etichettatura dei prodotti chimici, finora basato sulle direttive 67/548/CEE sulle sostanze pericolose e 1999/45/CE sui preparati pericolosi; il Regolamento CLP riguarda sia le sostanze chimiche sia le miscele (inclusi fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti) ed ha introdotto cambiamenti di rilievo per i fabbricanti, gli importatori e gli utilizzatori a valle, relativamente alla classificazione di sostanze e miscele con il conseguente aggiornamento delle etichette di pericolo e delle Schede Dati di Sicurezza.

Alla Regione compete l'applicazione e l'implementazione del REACH e del CLP sul territorio, la gestione dei programmi di controllo e la definizione delle attività di vigilanza. Queste nuove competenze hanno costituito l'occasione per formare e aggiornare nuove figure professionali, per creare sinergie e collaborazioni tra i vari Enti preposti al controllo sulle sostanze chimiche, alla tutela dell'ambiente e alla salvaguardia della salute dei cittadini attuando un sistema di conoscenze multidisciplinari integrate, hanno fornito inoltre lo stimolo ad implementare l'attività analitica dei laboratori e a valutare ulteriori problematiche connesse ai rischi da agenti chimici, cancerogeni e mutageni negli ambienti di lavoro.

Vi è la necessità di sviluppare ulteriormente le capacità di vigilanza, controllo ed ispezione, rafforzando ed uniformando le procedure di valutazione adottate dagli operatori e condividendo le esperienze e le problematiche rinvenute sul territorio. La realizzazione e l'esito dei Piani di Controllo costituiscono il presupposto conoscitivo per individuare concrete azioni di miglioramento dei protocolli operativi e proporre nuove collaborazioni interistituzionali finalizzate allo sviluppo di ispezioni integrate basate su diverse norme di settore (Regolamenti europei relativi a Fitosanitari, Biocidi, Cosmetici e Detergenti) e stimolare una programmazione regionale atta a favorire la diffusione dei Regolamenti nei vari comparti produttivi, ad implementarne l'attuazione (miglioramento della compliance) consolidando la consapevolezza degli adempimenti in capo alle imprese o ai vari soggetti coinvolti.

Il Gruppo Tecnico Regionale REACH istituito con Decreto n. 43/SAP - 04 del 22/12/2009 e successiva modifica n. 32/SPU del 15/11/2011 e la rete di vigilanza (ASUR - ARPAM) definita con Decreto n.21 SPU del 13/11/2013 assicureranno il rispetto degli obiettivi fissati annualmente dai Piani Nazionali Controllo REACH e CLP in termini di ispezioni e verifiche analitiche, le attività di controllo attivate da eventuali segnalazioni, l'attuazione dei progetti europei di enforcement (REF) e, per quanto possibile, la partecipazione ai progetti pilota proposti dall'ECHA.



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

261 pag.
----------

**Obiettivo Centrale**

8.7 Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi 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.

**Obiettivo/i Specifico/i**

- a) Implementazione della applicazione dei Reg. REACH e CLP nel territorio regionale: vigilanza e controllo tramite Rete regionale e Gruppo Tecnico Regionale REACH.
- b) Implementazione della applicazione dei Reg. REACH e CLP nel territorio regionale per le sostanze e miscele contenute in FITOSANITARI e BIOCIDI.
- c) Implementazione della applicazione dei Reg. REACH e CLP nel territorio regionale per le sostanze e miscele contenute in COSMETICI E DETERGENTI.

**Attori e portatori di interesse**

Regione, Gruppo Tecnico Regionale REACH, Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR, ARPAM, Aziende dei vari comparti produttivi, RSSP, ASPP, RLS-RLST, OOSS e di Categoria.

**Beneficiari**

Popolazione generale, Associazione dei Consumatori, Lavoratori, Datori di Lavoro e loro rappresentanze.

**Fasi di Articolazione**

- **Obiettivo specifico regionale a:**

Si prevede l'implementazione dell'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP nel Territorio regionale in primis con la stesura di un Piano Regionale di Controlli (PRC) annuale sulla base del quale saranno programmate le attività di vigilanza e controllo che verranno espletate sia dagli Operatori della Rete Regionale di Vigilanza (afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle varie Aree Vaste) per quanto di competenza, sia dal Gruppo Tecnico REACH e CLP della Regione Marche.

- **Obiettivo specifico regionale b:**

Si prevede l'implementazione dell'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP nel Territorio regionale con particolare riferimento alle sostanze e miscele contenute nei prodotti fitosanitari e biocidi. Trattandosi di una tematica trasversale e comune a diversi ambiti di competenze, si ritiene che alla base dell'obiettivo vi sia la costituzione di un Gruppo di Lavoro misto, comprendente il Gruppo Tecnico regionale REACH e CLP, la PF Veterinaria e Sicurezza Alimentare e Operatori di altri Servizi pubblici con competenze specifiche. Il Gruppo di lavoro così costituito avrà innanzitutto il compito di elaborare le Procedure Operative e/o le Linee Guida che dovranno indirizzare le attività di vigilanza e supportare la PF Veterinaria e Sicurezza Alimentare nella programmazione dell'attività di controllo integrata tra i Servizi del DdP competenti sul corretto impiego dei prodotti fitosanitari. Tali attività, già in essere nei Dipartimenti di Prevenzione ASUR, dovranno quindi essere implementate con gli aspetti peculiari previsti dalla ricaduta dei Regolamenti europei REACH e CLP sulla Normativa specifica di fitosanitari e biocidi. Si ricorda come il 01 Giugno del 2015 entrerà completamente a regime il Regolamento CLP e che, pertanto, gli aspetti concernenti la Classificazione e l'Etichettatura dovranno essere monitorati con particolare attenzione.



**- Obiettivo specifico regionale c:**

Si prevede l'implementazione dell'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP nel Territorio regionale con particolare riferimento alle sostanze e miscele contenute in cosmetici e detersivi. Trattandosi di una tematica trasversale e comune a diversi ambiti di competenze, si ritiene che alla base dell'obiettivo vi sia la costituzione di un Gruppo di Lavoro misto, comprendente il Gruppo Tecnico regionale REACH e CLP e Operatori di altri Servizi pubblici con competenze specifiche. Va inoltre valutata la necessità di integrare il predetto gruppo di lavoro con professionalità della PF Veterinaria e Sicurezza Alimentare in caso di cosmetici preparati con sostanze derivanti da sottoprodotti di origine animale. Il Gruppo di lavoro così costituito avrà innanzitutto il compito di elaborare le Procedure Operative e/o le Linee Guida che dovranno indirizzare le attività di vigilanza. Tali attività, di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione ASUR, dovranno quindi essere implementate con gli aspetti peculiari previsti dalla ricaduta dei Regolamenti europei REACH e CLP sulla Normativa specifica di cosmetici e detersivi. Si ricorda come il 01 Giugno del 2015 entrerà completamente a regime il Regolamento CLP e che, pertanto, gli aspetti concernenti la Classificazione e l'Etichettatura dovranno essere monitorati con particolare attenzione.

**Criticità**

Eventuale carenza di personale adeguatamente formato sulle tematiche specifiche.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

**Valore Baseline regionale:** non rilevato

**Standard di riferimento regionale:** esistenza di un sistema di indicatori regionali

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo a**

- o *Definizione:* Attività di Vigilanza come da PRC-
- o *Fonte:* Regione
- o *Tipologia:* Quantitativo (numero ispezioni effettuate/numero ispezioni richieste PRC)
- o *Valore baseline:* non rilevato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo b**

- o *Definizione:* Costituzione Gruppo di Lavoro, stesura procedure operative/linee guida per attività di controllo, attività di vigilanza
- o *Fonte:* Regione
- o *Tipologia:* Qualitativo (Decreto formalizzazione Gruppo di Lavoro e Stesura procedure operative/linee guida); applicazione delle procedure operative/linee guida nel 35% delle attività previste
- o *Valore baseline:* non rilevato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo c**

- o *Definizione:* Costituzione Gruppo di Lavoro, stesura procedure operative/linee guida per attività di controllo, attività di vigilanza
- o *Fonte:* Regione
- o *Tipologia:* Qualitativo (Atti formali (Decreto formalizzazione Gruppo di Lavoro e Stesura procedure operative/linee guida); almeno 10 controlli in attività di produzione cosmetici mediante applicazione delle nuove procedure)
- o *Valore baseline:* non rilevato



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
263

Tabella:Linea di intervento 7 - 4

Vigilanza e controllo sul territorio regionale in materia di Reach e Clp su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente.

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome e indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/linea	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.7 Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi 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	Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai Regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo	Qualitativo	Non rilevato	Esistenza di un sistema di indicatori regionali	a) Implementazione della applicazione del Reg. REACH e CLP nel territorio regionale: Vigilanza e controllo tramite Rete regionale e Gruppo Tecnico Regionale REACH	Attività di Vigilanza come da PRC	80% ispezioni previste da PRC	80% ispezioni previste da PRC	80% ispezioni previste da PRC	Regione
						b) Implementazione della applicazione del Reg. REACH e CLP nel territorio regionale per le sostanze e miscele contenute in FITOSANITARI e BIOICIDI	Costituzione e attività del Gruppo di Lavoro	Decreto formalizzazione Gruppo di Lavoro	Approvazione procedure operative/linee guida per vigilanza integrata e sistema regionale indicatori	Realizzazione di vigilanza integrata nel 35% delle attività previste dal Piano regionale di controllo ufficiale sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari	Regione
						c) Implementazione della applicazione del Reg. REACH e CLP nel territorio regionale per le sostanze e miscele contenute in COSMETICI E DETERSIVI	Costituzione ed attività del Gruppo di Lavoro	Decreto formalizzazione Gruppo di Lavoro	Approvazione procedure operative/linee guida	Almeno 10 controlli su produzione cosmetici con utilizzo nuove procedure	Regione



**7- 5 Accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze sulla sicurezza chimica degli operatori dei Servizi Pubblici, dei Consulenti/Responsabili Aziendali addetti al controllo su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente e sul loro corretto utilizzo.**

**Breve descrizione dell' Intervento programmato**

**Razionale dell'Intervento:**

L'aspetto formativo ed informativo, in materia di REACH e CLP, considerata la complessità dell'argomento, l'interconnessione tra differenti tematiche di settore (prodotti fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti), la trasversalità per il largo uso di sostanze chimiche/miscele/articoli negli ambienti di vita e di lavoro, riveste un ruolo prioritario per i componenti del Gruppo Tecnico Regionale, per gli operatori della rete di vigilanza e dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR e dell'ARPAM, nonché per i Consulenti/ Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP)/Addetti delle aziende, coinvolte nella gestione e nell'utilizzo di sostanze chimiche pericolose in genere e/o miscele.

Fondamentale è l'attuazione della specifica formazione finalizzata all'acquisizione delle competenze necessarie per l'esecuzione dei controlli ufficiali, sia riportando a cascata i contenuti dei training ECHA/FORUM fino ad oggi riproposti a livello nazionale, che la normativa di settore inerente l'uso corretto e sostenibile dei prodotti fitosanitari, in relazione sia alla sicurezza individuale ma anche a quella delle "aree vulnerabili" del territorio regionale, e la corretta gestione/impiego di biocidi, di prodotti cosmetici e detergenti.

La Regione Marche, nell'ambito delle proprie competenze, considera prioritario avviare un processo di formazione degli operatori dei Servizi Pubblici sui temi della Sicurezza Chimica, con la finalità di sensibilizzare, assistere e supportare le imprese utilizzatrici di sostanze/miscele (DU), anche in relazione alle indicazioni suggerite dall'ECHA, Agenzia Europea per il rischio chimico, che ha individuato la necessità di aumentare la diffusione della informazione, nelle aziende, circa gli adempimenti, gli obblighi, le disposizioni ed i diritti collegati all'attuazione dei Regolamenti comunitari REACH e CLP. Destinatari privilegiati di questa informazione/comunicazione sono i Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione aziendali (RSPP), individuati giustamente come soggetti che lavorano a fianco dei Datori di Lavoro, con competenze tecniche di supporto.

Si tratta di un programma di comunicazione articolato (capacity buildings EHS), che prevede un ruolo importante per le Regioni/Province Autonome, ma anche il coinvolgimento delle Istituzioni centrali, dei centri di formazione, delle Università, delle Associazioni di categoria, al fine di pianificare e realizzare un sistema coerente che riguarda sia la normativa sociale che quella di prodotto.

**Obiettivo Centrale**

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 ed assistere le imprese ed i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) ed ambientali interessati all'uso ed alla gestione delle sostanze chimiche.

**Obiettivo/i Specifico/i**

a) Formare gli operatori dei Servizi Pubblici sull'applicazione del REACH e CLP alla gestione delle sostanze chimiche pericolose in genere e contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti.





b) Informare Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP) addetti alla gestione e utilizzo di sostanze/miscele contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sostanze chimiche pericolose in genere

**Attori e portatori di interesse**

ECHA, Regione, Gruppo Tecnico Regionale REACH, Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR, ARPAM, Aziende dei vari comparti produttivi, RSSP, ASPP, RLS-SLST, OOSS e di Categoria.

**Beneficiari**

Popolazione generale, Associazioni dei Consumatori, Lavoratori, Datori di lavoro e loro rappresentanze.

**Fasi di Articolazione**

- **Obiettivo specifico regionale a:**

Si prevede l'effettuazione di corsi di formazione per gli operatori dei Servizi Pubblici al fine di accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente

- **Obiettivo specifico regionale b:**

Si prevede l'effettuazione di corsi di formazione per Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP) al fine di accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente e sul loro corretto utilizzo. Tale attività di formazione si riconosce, inoltre, nel Progetto pilota ECHA "Support for EHS professionals", progetto del quale l'Italia è parte attiva e che mira a creare una nuova consapevolezza delle tematiche connesse a REACH e CLP in queste figure professionali.

**Criticità**

Eventuale carenza di risorse finanziarie.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

Valore Baseline regionale: non rilevato

Standard di riferimento regionale: non rivelato

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo a**

- o *Definizione: Corsi di Formazione per Operatori dei Servizi Pubblici*
- o *Fonte: Regione*
- o *Tipologia: Quantitativo - Organizzazione ed effettuazione di almeno 1 corso/anno*
- o *Valore baseline: non rilevato*

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo b**

- o *Definizione: Eventi informativi per Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP)*
- o *Fonte: Regione*
- o *Tipologia: Quantitativo - Organizzazione ed effettuazione di eventi informativi*
- o *Valore baseline: non rilevato*



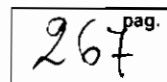
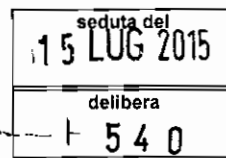
seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

266 pag.

Tabella: Linea di intervento 7- 5

Accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze sulla sicurezza degli operatori dei Servizi Pubblici, dei Consulenti/Responsabili Aziendali addetti al controllo su sostanze/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente e sul loro corretto utilizzo.

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome Indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/linea	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	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 ed assistere le imprese ed i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) ed ambientali interessati all'uso ad alla gestione delle sostanze chimiche	Numero corsi di formazione per operatori nei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	quantitativo	Non rilevato	Almeno 1 corso di formazione regionale	a) Formare gli operatori dei servizi Pubblici sull'applicazione del REACH e CLP alle gestione delle sostanze chimiche pericolose in genere e contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti	Corsi di Formazione per Operatori servizi pubblici	1 corso regionale	1 corso regionale	1 corso regionale	Regione
						b) Informare Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP) addetti alla gestione e all'utilizzo di sostanze/miscele contenute in fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sostanze chimiche pericolose in genere	Eventi informativi per Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP)	1 Evento regionale	2 eventi territoriali	3 eventi territoriali	Regione



## 7-6 Prevenzione Amianto

### Breve descrizione dell' Intervento programmato:

#### Razionale dell'intervento:

A causa dei noti gravi effetti patogeni legati alle fibre di amianto, lo Stato Italiano ha varato la Legge 27 marzo 1992 n. 257 con il fine di vietare l'estrazione, l'importazione, la lavorazione, l'utilizzazione, la commercializzazione, il trattamento e lo smaltimento, nel territorio nazionale, nonché l'esportazione dell'amianto e dei prodotti che lo contengono, regolamentandone il trattamento e lo smaltimento nel territorio nazionale.

Anche dopo la cessazione delle lavorazioni a causa della persistenza dell'esposizione ad amianto negli ambienti di vita e di lavoro resta da gestire la presenza dei materiali contenenti amianto in matrice friabile, negli edifici civili e industriali e negli impianti e di rilevanti presenze di materiali contenenti amianto in matrice compatta il cui progressivo deterioramento può essere causa di rilascio di fibre e di conseguente rischio per la salute.

Le situazioni di rischio che richiedono interventi di bonifica e di gestione del rischio interessano pertanto molte porzioni del territorio Regionale e possono essere causa di esposizione della popolazione e di lavoratori a fibre di amianto.

Il Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018 (PNP) evidenzia la necessità della messa in atto di una adeguata strategia nazionale di contrasto del rischio amianto e di tutela degli esposti ed ex esposti, come peraltro evidenziato dalla II Conferenza Governativa Nazionale Amianto tenutasi a Venezia nel 2012, anche se al momento la proposta tecnica di Piano Nazionale Amianto (PNA) non è ancora stata formalmente approvata mediante Accordo di Conferenza Stato – Regioni.

Il PNA, cui il PNP per espressa enunciazione si prefigge di dare attuazione e supporto attraverso iniziative trasversali, fissa l'obiettivo generale diretto a *"Migliorare la tutela della salute e la qualità degli ambienti di vita e di lavoro in relazione al rischio rappresentato dall'esposizione ad amianto"*. Nello specifico il PNP prevede l'attuazione di strategie trasversali, in particolare con la macro area *"ambiente e salute"* (strategia 2.A.2 del M.O. 2.8), con particolare riferimento all'attivazione/realizzazione del PNA.

Per lo sviluppo della presente linea di intervento "Prevenzione Amianto", occorre far riferimento al PRA approvato con DGRM n. 3496 del 30/12/1997, ed alle successive DDGGRM n. 2830 del 28/12/2000 - n. 2174 del 18/09/2001 e n. 2170 del 28/12/2001 – n. 3170/01, relative al "Censimento Amianto – Imprese ed Edifici".

Il censimento promosso dalla Regione ai sensi delle citate Delibere Regionali, ha interessato:

#### Le Imprese:

- che hanno utilizzato amianto e manufatti contenenti amianto (MCA);
- che hanno svolto attività di smaltimento rifiuti contenenti amianto (RCA) e/o di bonifica.

#### Gli edifici con presenza di manufatti contenenti amianto, ed in particolare:

- Edifici pubblici;
- Locali aperti al pubblico;
- Locali di utilizzazione collettiva (piscine, palestre, cinema, teatri, sale conferenze, poligoni di tiro, ecc.).

Ad oggi è stato rinviato, a data da destinarsi, il censimento amianto nelle seguenti categorie:

- Blocchi di appartamenti;
- Unità abitative private.



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

268 pag.

I risultati del censimento amianto nella regione Marche sono reperibili per via telematica [[http://www.marcheinsalute.it/media/files/21712\\_censimentoamiantoregionemarche.pdf](http://www.marcheinsalute.it/media/files/21712_censimentoamiantoregionemarche.pdf)].

Successivamente, il censimento è stato utilizzato per la mappatura Regionale georeferenziata – prevista dal DM n. 101 del 18/03/2003.

Per quanto riguarda la definizione delle priorità di intervento il gruppo di lavoro interregionale Sanità e Ambiente ha suddiviso i siti con amianto in due gruppi:

- Gruppo 1. categorie di ricerca n. 1, 2 e 4 di cui all'allegato A del citato DM 101/2003;
- Gruppo 2. categoria di ricerca n. 3

ed ha elaborato per ciascun gruppo un algoritmo che assegna ai siti un punteggio indicante il grado di rischio presentato dagli stessi, sulla base, essenzialmente, delle condizioni del materiale.

La concretizzazione del lavoro interregionale si è avuta il 29/7/2004 con l'approvazione da parte della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome della "Procedura per la determinazione delle priorità di intervento".

Nel caso specifico, con il censimento sono state prese in esame soltanto le categorie 1, 2 e 4 di cui all'allegato A del citato DM 101/03 e poiché, nella Regione Marche, non risultano affioramenti naturali di ofioliti, la mappatura è stata impostata limitatamente al gruppo 1.

L'Allegato A della DGRM 3170/01 suddivideva il PRA in cinque fasi operative; a oggi risultano attuate le prime quattro fasi mentre risulta inattuata la 5ª fase del Piano operativo. Detta fase prevede le seguenti azioni da mettere in atto con il contributo Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR e dell'A.R.P.A.M.:

- Verifiche ispettive e prelievi semplici di base da parte dei servizi dell'ASUR, secondo criteri di priorità
- Verifiche analitiche, ispezioni e prelievi in situazioni complesse da parte dell'ARPAM, secondo criteri di priorità
- Trasmissione alla Regione degli elenchi di situazioni positive per presenza di MCA, censite e pesate in termini di gravità, da parte dei Servizi dell'ASUR e dell'ARPAM.

Con il PRP 2014 – 2018 sarà possibile procedere all'attuazione della 5ª fase del PRA e contestualmente rispondere alle azioni della linea di intervento "Prevenzione Amianto", laddove è prevista la verifica ispettiva sulle situazioni a maggior rischio pesate in termini di gravità.

In particolare, attraverso la stesura delle linee guida Regionali finalizzate, tra l'altro, ad uniformare gli interventi di vigilanza, andranno previste forme di coordinamento, collaborazione ed azioni congiunte tra i Servizi dell'ASUR e quelli dell'ARPAM.

Propedeutiche alle verifiche sono le fasi di formazione Operatori ASUR sull'aggiornamento del DATA BASE del censimento/mappatura, l'elaborazione delle linee guida finalizzate ad uniformare gli interventi di vigilanza (compresa la formazione degli operatori dell'ASUR e dell'ARPAM), l'aggiornamento del censimento/mappatura regionale mediante inserimento nel data base dei dati delle notifiche e dei piani di lavoro (ex artt.250/256 del D.Lgs. n. 81 del 09.04.2008) pervenuti ai Servizi dell'ASUR successivamente alla realizzazione del censimento e, da ultimo, l'implementazione della nuova graduatoria Regionale.

Per ogni categoria di ricerca del gruppo 1 è stata realizzata una graduatoria all'interno della quale i siti con presenza di amianto sono stati raggruppati in cinque classi di priorità definite nella "Procedura per la determinazione delle priorità di intervento". Considerando le tre graduatorie nel loro insieme, complessivamente risultano censiti N. 96 edifici in classe 1, n. 1549 edifici in classe 2, n. 5513 edifici in classe 3, n. 7639 edifici in classe 4 e n. 25 in classe 5.

Contestualmente alle fasi descritte, si prevede che siano poste in essere tutte le attività di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulle conseguenze ambientali e sanitarie della presenza di



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
1 5 4 0

pag.  
269

amianto e una mirata attività di formazione dei dirigenti, lavoratori e Responsabile Rischio Amianto (RRA).

Per quest'ultimo aspetto si ritiene opportuno mantenere i format organizzativi già sperimentati e consolidati positivamente nel corso degli anni in attuazione delle D.G.R.M. n. 2197 del 06/09/1999 e D.G.R.M N. 1514 del 14.11.2011 che hanno permesso anche di avere a regime le attività di formazione per la figura del Responsabile Rischio Amianto (RRA), così come definita dal DM 6/9/94 e dal DPR 08/08/1994 art. 10.

Parallelamente all'attività di formazione si attueranno forme di informazione e assistenza qualificata nei confronti di tutti i portatori di interesse (lavoratori, datori di lavoro, cittadini, ecc...) che coinvolgano diffusamente le organizzazioni di rappresentanza imprenditoriale e dei lavoratori, i Comuni e le istituzioni scolastiche (il tutto anche attraverso la stipula di specifici accordi).

Tra queste, si prevede l'adeguamento degli sportelli informativi esistenti, già operanti presso i dipartimenti di prevenzione delle AAVV ASUR. Sempre per quanto riguarda l'attività di informazione e comunicazione del rischio viene mantenuta l'attività del COR – RENAM, anche con riferimento a quanto previsto nella linea di intervento sulla sorveglianza sanitaria degli ex esposti. Inoltre al fine di sviluppare/migliorare le competenze in materia di comunicazione nell'area ambiente e salute, previa intesa con l'ARPAM, saranno poste in essere azioni sinergiche con la specifica linea di intervento "comunicazione del rischio".

Quanto alle attività per le quali non vengono proposte azioni mirate, si evidenziano le verifiche ispettive nei cantieri di bonifica dell'amianto (ex artt.250/256 del D.Lgs. n. 81 del 09.04.2008). Per tali attività le indicazioni nazionali (Rif. Piano Nazionale e Piano Regionale Edilizia e proposta di PNA) indicano, complessivamente, una verifica in edilizia specifica alle rimozioni amianto, da parte delle ASL, *su circa il 15% di tali lavori ..... che può essere incrementata attraverso un impegno straordinario delle strutture territoriali del Ministero del lavoro ..... quantificabile in un incremento di un ulteriore 5%...."*

La tabella n.1 evidenzia come nella Regione Marche la percentuale del 20% programmata dal PNA è già assicurata con il contributo dei soli Servizi dell'ASUR e, per tale motivo, nel periodo di vigenza del PRP/PNP se ne prevede il mantenimento rispetto all'indicatore del PNA.

Tabella 1. Prevalenza di cantieri ispezionati per amianto sul totale dei cantieri vigilati nella Regione Marche nel periodo 2009-2013.

Anno	Cantieri ispezionati		%
	N.	N.	
2009	1580	433	27,4
2010	1579	383	24,2
2011	1979	457	23,1
2012	1933	673	34,8
2013	1713	483	28,1
<b>Totale</b>	<b>8784</b>	<b>2428</b>	<b>27,7</b>

Stessa analisi per la gestione delle segnalazioni/esposti ai quale il sistema sta già fornendo risposta per la totalità delle richieste pervenute. Pertanto anche in questo caso è previsto il mantenimento dell'attività.

Essendo lo standard di riferimento già garantito, la linea d'intervento "Prevenzione Amianto" prevede l'elaborazione di un atto d'indirizzo (linee guida) finalizzato a uniformare gli interventi di vigilanza, in maniera tale da renderli omogenei su tutto il territorio Regionale.



**Obiettivo Centrale**

8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto dell'amianto sulla popolazione.

**Obiettivo/i Specifico/i**

Gli obiettivi che la Regione Marche intende perseguire con questa linea di intervento sono:

1. Formazione e aggiornamento:
  - Operatori ASUR su aggiornamento DATA BASE censimento e linee guida controlli;
  - Operatori che operano nel campo delle bonifiche d'amianto e dei responsabili del rischio amianto (RRA);
2. Uniformare gli interventi di controllo rischio amianto;
3. Aggiornamento censimento /mappatura Regionale;
4. Verifiche sulle situazioni a maggior rischio pesate in termini di gravità (secondo Piano Regionale Amianto);
5. Aggiornamento report COR e censimento amianto

**Attori e portatori di interesse**

Gli attori interessati da questa linea di intervento sono i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR, e l'ARPAM, la Regione Marche (anche attraverso il Gruppo Regionale Amianto) e il COR.

Tra i portatori di interesse si evidenziano: la popolazione lavorativa e non lavorativa (cittadini), i Datori di lavoro, le Associazioni imprenditoriali e dei Lavoratori, le Istituzioni (anche Scolastiche), gli Enti Bilaterali, le Imprese che operano nel campo delle bonifiche d'amianto e i responsabili del rischio amianto (RRA).

**Beneficiari**

Lavoratori operanti in edifici pubblici aperti al pubblico e di utilizzazione collettiva.

Cittadini residenti e/o che utilizzano edifici pubblici aperti al pubblico e di utilizzazione collettiva.

**Fasi di Articolazione**

- Formazione Operatori ASUR sull'aggiornamento del DATA BASE del censimento/mappatura;
- Elaborazione di un atto di indirizzo (linee guida) finalizzato ad uniformare gli interventi di vigilanza su bonifiche, segnalazioni/esposti e edifici censiti, compresi i controlli sui livelli di esposizione;
- Formazione Operatori ASUR su Linee Guida Controlli;
- Formazione dei lavoratori e dei dirigenti delle imprese che operano nel campo delle bonifiche d'amianto e dei responsabili del rischio amianto (RRA)
- Aggiornamento censimento/mappatura regionale e Implementazione nuova graduatoria regionale;
- Verifiche sulle situazioni a maggior rischio pesate in termini di gravità (secondo Piano Regionale Amianto);
- Mantenimento delle attività del COR - RENAM e restituzione dati popolazione con convegno



### Criticità

Meritano infine attenzione alcune tematiche che possono costituire elemento di criticità:

- la mancanza di una graduatoria regionale delle unità abitative private ed i blocchi di appartamento per le quali è stato rinviato, a data da destinarsi, il censimento nelle predette categorie. Inoltre la tecnica di censimento a suo tempo adottata (invio delle schede di autonotifica ai destinatari) comporterebbe un allarme/disagio sociale sulla popolazione. Va sottolineato che gli effetti delle fibre di amianto sulla salute sono più evidenti tra la popolazione lavorativa, rispetto a quella residenziale dove, la presenza di coperture è con amianto compatto, è elemento di minore criticità sanitaria.
- Il perno su cui ruota la linea di intervento, è rappresentato dalle verifiche ispettive degli edifici in classe 1 e 2 delle tre graduatorie Regionali aggiornate; tali verifiche sono comunque effettuate sulla base delle schede di autonotifica a suo tempo presentate. Pur non considerando basso il numero di risposte ottenuto, in quanto la normativa prevedeva l'obbligatorietà di risposta solo in caso di presenza di amianto friabile o floccato, è verosimile che possa essersi verificata un' omissione della notifica. Pertanto, per evitare di sottoporre a controllo esclusivamente gli edifici che hanno adempiuto all'obbligo del censimento, nell'attività di vigilanza ordinaria e programmata da parte dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione, particolare attenzione sarà essere posta agli edifici/impresе non presenti nel Data Base.
- La diffusione dei fenomeni di abbandono e smaltimento abusivo: tale aspetto può trovare contrasto nell'ambito della programmazione Regionale in materia ambientale, mediante la pianificazione di attività di vigilanza e controllo da parte dell'ARPAM e delle Province, anche con il concorso dei Comuni.
- La necessità di impegnare, analogamente alla linea di intervento sulla sorveglianza sanitaria degli ex esposti, un cospicuo numero di risorse umane con professionalità multidisciplinari, che dovranno dapprima essere formate per questa tipologia di intervento.

### Indicatori:

#### **Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

- Definizione: 8.9.1. Disponibilità dati ex esposti al COR
- Fonte: Regione
- Tipologia: Qualitativo
- Valore baseline: report presente
- Valore standard: report aggiornato

#### **Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Programma Formazione e aggiornamento Operatori ASUR-ARPAM e operatori addetti rimozioni su aggiornamento DATA BASE censimento / mappatura
- Fonte: Regione
- Tipologia: Qualitativo
- Valore baseline: non rilevato
- Valore standard: Formazione operatori



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag.  
272

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Uniformare gli interventi di controllo rischio
- Fonte: Regione
- Tipologia: Qualitativo
- Valore baseline: non rilevato
- Valore standard: Elaborazione Atto di Indirizzo (Linea Guida)

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Aggiornamento censimento/mappatura regionale
- Fonte: ASUR / ARPAM
- Tipologia: Quantitativo
- Valore baseline: non rilevato
- Valore standard: inserimento nel data base del 100% delle notifiche e dei piani di lavoro – ex artt. 250 e 256 del D.Lgs. n. 81 del 09.04.2008 – pervenuti ai Servizi dell'ASUR in seguito alla realizzazione del censimento, da effettuarsi: il 33% nell'anno 2016, il 33% nell'anno 2017 ed il 34% nell'anno 2018.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Verifiche sulle situazioni a maggior rischio pesate in termini di gravità (secondo Piano Regionale Amianto)
- Fonte: ASUR
- Tipologia: Quantitativo
- Valore baseline: non rilevato
- Valore standard: Controllo del 100% (nr. 96) dei siti/edifici in classe 1 - entro il 2016, nr. 350 siti/edifici in classe 2 nel 2017 e nr. 350 siti/edifici in classe 2 nel 2018

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: aggiornamento report COR e censimento amianto
- Fonte: Regione Università Camerino
- Tipologia: Qualitativo
- Valore baseline: report annuale
- Valore standard: aggiornamento annuale del report

GA





seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

273 pag.

Tabella: Linea di intervento 7-6 Prevenzione Amianto

Macro obiettivo	Obiettivo Centrale	Nome indicatore	Tipo (qualitativo - quantitativo)	Valore di base/linea	Standard riferimento (valore atteso)	Obiettivo specifico Regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	8.9.1 Disponibilità dati esposti al COR	Qualitativo	Report presente	Report aggiornato	Programma Formazione e aggiornamento Operatori ASUR-ARPAM su aggiornamento DATA BASE censimento / mappatura	Formazione	Corso formazione regionale ASUR su DATABASE	Corso formazione regionale ASUR su linee guida controlli		Regione
						Uniformare gli interventi di controllo rischio amianto	Elaborazione atto di indirizzo regionale per vigilanza su bonifiche, segnalazioni / esposti e edifici censiti, compresi i controlli sui livelli di esposizione	Linee guida approvate			Regione
						Aggiornamento censimento / mappatura Regionale	Aggiornamento database Censimento / Mappatura	33% Piani/nolistiche inserite	33% Piani/nolistiche inserite	34% Piani/nolistiche inserite	ASUR/ ARPAM
						Verifiche sulle situazioni a maggior rischio pesate in termini di gravità (secondo Piano Regionale Amianto)	Controllo edifici classe 1 e classe 2	Verifica siti classe 1 (96 siti)	Verifica siti classe 2 (350 siti)	Verifica siti classe 2 (350 siti)	ASUR/ ARPA
						Aggiornamento report COR e censimento amianto	Produzione report	Aggiornamento Report COR	Aggiornamento Report COR	Convegno regionale restituzione dati popolazione	Regione Università Camerino



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.  
274

## 7-7 Buone pratiche in edilizia

### Breve descrizione dell' Intervento programmato:

Questa linea di intervento si prefigge di predisporre un documento finalizzato a fornire delle linee d'indirizzo in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, mediante l'attività di un gruppo di lavoro regionale specifico.

### Razionale dell'Intervento:

La qualità dell'ambiente indoor è un importante determinante di salute sia perché i livelli di inquinamento dell'aria sono maggiori rispetto a quelli outdoor per numerose classi di inquinanti, sia per la prolungata permanenza della popolazione all'interno degli ambienti chiusi (fino al 90% del proprio tempo), e per il fatto che i gruppi più vulnerabili trascorrono in tali ambienti una percentuale di tempo anche più elevata rispetto al resto della popolazione.

Per prevenire tale tipo d'inquinamento è fondamentale intervenire sin dalla scelta dei materiali per la costruzione e ristrutturazione degli edifici, in maniera tale da ridurre l'emissione nociva che possono avere tali materiali negli ambienti confinati.

### Obiettivo Centrale

8.10.1. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon.

### Obiettivo/i Specifico/i

Predisporre linee di indirizzo specifiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, a supporto dei regolamenti edilizi.

### Attori e portatori di interesse

ASUR, Regione, ARPAM, associazioni di categoria, cittadini.

### Beneficiari

ASUR, Regione, ARPAM, Comuni, associazioni di categoria, cittadini.

### Fasi di Articolazione

1. Costituzione del gruppo tecnico ambienti di vita (ASUR, ARPAM, Regione).
2. Studio dei materiali da costruzione ecocompatibili.
3. Confronto con gruppi di studio nazionali.
4. Predisposizione di documenti informativi.
5. Diffusione dei documenti e incontri per la divulgazione con le istituzioni, le associazioni di categoria e la cittadinanza.



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 245
-------------

**Criticità**

Limitata conoscenza della materia.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

- 8.10.1 - Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile.

**Valore Baseline regionale:** Non rilevato.

**Standard di riferimento regionale:** Emanazione di linee di indirizzo.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Documento specifico in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon
- Fonte: Regione
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Valore baseline: non rilevato



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
246

Tabella: Linea di intervento 7 - 7 Buone pratiche in edilizia

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	10. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed ecocompatibilità nella costruzione / ristrutturazioni e di edifici, anche in relazione al rischio radon	Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave ecocompatibile	qualitativo	non rilevato	Predisporre i documenti specifici in materia di sostenibilità ed ecocompatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	Predisporre documenti specifici in materia di sostenibilità ed ecocompatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	Documento specifico in materia di sostenibilità ed ecocompatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	Costituzione gruppo tecnico regionale "Ambienti di vita"	Studio dei materiali da costruzione ecocompatibili	Emanazione Linea di indirizzo	Regione Marche

9



**PROGRAMMA N. 8 - PER UN SISTEMA VACCINALE REGIONALE MATURO**

**Macroobiettivo a cui il programma dà risposta e relativi Obiettivi centrali:**

Ridurre la frequenza di infezioni e malattie infettive prioritarie (Macro-obiettivo n. 9)

**Tabella 8.1 – Obiettivi del programma**

Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con le altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi...)	8.1 Informatizzare l'anagrafe vaccinale della Regione Marche
	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole della 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)	8.2 Promuovere l'adesione consapevole della popolazione generale alla prevenzione vaccinale 8.3 Proteggere i gruppi a rischio attraverso la prevenzione vaccinale.
	Planificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	8.4 Promuovere una corretta e diffusa informazione in ambito vaccinale

**Razionale e descrizione del programma:**

Le vaccinazioni sono universalmente riconosciute come uno degli interventi più efficaci e sicuri per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Nonostante l'incontestabile impatto che la pratica vaccinale ha determinato sulla diffusione di alcune malattie infettive la popolazione generale sembra essere sempre più diffidente nei confronti dei vaccini e sempre meno incline a cogliere le opportunità preventive generate dalla pratica vaccinale. Negli ultimi anni, in Italia, si è assistito ad un progressivo e costante calo delle coperture vaccinali. Questo fenomeno è in parte ascrivibile ad una rilevante campagna contro-informativa organizzata da gruppi antivaccinisti sul territorio nazionale. Il calo delle coperture è stato particolarmente marcato in alcune regioni italiane tra cui la regione Marche, dove allo stato attuale tutti gli obiettivi di copertura definiti dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 risultano essere disattesi (Tabella 2).

**Tabella 8.2 - Confronto tra obiettivi di copertura e coperture attuali nelle Marche (rilevazione 2015 al 31/12/2014)**

Vaccinazione	Dosi	Coperture 2013	Coperture 2014	Obiettivi di copertura	Scostamento dagli obiettivi di copertura
Difterite/Tetano/Pertosse	3 dosi a 24 mesi	97%	93,6%	95%	- 1,4%
Poliomielite	3 dosi a 24 mesi	97%	93,7%	95%	- 1,3%
Epatite B	3 dosi a 24 mesi	96,9%	93,5%	95%	- 1,5%
Emofilo B	3 dosi a 24 mesi	96,9%	93,5%	95%	- 1,5%



Morbillo/Parotite/Rosolia	1ª dose a 13-15 mesi	87,7%	81,4%	95%	- 13,6%
Pneumococco	3 dosi a 24 mesi	93,4%	89,6%	95%	- 5,4%
Meningococco	1ª dose a 13-15 mesi	84,9%	76,6%	95%	- 18,4%
Morbillo/Parotite/Rosolia	2ª dose a 5-6 anni	91,9%	89,2%	95%	- 5,8%
Difterite/Tetano/Pertosse	4ª dose a 5-6 anni	95,7%	93%	95%	- 2%
Poliomielite	4ª dose a 5-6 anni	85,7%	93,1%	95%	- 1,9%
Meningococco C	1 dose negli adolescenti	51,9%	55,5%	95%	- 39,5%
HPV	Ciclo completo coorte 2001	59,5%	63,1%	70%	- 6,9%
	Ciclo completo coorte 2002	N.c.	55,1%	80%	- 24,9%
	Ciclo completo coorte 2003	N.c.	N.c.	95%	N.c.
Influenza	> 65 anni	56,6%	45,8%	75% (minimo), 95% (ottimale)	- 29,2%

Nel periodo di vigenza del presente PRP sarà necessario procedere lungo il percorso tracciato negli ultimi anni, perseguendo gli obiettivi che sono già stati definiti nel recepimento del PNPV 2012-2014, avvenuto attraverso la DGR 480/2013 e recentemente confermati con la DGR 316/2015, e in particolare:

- potenziare le attività di sorveglianza epidemiologica delle malattie suscettibili di vaccinazione collegando le anagrafi vaccinali e i flussi informativi ed integrare detta sorveglianza con le segnalazioni provenienti dai laboratori diagnostici (obiettivo che potrà essere perseguito dall'interfacciarsi di attività collegate alle linee d'intervento 8.1 e 12.2);
- garantire l'offerta attiva e gratuita di tutte le vaccinazioni per le quali sono stati definiti obiettivi di copertura vaccinale, al fine di prevenire la diffusione di malattie prevenibili con la vaccinazione (obiettivo che potrà essere perseguito dalla linea d'intervento 8.2);
- promuovere l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni specifiche nei gruppi a rischio sviluppando iniziative per favorirne l'attuazione (obiettivo che potrà essere perseguito attraverso la linea d'intervento 8.3);
- attuare la completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali (obiettivo che potrà essere perseguito attraverso la linea d'intervento 8.1);
- mantenere standard adeguati di sicurezza e qualità nel processo vaccinale (obiettivo che potrà essere perseguito attraverso la linea d'intervento 8.2);
- garantire un buon sistema di monitoraggio degli eventi avversi a vaccino, in grado di assicurare anche il follow up dei casi (obiettivo che potrà essere perseguito attraverso la linea d'intervento 8.2);
- garantire un'adeguata, capillare e continua formazione del personale dei Servizi vaccinali e degli altri operatori sanitari coinvolti nel percorso di supporto alle attività vaccinali, ad esempio i Pediatri di Libera Scelta (obiettivo che potrà essere perseguito attraverso la linea d'intervento 8.4);
- promuovere l'aggiornamento dei professionisti sanitari attraverso informazione, formazione e comunicazione per diffondere più efficacemente la cultura della prevenzione vaccinale (obiettivo che potrà essere perseguito attraverso la linea d'intervento 8.4);
- diffondere la cultura della prevenzione vaccinale come scelta consapevole della popolazione generale e promuovere un'adeguata opera educativo/informativa in merito ai benefici delle vaccinazioni, quali misure di prevenzione individuale e collettiva (obiettivo che potrà essere



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>279</b>
--------------------

perseguito attraverso la linea d'intervento 8.4).

Particolari sforzi dovranno essere messi in campo per arginare il fenomeno della "vaccine hesitancy" (esitazione vaccinale), sempre più diffuso tra i genitori, ovvero l'attitudine a vaccinare i propri figli solo parzialmente o a ritardare le vaccinazioni raccomandate. L'abbassamento delle coperture vaccinali pone a rischio la salute pubblica per la possibile diffusione di malattie infettive che negli anni sono scomparse o sono state notevolmente limitate attraverso i vaccini. L'esempio più significativo che possa essere fatto è relativo al Morbillo: la regione Marche ha registrato, per diversi anni consecutivi, coperture vaccinali per MPR (prima dose entro i due anni di età) comprese tra il 90 e il 95%, attestandosi in uno stadio di controllo della malattia, ma da due anni consecutivi le coperture vaccinali si sono notevolmente ridotte facendo retrocedere le Marche allo stadio di "controllo limitato del morbillo" (PNEMoRc 2003), caratterizzato dal continuo accumulo di significative quote di suscettibili e il rischio di avere estese epidemie con intervalli interepidemici inferiori ai 5 anni.

Nelle Marche, attualmente, la mancata vaccinazione antipolio e antimorbillo è riconducibile a ben precise motivazioni rispettivamente nel 68,8% e nel 36% dei casi, mentre il restante 31,2% (polio) e 64% (morbillo) dei casi risulta composto di persone che sono state rintracciate ma che non si sono presentate ai Servizi vaccinali, per i quali è mancato, dunque, un rapporto diretto con il Servizio vaccinale.

**Contrasto alle diseguaglianze:**

A oltre 10 anni dalla pubblicazione delle Linee guida per l'esecuzione delle vaccinazioni nelle Marche (Allegato al D.D. 30 giugno 2003 n. 27) il documento regionale, che conteneva principalmente indicazioni di buona pratica vaccinale e definiva alcune procedure rilevanti, non è stato mai aggiornato e questo ha determinato uno scostamento nella gestione della pratica vaccinale tra i punti di erogazione del servizio sul territorio. Si ritiene che l'elaborazione ampiamente condivisa di un documento che aggiorni le Linee Guida del 2003 possa essere strategia utile per ridurre le differenze gestionali territoriali, indirizzare i servizi territoriali agli standard qualitativi più attuali, garantire quindi una maggiore omogeneità nelle modalità e nelle procedure utilizzate e, nei fatti, contrastare le potenziali diseguaglianze derivanti da una pratica operativa disomogenea sul territorio regionale. Garantire le stesse opportunità informative alla popolazione, garantire lo stesso approccio comunicativo con l'utenza, condurre iniziative di promozione delle vaccinazioni in popolazioni svantaggiate, possono essere valide attività di contrasto alle diseguaglianze. Già il PNEMoRc 2010-2015 includeva tra gli obiettivi nazionali l'attuazione di iniziative supplementari di immunizzazione (SIA) che tuttavia nelle Marche non sono mai state effettuate. Adottare una linea d'intervento specificamente orientata al raggiungimento delle categorie a rischio consentirà infine di uniformare l'approccio alle categorie a rischio, attualmente il maggior elemento di criticità relativamente alle coperture vaccinali ottenute (molto spesso grossolanamente stimate per la difficoltà di avere corretti denominatori) e alle strategie vaccinali da adottare per innalzarle.

**Evidence:**

I programmi di vaccinazione rappresentano di gran lunga uno degli interventi di maggiore efficacia nel contrasto alle malattie infettive prevenibili. La possibilità di avere un sistema informativo efficace che abbia come base anagrafi vaccinali informatizzate ben organizzate consente di ottimizzare molte attività di gestione e monitoraggio, sia di livello locale che regionale. Il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi di copertura vaccinale previsti nei confronti delle malattie suscettibili di offerta attiva e gratuita è essenziale se l'obiettivo è ridurre l'incidenza di malattie infettive prevenibili da vaccino. Nella Regione Marche a seguito dell'attuazione del primo



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

280 pag.
----------

Piano di Eradicazione Morbillo e Rosolia congenita (2004) le coperture vaccinali per Morbillo-Parotite-Rosolia sono gradualmente migliorate e sono passate dal valore dell'82% registrato nel 2003 al 92% registrato nel 2012. Nella sola regione Marche nei primi anni 2000 si registravano circa 500 casi di morbillo all'anno che sono scesi a circa 50 nell'anno 2013.

Dall'analisi del Piano Nazionale di Eradicazione di Morbillo e Rosolia congenita 2003, del Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 e del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014 emergono gli ulteriori elementi in grado di caratterizzare i sistemi vaccinali più maturi:

- un adeguato sistema di sorveglianza delle malattie trasmissibili;
- un buon sistema di monitoraggio degli eventi avversi a vaccino, in grado di assicurare anche il follow up dei casi;
- un'adeguata, capillare e continua formazione del personale dei Servizi vaccinali e degli altri operatori sanitari coinvolti nel percorso di supporto alle attività vaccinali;
- un'adeguata opera educativo/informativa nei confronti della popolazione generale, in merito ai benefici della vaccinazione quale misura di prevenzione individuale e collettiva.

**Sostenibilità:**

Attività di miglioramento della qualità dei servizi vaccinali devono rappresentare una priorità per ogni sistema di Sanità Pubblica. La Regione Marche ha avviato nel 2003 un percorso di miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale, proseguito negli anni successivi. Come già riportato, tutti gli obiettivi che questo programma sostiene sono già stati identificati con la DGR 480/2013, recepimento regionale dell'ultimo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (2012-2014), e sono stati confermati con la recente DGR 316/2015, quali obiettivi sensibili e prioritari per la Regione Marche. Molte delle attività previste, migliorative rispetto alla qualità dell'attuale offerta vaccinale, richiedono investimento di risorse umane e temporali, a titolo esemplificativo riportiamo la gestione informatizzata delle attività vaccinali locali, i colloqui con i genitori esitanti (un tempo attività marginale, attualmente divenuta ordinaria), attività comunicative ordinarie e straordinarie. L'attuale prolungato quadro di ristrettezze nelle risorse impiegate complessivamente in ambito sanitario è senza dubbio il fattore che può, più di ogni altro, mettere in discussione la sostenibilità delle azioni previste.

**Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione:**

Il Sistema PreMal NSIS è il sistema informativo utilizzato dalla Regione Marche per l'inserimento e l'invio al Ministero delle notifiche di malattia infettiva. I dati relativi ad alcune malattie infettive prevenibili con vaccino sono oggetto di flussi informativi specifici, come il report che in virtù delle indicazioni del Piano di Eradicazione Morbillo e Rosolia congenita 2010-2015 viene inoltrato mensilmente all'Istituto Superiore di Sanità. Altre sorveglianze speciali sono attive, come il sistema di sorveglianza delle epatiti acute (SEIEVA) o solo parzialmente attivate (sorveglianza delle Malattie Batteriche Invasive, oggetto della linea d'intervento 12.2 del presente Piano) e potranno essere utili nelle azioni di monitoraggio e valutazione.

I dati di attività dei servizi vaccinali vengono trasmessi annualmente dai Servizi Igiene e Sanità Pubblica dell'ASUR alla Regione Marche, PF Prevenzione e promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro ove vengono aggregati per il successivo invio al Ministero della Salute. I dati di copertura vaccinale calcolati al 31/12 di ogni anno sono disponibili nel maggio dell'anno successivo. Fino a quando non sarà operativo un sistema di anagrafe regionale vaccinale informatizzato non sarà possibile poter fruire di dati in tempo reale.





seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>28A</b>
--------------------

**ANAGRAFE VACCINALE PER LE MARCHE – N. 8.1****Breve descrizione dell'Intervento programmato:****Razionale dell'Intervento:**

L'implementazione di un'anagrafe vaccinale informatizzata è stata per la prima volta identificata come priorità per i sistemi vaccinali regionali nel 2003, dal primo Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. I successivi piani nazionali hanno confermato la necessità di attivare e utilizzare questi registri informatizzati. Nel 2007, nell'ambito del progetto "MATTONI" finanziato dal Ministero della Salute, un gruppo di lavoro interregionale ha definito il minimum data set che avrebbe dovuto caratterizzare le anagrafi vaccinali informatizzate locali, al fine di garantire il possibile sviluppo di un flusso informativo nazionale in grado di aggregare i dati di tutte le regioni italiane.

Un sistema di registrazione informatizzata dei dati vaccinali è essenziale per varie ragioni. Permette agli operatori dei Servizi deputati di valutare la storia vaccinale di qualsiasi individuo faccia parte della popolazione di riferimento, consente di generare inviti, reminder, produrre reportistica sui dati di copertura vaccinale, che possono essere usati per valutare l'andamento dei programmi di immunizzazione o che possono essere usati per adempiere al debito informativo che le Regioni hanno con il livello centrale.

Attualmente i Servizi vaccinali delle Marche stanno usufruendo solo parzialmente del sistema informativo prodotto per la gestione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione, della Medicina Legale e degli Screening oncologici. La disomogeneità dello stato dell'informatizzazione di partenza e l'assenza di un'anagrafe regionale aggiornata in tempo reale hanno reso problematico l'avvio del percorso di informatizzazione. Nei primi mesi del 2015 la questione dell'anagrafe unica regionale è stata risolta, mentre per il pieno funzionamento del Sistema informativo suddetto si è reso necessario l'espletamento di una gara d'appalto per aggiudicare i servizi di manutenzione necessari.

L'attuazione della completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali nella regione Marche e la contestuale possibilità di realizzare un'anagrafe vaccinale informatizzata regionale unica è stato identificato come obiettivo prioritario per il miglioramento qualitativo del servizio vaccinale regionale già nel periodo 2005-2007, secondo le indicazioni dell'allora vigente Piano Nazionale della Prevenzione. Tutti i documenti programmatori regionali hanno successivamente confermato come prioritario l'impegno per il raggiungimento di tale obiettivo. Nei fatti l'obiettivo non è ancora stato raggiunto.

**Obiettivo Centrale**

9.6 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con le altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti).

**Obiettivo Specifico**

Realizzazione e utilizzo dell'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata.

L'obiettivo ragionevolmente raggiungibile nell'arco del periodo di vigenza del presente Piano è quello di avere dati di copertura vaccinale a livello regionale per tutte le vaccinazioni del calendario regionale, utilizzando esclusivamente la gestione e la trasmissione di dati elettronici (dai SISP alla Regione). L'obiettivo è quello di avere la possibilità di interrogare il sistema per monitorare i dati di copertura vaccinale al bisogno, in maniera completa, accurata e puntuale.



seduta del
<b>15 LUG 2015</b>
delibera
<b>540</b>

pag.
<b>282</b>

**Attori e portatori di interesse**

Servizi Igiene e Sanità Pubblica dell'ASUR Marche; Agenzia Regionale Sanitaria; ASUR Marche; Coordinatore tecnico per l'implementazione del sistema informativo regionale ASUR per la gestione delle attività vaccinali; Azienda firmataria del contratto di manutenzione del Sistema Informativo per il Dipartimento di Prevenzione.

**Beneficiari**

Servizi Igiene e Sanità Pubblica e ARS Marche, PF Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro. Ministero della Salute.

**Fasi di Articolazione**

- Pianificazione delle attività relative al nuovo contratto di manutenzione del Sistema informativo attraverso il PES (Piano Esecuzione Servizio) a cura delle aziende aggiudicatario.
- Identificazione referenti AA.VV. ASUR (Operatori sanitari dei Servizi Vaccinali) per il confronto e la collaborazione necessari
- Valutazione e accettazione del PES e elaborazione di un cronoprogramma condiviso tra i vari portatori d'interesse, coerente con i seguenti risultati attesi:
  - o entro il 2017 realizzazione della fase di gestione dei dati a livello locale, della gestione delle attività vaccinali, della gestione degli inviti e delle statistiche, nonché il recupero dei dati storici su tutta la Regione.
  - o Entro il 2018 consentire la lettura, l'analisi e l'utilizzo dei dati a livello regionale.
- Inizio delle attività di manutenzione per il Sistema Informativo che, per l'anagrafe vaccinale, consiste nella essenziale ricomposizione, verifica, normalizzazione e pulizia dei dati, costruzione dei file di trasporto e import nel sistema, per tutti i Servizi vaccinali regionali.
- Controllo e verifica dei dati da parte degli operatori dei Servizi vaccinali.
- Sperimentazione in almeno un'area vasta ASUR nell'immediata attuazione delle attività di manutenzione
- Messa a regime in tutta la Regione entro la fine del presente PRP.

**Criticità**

Da molti anni la questione "anagrafe vaccinale informatizzata regionale" è stata posta come priorità regionale. Nonostante ciò il processo di informatizzazione non è ancora stato completato. L'ASUR ha recentemente espletato una gara d'appalto per la manutenzione del Sistema informativo per il Dipartimento di Prevenzione.

Il completamento dell'informatizzazione delle anagrafi vaccinali passa per una necessaria scelta di priorità che dovrà essere operata dall'ASUR. Tutte le difficoltà tecniche emerse nel corso degli ultimi anni, principalmente imputabili ai sistemi anagrafici utilizzati per alimentare il software gestionale, sono in fase di risoluzione per via dell'attivazione di ARCA (anagrafe unica regionale).

**Indicatore di Obiettivo Centrale**

9.6.1 Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata.

Valore Baseline regionale: al momento attuale la Regione Marche non può contare su un'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata. In tutta la Regione è stato adottato un unico software



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

283 pag.
----------

gestionale ma la gestione territoriale dei dati è al momento eterogenea e i dati individuali non sono accessibili a livello regionale/ASUR.

Standard di riferimento regionale: 100% della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata.

**Indicatori di processo**

- Definizione: estensione utilizzo anagrafe vaccinale
- Fonte: ASUR Marche
- Tipologia: quantitativo
- Valore baseline: 0%



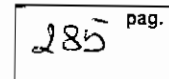
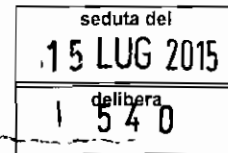
seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

284 pag.

Tabella linea intervento n. 8 - 1 - ANAGRAFE VACCINALE PER LE MARCHE

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di intervento	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/line	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni /malattie infettive prioritarie	9.6 Completare l'informalizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con le altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residenti/assistiti)	9.6.1 Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	Quantitativo	0%	100%	8.1 Informatizzare l'anagrafe vaccinale della Regione Marche	ANAGRAFE VACCINALE PER LE MARCHE	Estensione utilizzo anagrafe vaccinale	20% (1 AV Asur)	50% (3 AA.VV. Asur)	100% (Tutte le AA.VV. Asur)	Asur Marche

Y



## 8 - 2: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL SISTEMA VACCINALE NELLE MARCHE -

### Breve descrizione dell'intervento programmato

#### Razionale dell'intervento

Tra gli obiettivi relativi al sistema vaccinale regionale, riportati nel paragrafo "razionale e descrizione del programma", sono già stati identificati obiettivi generali e relativi percorsi operativi, tutti espressamente finalizzati, direttamente o indirettamente, al miglioramento della qualità organizzativa e professionale dei percorsi delle vaccinazioni.

Nel 2003 con il Decreto del Dirigente del Servizio Sanità Pubblica 30 giugno 2003 n. 27 sono state pubblicate le "Linee guida per l'effettuazione delle vaccinazioni nelle Marche" (LG 2003) che fornivano in dettaglio una serie di indicazioni rivolte agli operatori di sanità pubblica sulle procedure per l'effettuazione delle vaccinazioni, definendo standard qualitativi di riferimento e uniformando la pratica vaccinale, spesso molto disomogenea sul territorio regionale. Con la successiva DGR 17 novembre 2006 n. 1329 "Linee guida metodologiche per la razionalizzazione e il miglioramento qualitativo dei servizi di vaccinazione nelle Marche" si è fatto espressamente riferimento al miglioramento qualitativo del servizio vaccinale offerto ed è stato dato mandato alle allora Zone Territoriali dell'ASUR di elaborare un piano zonale di razionalizzazione e di adeguamento dei centri vaccinali e all'ASUR di coordinare approvare e vigilare sulla sua realizzazione.

A distanza di oltre 10 anni dalle attività messe in campo per l'espresso miglioramento della qualità vaccinale si ritiene necessario ripercorrere la stessa strada già proposta nel periodo 2003-2006, aggiornando le LG 2003 e prevedendo, in stretta collaborazione con l'ASUR, un monitoraggio del livello di qualità raggiunto nel tempo e una valutazione del percorso qualitativo intrapreso dai Servizi vaccinali locali.

Nella revisione dei requisiti qualitativi molti sono i requisiti minimi essenziali che possono incidere nell'adesione consapevole della popolazione generale alla pratica vaccinale, a titolo esemplificativo si riportano i seguenti:

- **Requisiti organizzativi**
  - Garantire formazione, aggiornamento continuo, capacità tecnica e di relazione con il pubblico, comunicazione nel personale;
  - I livelli di competenza e responsabilità devono essere chiari agli operatori e resi espliciti alla popolazione anche attraverso l'implementazione dell'utilizzo della carta dei servizi del Dipartimento di Prevenzione;
  - Deve essere prevista una procedura d'invito e una procedura di gestione degli inadempienti e del dissenso;
  - Deve essere prevista una procedura di verifica della "customer satisfaction" per verificare il livello di gradimento del servizio offerto e per poter intervenire sugli elementi di criticità che emergono.
- **Requisiti strutturali**
  - Gli ambulatori vaccinali devono tener conto del bacino d'utenza e delle esigenze dei cittadini allo scopo di garantire la massima accessibilità;
  - Le caratteristiche architettoniche dei centri ed ambulatori vaccinali dovranno rispettare i requisiti di legge; in particolare devono essere immediatamente accessibili ed usufruibili, privi di barriere di alcun genere per l'accesso;
  - Presenza di spazi idonei per il colloquio con gli utenti e i familiari.



Il percorso di revisione delle LG 2003, sarà condiviso e costruito attraverso attività di scrittura collaborativa; consentirà di confrontare le procedure vaccinali dei Servizi territoriali per uniformarle ai migliori standard di qualità. A tal fine saranno organizzate delle Site visit territoriali per il confronto tra pari sulle procedure adottate e il miglioramento degli strumenti operativi per la pratica vaccinale (lettere di invito, documentazione informativa per i genitori, modalità di registrazione delle vaccinazioni, percorso del dissenso informato, modalità di colloquio), occasioni utili ad evidenziare le più significative criticità e le buone pratiche da diffondere.

**Obiettivo Centrale**

9.7 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole della 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).

**Obiettivo Specifico**

Promuovere l'adesione consapevole della popolazione generale alla prevenzione vaccinale attraverso il miglioramento qualitativo dell'offerta vaccinale.

**Attori e portatori di interesse**

Servizi Igiene e Sanità Pubblica dell'ASUR Marche; Agenzia Regionale Sanitaria, PF Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro; Gruppo Tecnico Vaccini e Strategie di Vaccinazione Regione Marche; ASUR Marche.

**Beneficiari**

Servizi Igiene e Sanità Pubblica ASUR Marche, ARS Marche PF Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro, ASUR Marche e indirettamente la popolazione generale per l'atteso innalzamento delle coperture vaccinali che potrà conseguire ad un miglioramento complessivo della qualità del sistema vaccinale regionale.

**Fasi di Articolazione**

- Definizione delle modalità organizzative per la elaborazione delle nuove LG
- Analisi delle criticità regionali e della vaccine hesitancy
- Elaborazione delle LG con modalità collaborativa
- Formale recepimento delle LG
- Monitoraggio dell'applicazione delle LG e valutazione del percorso di miglioramento della qualità.

**Criticità**

Nel contesto operativo attuale una delle principali criticità è rappresentata dalla scarsità delle risorse umane attualmente assegnate ai Servizi vaccinali in relazione al volume di attività erogate e alla possibilità che il futuro Piano Nazionale Vaccini possa decretare l'introduzione nel calendario vaccinale di nuovi vaccini.

**Indicatore di Obiettivo Centrale**

9.7.2 Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti

Valore Baseline regionale: tutti i valori di copertura previsti dal PNPV 2014-2018 sono riportati nella tabella 8.2.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>1 540</b>

287 pag.
----------

Standard di riferimento regionale: sono gli standard definiti dal PNPV 2014-2018, anch'essi riportati nella tabella 8.2.

**Indicatori di processo**

- Definizione: Site visit effettuate
- Fonte: ARS Marche PF Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro
- Tipologia: quantitativo
- Valore baseline: 0%
  
- Definizione: Revisione Linee Guida 2003: (1) attivazione modalità di stesura collaborativa; (2) formalizzazione LG revisionate; (3) attuazione monitoraggio recepimento LG revisionate
- Fonte: ARS Marche PF Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro
- Tipologia: qualitativo
- Valore baseline: Non rilevato



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

288 pag.

Tabella linea intervento 8.2.1 - MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL SISTEMA VACCINALE NELLE MARCHE

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di intervento	Indicatori di processo				
		Nome Indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base line	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni infettive prioritarie	9.7 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole della 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	9.7.2 Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV a tasso di rifiuto	Quantitativo	Vedi tabella 8.2	Vedi tabella 8.2	8.2 Aumentare la copertura vaccinale nella popolazione generale	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL SISTEMA VACCINALE NELLE MARCHE	Site visit effettuate	30 % servizi vaccinali visitati	70 % servizi vaccinali visitati	100% servizi vaccinali visitati	Regione Marche e ASUR Marche
								Revisione Linee Guide 2003	Attivazione modalità di stesura collaborativa	LG formalizzate	Monitoraggio applicazione LG	Regione Marche





seduta del 15 LUG 2015
delibera 1540

pag. 289
-------------

### 8 - 3: INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO PER IL MIGLIORAMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI NEI GRUPPI A RISCHIO

Breve descrizione dell'Intervento programmato:

Razionale dell'Intervento:

La recente DGR 316/2015 ha confermato le indicazioni della DGR 480/2013, dedicando spazio alle modalità auspicabili di integrazione tra Prevenzione e Ospedale. È riconosciuto infatti all'Ospedale un ruolo di fondamentale importanza in tema di informazione, comunicazione e promozione delle vaccinazioni nella popolazione a rischio, proprio per la tipologia del rapporto che si instaura tra paziente e specialista ospedaliero, durante il ricovero ma anche in occasione di altre tipologie di accessi: day-hospital, controllo ambulatoriale, esami strumentali ecc. Le categorie a rischio, per patologia o per condizione lavorativa (es. operatori sanitari), sono riportate nella DGR 316/2015.

Attualmente le coperture vaccinali (sempre stimate, per la difficoltà di definire i denominatori) in questi gruppi di popolazione sono modeste. I motivi alla base di tale criticità sembrano risultare l'oggettiva difficoltà di raggiungere questi gruppi e di identificare i soggetti che debbano fare profilassi, nonché la sovrapposizione delle figure professionali coinvolte nella gestione dei pazienti con patologie croniche.

È auspicabile, dunque, che vengano definite indicazioni regionali operative, finalizzate a definire le modalità di raggiungimento delle categorie a rischio al fine di:

- rendere il ricovero ospedaliero un momento non soltanto terapeutico ma anche preventivo, attraverso una concreta integrazione tra Dipartimento di Prevenzione e Reparti di Degenza per il raggiungimento delle categorie a rischio con appropriato intervento vaccinale in loco o secondo modalità programmate;
- estendere tali modalità di integrazione anche alla Medicina del Territorio (MMG/PLS) favorendo una pari capacità di raggiungimento delle categorie a rischio con appropriato intervento vaccinale secondo modalità programmate.

È altrettanto necessario sensibilizzare i principali portatori di interesse alla promozione di momenti di formazione delle professioni sanitarie circa le potenzialità delle vaccinazioni per le categorie a rischio.

Per la vaccinazione contro il morbillo il vigente Piano di eradicazione (PNEMoRc 2010-2015) prevede la possibilità che siano organizzate iniziative supplementari di immunizzazione (SIA) per il raggiungimento delle cosiddette popolazioni "difficili da raggiungere" (hard to reach).

#### Obiettivo Centrale

9.7 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole della 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).

#### Obiettivo Specifico

Proteggere i gruppi a rischio attraverso la prevenzione vaccinale.

#### Attori e portatori di interesse

Aziende del Servizio Sanitario Regionale; Servizi Igiene e Sanità Pubblica dell'ASUR Marche; Agenzia Regionale Sanitaria, PF Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>290</b>
--------------------

lavoro; Gruppo Tecnico Vaccini e Strategie di Vaccinazione Regione Marche. Sezioni regionali di AMCP, CARD, FADOI, FIMP, SIMG, SItI e ulteriori eventuali associazioni possano essere interessate alle finalità previste dalla linea d'intervento.

**Beneficiari**

Popolazione facente parte dei gruppi a rischio per patologia o impiego professionale (operatori sanitari).

**Fasi di Articolazione**

- Inquadramento epidemiologico del problema con indicazioni regionali per la stima dei denominatori (popolazione target)
- Stesura delle indicazioni operative per la protezione delle categorie a rischio secondo le indicazioni della DGR 316/2015 a cura del Gruppo Tecnico regionale Vaccini e Strategie di Vaccinazione.
- Monitoraggio dell'attuazione delle indicazioni regionali con reportistica annuale.
- Valutazione preliminare relativa alla necessità di SIA in gruppi a rischio, con particolare riferimento alle attività previste nel contesto del PNEMoRc 2010-2015 ed eventuale attivazione di SIA anche a livello locale.

**Criticità**

Un percorso di studio per l'elaborazione di indicazioni regionali sul raggiungimento dei gruppi a rischio è già cominciato nel corso del biennio 2013-2014, anche alla luce di interessanti documenti tecnici prodotti da operatori sanitari sul territorio regionale, come ad esempio il documento di consenso "Offerta attiva di vaccinazione antipneumococcica nei soggetti a rischio della regione Marche" elaborato a fine 2013 da clinici ed igienisti con la collaborazione di AMCP, CARD, FADOI, FIMP, SIMG, SItI. Si tratta comunque di un percorso operativo che viene strutturato per la prima volta nelle Marche; mancano pertanto esperienze regionali pregresse che possano aiutare a prevedere le criticità nell'attuazione delle attività previste.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

9.7.1 Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia / status (copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni affette da almeno una patologia cronica - Fonte: PASSI.

Valore Baseline regionale: 28,7%

Standard di riferimento regionale: 40,2 %

**Indicatori di processo**

- Definizione: elaborazione documento tecnico per il raggiungimento dei gruppi a rischio
- Fonte: Regione Marche
- Tipologia: qualitativo
- Valore baseline: i lavori sul documento tecnico sono cominciati nel 2014 a cura del Gruppo tecnico regionale Vaccini e Strategie di vaccinazione. Il documento tecnico deve ancora essere elaborato (NR).



seduta del
<b>15 LUG 2015</b>
delibera
<b>540</b>

291	pag.
-----	------

- Definizione: Stima categorie a rischio per influenza. Percentuale di Servizi vaccinali che inviano i dati relativi alla campagna antinfluenzale stagionale segnalando la numerosità delle categorie a rischio sul totale dei Servizi vaccinali.
- Fonte: Regione Marche e ASUR Marche
- Tipologia: quantitativo
- Valore baseline: NR
  
- Definizione: Valutazione attivazione SIA (iniziative supplementari di immunizzazione)
- Fonte: Regione Marche e ASUR Marche
- Tipologia: qualitativo
- Valore baseline: NR



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
292

Tabella riepilogativa n. 8.3.1 - INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO PER IL MIGLIORAMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI NEI GRUPPI A RISCHIO

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo				
		Nome Indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome Indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni /malattie infettive prioritarie	9.7 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole della 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)	9.7.1 Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia / status	Quantitativo	28,7%	40% (+20% rispetto al valore di baseline)	8.3 Aumentare la copertura vaccinate nei gruppi a rischio	INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO PER IL MIGLIORAMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI NEI GRUPPI A RISCHIO	elaborazione documento tecnico	SI, entro l'anno	NP	NP	Regione Marche
								Stima categoria a rischio per influenza	>30%	> 60%	100%	Regione Marche
								Valutazione attivazione GIA	NR	Valutazione	Attivazione di almeno una GIA	Regione Marche e ASUR Marche



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>1 540</b>

pag. <b>293</b>
--------------------

**8 – 4: COMUNICARE IN UN SISTEMA VACCINALE MATURO – N. 8.4**

Breve descrizione dell'intervento programmato:

**Razionale dell'intervento:**

Affermare gli innegabili benefici delle vaccinazioni non è più così semplice o scontato come può essere stato solo qualche anno fa. Mai come in questo recente periodo l'utilità dei vaccini è stata messa in dubbio dalla popolazione generale che attualmente, più che in passato, pone interesse sugli aspetti collegati alla sicurezza dei vaccini rispetto a quelli relativi all'efficacia degli stessi. E al momento attuale, considerato che il risultato delle attività vaccinali è invisibile agli occhi delle persone, perché esita in assenza di fenomeni (morbilità e mortalità per malattie infettive), è "normale" che gran parte della popolazione generale, specialmente le più giovani generazioni, dimentichi i benefici delle vaccinazioni ma allo stesso tempo dia peso e rilevanza a eventi avversi estremamente rari. Per questo appare necessario porre attenzione e risorse sul versante comunicativo delle vaccinazioni.

Come anticipato nella descrizione introduttiva dell'intero programma tra gli obiettivi da raggiungere per poter vantare un sistema vaccinale maturo vi sono obiettivi comunicativi orientati alla popolazione generale da un lato, affinché possa essere diffusa la cultura della prevenzione, e orientati agli operatori sanitari dall'altro, affinché possano essere utili ed efficaci moltiplicatori delle attività preventive vaccinali.

Per quanto sommariamente già descritto la comunicazione in ambito vaccinale risulta essere un campo d'intervento complesso che deve rispondere a molteplici bisogni comunicativi con differenti modalità:

- tra gli operatori sanitari deve essere esercitata una rigorosa azione di advocacy;
- devono essere implementate attività comunicative in fase pre-natale, quando la componente di outrage è meno marcata perché l'atto vaccinale è ancora distante;
- deve essere posta estrema attenzione agli aspetti comunicativi all'atto della seduta vaccinale, per rassicurare l'utente e al contempo informarlo in maniera corretta;
- sono sempre più necessarie e impegnative, per il crescente numero di richieste di colloquio, le attività di counselling vaccinale con i genitori esitanti o dissenzienti nel percorso di acquisizione del dissenso informato;
- è sempre più opportuna la partecipazione ad incontri pubblici che potrebbero da un lato essere organizzati dalle istituzioni sanitarie e dall'altro essere organizzati da singoli cittadini, associazioni, gruppi di individui, non di rado attivisti antivaccinali. Sono ovviamente necessarie buone capacità di public speaking e di gestione del conflitto;
- sono necessarie azioni comunicative specifiche in caso di evento correlato ad un vaccino (VRE – vaccine related event) quali possono essere: eventi avversi a vaccino, aneddoti o opinioni pubblicate sui media, la sospensione temporanea o il ritiro dal commercio di un vaccino, ect;
- azioni comunicative specifiche sono necessarie in corso di epidemia di origine infettiva. E possono andare dalla risk communication, all'outrage management a seconda del contesto specifico;
- non sono più procrastinabili azioni di comunicazione effettuate attraverso il web e i social media che grande parte hanno nel percorso decisionale dei genitori;
- in alcuni casi è indispensabile accondiscendere a richieste di intervista radiofonica o televisiva che necessitano di competenze comunicative e formazione specifica;



- sarà sempre più necessario attivarsi per mobilitare il sostegno di qualsiasi individuo o gruppo organizzato che sostenga direttamente o indirettamente le vaccinazioni.

Per la migliore gestione possibile di questi molteplici aspetti comunicativi si ritiene fondamentale una attività di pianificazione regionale che possa inquadrare i bisogni comunicativi suddetti, definendo obiettivi, popolazione target, messaggi, strategie, azioni di valutazione.

Molte delle attività comunicative necessarie saranno implementate attraverso le azioni previste da due specifici progetti CCM (fondi 2014), per i quali la Regione Marche è stata scelta come Regione partner. In sintesi le attività previste dai CCM 2014 che interesseranno direttamente le Marche sono le seguenti:

- collaborazione nella produzione di toolkit per la comunicazione (revisione del miglior materiale già disponibile, organizzazione/partecipazione a focus group, analisi qualitativa degli elementi di consenso);
- amplificazione mediatica per la diffusione dei prodotti comunicativi;
- collaborazione alla implementazione di materiali in formato wiki;
- creazione di un portale internet regionale "VaccinarSi nelle Marche" per rendere disponibili dati, notizie, informazioni di carattere regionale;
- creazione di una rete intranet (area riservata) per facilitare lo scambio di informazioni e la diffusione di informazione specialistica, didattica e formativa;
- costituzione di un polo di scuole che promuova attività di diffusione e consolidamento del pensiero scientifico nelle giovani generazioni.

#### **Obiettivo Centrale**

9.8 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione.

#### **Obiettivo/i Specifico/i**

Promuovere la più corretta e diffusa informazione in ambito vaccinale sul territorio della Regione Marche.

#### **Attori e portatori di interesse**

Aziende del Servizio Sanitario regionale; Asur Marche; ARS Marche; Servizi Igiene e Sanità Pubblica ASUR Marche.

#### **Beneficiari**

Popolazione generale; operatori sanitari.

#### **Fasi di Articolazione**

- Elaborazione di un Piano di comunicazione regionale condiviso a cura di ARS Marche e ASUR Marche che preveda azioni tra cui:
  - o realizzazione di 30 moduli formativi complessivi per l'aggiornamento dei professionisti sanitari di tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale al fine di diffondere più efficacemente la cultura della prevenzione vaccinale
  - o diffusione di buone pratiche comunicative organizzate dai Servizi vaccinali, come ad esempio l'inserimento di lezioni informative nell'ambito degli incontri di preparazione alla nascita, in accordo con i Distretti sanitari e i locali Consultori;
  - o organizzazione di incontri pubblici con la popolazione generale in tutti i distretti entro il 2018
- implementazione delle attività previste dal piano di comunicazione;
- attuazione delle attività comunicative previste dai progetti CCM 2014



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

295 pag.
----------

**Criticità**

La principale criticità è da rilevare nel fatto che con questo piano regionale della prevenzione per la prima volta si programma la realizzazione di un piano di comunicazione a sostegno della pratica vaccinale.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

9.8.1 Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla 'evidence' per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole.

Valore Baseline regionale: NR

Standard di riferimento regionale: programma di comunicazione basato sulla 'evidence' per la gestione della corretta informazione sui vaccini in atto

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Piano di comunicazione
- o Fonte: ARS Marche e ASUR Marche
- o Tipologia: qualitativo
- o Valore baseline: NR
  
- o Definizione: realizzazione moduli formativi
- o Fonte: Aziende del Servizio Sanitario Regionale
- o Tipologia: quantitativo
- o Valore baseline: NR
  
- o Definizione: incontri pubblici
- o Fonte: ARS Marche e ASUR Marche
- o Tipologia: quantitativo
- o Valore baseline: 20-25% (3 su 13 servizi vaccinali nel corso del 2015)
  
- o Definizione: VaccinarSi Marche
- o Fonte: ARS Marche
- o Tipologia: qualitativo
- o Valore baseline: Si



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

296 pag.

Tabella linea intervento 8 - 4: COMUNICARE IN UN SISTEMA VACCINALE MATURO

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo					
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte	
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni/amalatie infettive prioritarie	9.8 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	9.8.1 Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini al fine della adesione consapevole	Qualitativo	Non esistente	Programma di comunicazione esistente	Contrastare la disinformazione in ambito vaccinale	COMUNICARE IN UN SISTEMA VACCINALE MATURO	Elaborazione Piano comunicazione e redatto	Piano comunicazione e redatto	NP	NP	NP	Regione Marche e ASUR Marche
								Realizzazione moduli formativi	50%	75%	100%	Aziende del SSR e Regione Marche	
								Incontri pubblici	Realizzati complessivamente in 60% territori di servizi vaccinali	Realizzati complessivamente in 100% territori di servizi vaccinali	NR	Regione Marche e ASUR Marche	
								Publicazione e aggiornamento del sito "VaccinarSI Marche"	publicazione	aggiornamento	aggiornamento	Regione Marche	





**PROGRAMMA N. 9 - PREPARAZIONE E RISPOSTA DELLA SANITA' PUBBLICA ALLE EMERGENZE.**

**Macroobiettivi a cui il programma dà risposta e relativi Obiettivi centrali:**

MACRO OBIETTIVO 9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

MACRO OBIETTIVO 10. Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria (PNI)

**Tabella riepilogativa n. 9.1**

Titolo del Programma	Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
PREPARAZIONE E RISPOSTA DELLA SANITA' PUBBLICA ALLE EMERGENZE	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie  Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria (PNI)	Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive	Adottare un piano regionale di risposta alle emergenze infettive
		Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari	Predisporre piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari
			Svolgere almeno un evento esercitativo di scala regionale in simulazione di un'emergenza riguardante la sicurezza alimentare con alto livello di integrazione tra Enti e Istituzioni
			Svolgere almeno un evento esercitativo di scala regionale recante la simulazione di una gestione di un'emergenza riguardante una malattia animale

**Razionale e descrizione del programma:**

In Italia, la preparazione della Sanità Pubblica alle Emergenze (Public Health Emergency Preparedness), la gestione delle emergenze e le relative azioni di risposta è principale responsabilità del Ministero della Salute, attraverso il CCM, di concerto con le Regioni/P.A., l'ISS e gli altri istituti tecnico-scientifici nazionali (DM 18 Settembre 2008 Art 1 comma 1).

In base al nuovo regolamento sanitario internazionale (IHR), l'Italia deve essere in grado di identificare precocemente eventuali rischi per la salute pubblica di rilevanza internazionale e agire tempestivamente. Nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, è ben sottolineata la necessità di sostenere la preparazione per affrontare le emergenze (preparedness), che è posta come obiettivo prioritario nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive trasmissibili.

Nelle Marche l'attenzione alla preparedness è stata posta quando la minaccia di un'estesa epidemia di SARS, nel 2003, ha determinato la necessità di studiare un modello organizzativo strutturato per la gestione di eventi emergenziali per la salute pubblica.

Mediante DPGR 310 del 5/8/2003, fu inizialmente costituito il "Nucleo Operativo Regionale per i problemi connessi con le malattie ad alta infettività e per il controllo della SARS". Questa prima esperienza portò nel 2004 alla costituzione del GORES, "Gruppo Operativo Regionale Emergenze Sanitarie" (DPGR 49 del 17/2/2004), la cui composizione e le cui funzioni sono state recentemente revisionate (DPGR 60/PRES del 27/3/2012). Il GORES è un Gruppo di operatori rappresentanti del Servizio Salute regionale e del Dipartimento regionale della Protezione Civile ai quali si uniscono operatori esperti provenienti dal territorio, già identificati per le funzioni principali (Rischi NBCR,



Comunicazione, etc.) o da identificare di volta in volta, sulla base della natura dell'emergenza da affrontare. Simbolicamente, ma anche per le oggettive facilitazioni che ciò comporta, il GORES e i vari sottogruppi tematici, hanno avuto e mantengono ad oggi la loro sede formale presso la Sala Operativa Unificata Permanente di Protezione civile (SOUP) che opera H24.

Facendo seguito alla pubblicazione del Piano Pandemico Nazionale, approvato nel 2006, la Regione Marche con DPGR 30 del 13/2/2006, ha costituito il "Comitato Pandemico Regionale (CPR)", come sottogruppo tematico del GORES, con il mandato di "progettare e coordinare le attività previste dal Piano Pandemico Nazionale nel territorio regionale".

Nel novembre 2007 è stato approvato il "Piano Pandemico Regionale - Linee Guida", strumento operativo per guidare, passo per passo, l'organizzazione delle azioni di preparazione. Il momento centrale del percorso è risultato essere la formalizzazione ed attivazione dei Comitati Pandemici Zonali/Aziendali. È stato successivamente elaborato lo "Schema per la redazione dei piani pandemici locali", approvato con conferenza di consenso il 2 febbraio 2009. In concomitanza con la dichiarazione OMS del giugno 2009 di "pandemia in fase 6", tutti i Piani Pandemici Locali/Aziendali erano stati redatti.

Gli eventi caratterizzanti la pandemia influenzale da virus A/H1N1 sono stati il banco di prova del sistema integrato di risposta.

Il peculiare punto di forza del sistema marchigiano è risultato dall'attivazione di un modello organizzativo "misto" che applica l'approccio alle emergenze della protezione civile, alla organizzazione del SSR. In questo modello i Dipartimenti di Prevenzione hanno avuto il compito di coordinare la struttura di governo di ciascuna unità di territorio zonale (il Comitato Pandemico Zonale). Altri sottogruppi del CPR hanno presidiato linee d'intervento differenti. Sul versante regionale la stretta collaborazione tra Servizio Salute e Dipartimento per le Politiche integrate di Sicurezza e per la Protezione Civile ha facilitato, tra l'altro, l'elaborazione di un piano di comunicazione regionale e la successiva attuazione e l'elaborazione e l'attuazione delle procedure per l'individuazione, l'allestimento e la funzionalità di idonei centri di vaccinazione di massa.

L'articolo 13 del regolamento (CE) n. 882/2004 prescrive l'obbligo per gli stati membri di elaborare piani operativi di emergenza in cui si stabiliscano le misure da attuarsi senza indugio allorché risulti che mangimi o alimenti presentino un serio rischio per gli esseri umani o gli animali, direttamente o tramite l'ambiente.

L'intesa stato-regioni n.6/CSR del 24 gennaio 2008, recepita con DGRM 1803/2008, prevede l'insediamento dell'Unità di crisi comunitaria e l'attuazione del "Piano di emergenza per la sicurezza degli alimenti e dei mangimi" nei seguenti casi:

- situazioni che implicano seri rischi, diretti o indiretti, per la salute umana e/o percepiti o divulgati come tali;
- diffusione o possibile diffusione del rischio attraverso una parte considerevole della catena alimentare;
- potenziale ampiezza del rischio per più stati membri o Paesi terzi."

Per la gestione delle emergenze epidemiche del settore veterinario la Regione Marche, nel 2007, ha adottato il Decreto del Presidente della Giunta Regionale N. 182 del 12/12/2007 "Misure sanitarie per eventuali emergenze epidemiche delle popolazioni animali: piani integrati di intervento". Anche in questi casi il GORES è la struttura funzionale che si attiva per la programmazione degli interventi ed il necessario coordinamento del sistema sanitario regionale degli Enti locali, l'IZS-UM, l'ARPAM, e le forze di polizia territoriali attraverso la Sala Operativa Unica di Protezione civile (SOUP).

Come sottolineato nel PNP 2014-2018 negli ultimi anni tra le patologie "emergenti" sono apparsi patogeni zoonotici (West Nile, Influenza aviaria, Chikungunya) che hanno impegnato risorse per impostare in modo tempestivo piani integrati di sorveglianza e in questi momenti la preparedness è un insieme di competenze e responsabilità importanti che vanno migliorate, potenziate, diffuse.

Per questo nei prossimi anni nella regione Marche dovrà essere garantito un percorso di miglioramento delle attività di preparedness che passi attraverso l'acquisizione di specifici protocolli integrati e che si rafforzi attraverso attività esercitative, utili a migliorare il sistema in tempo di pace.



**Contrasto alle disuguaglianze:**

In fase di risposta il sistema regionale di protezione civile si avvale di percorsi già tracciati, che vanno a sostenere interventi specifici in relazione, ad esempio, alle persone con disabilità. Ma non sempre la preparazione di percorsi potenzialmente funzionanti è puntualmente garantita. Molto deve essere fatto in sede di preparazione affinché in fase di risposta alle emergenze gli interventi siano realmente efficaci e tempestivi.

In primo luogo devono essere garantiti gli sforzi per una diffusione capillare della cultura della *preparedness*. La risposta della sanità pubblica alle emergenze comincia in fase di pianificazione e il coinvolgimento della popolazione generale già in questa fase è una via difficile da percorrere ma necessaria se si vogliono sostenere attività di reale empowerment dei cittadini. Contrasto alle disuguaglianze in questo senso potrà essere opportunamente promosso qualora si tenga in opportuno conto del divario culturale e delle difficoltà linguistiche della popolazione straniera presente sul territorio regionale.

**Evidence:**

Dal 2004, anno di costituzione del GORES, le emergenze alle quali il Gruppo ha dato positiva risposta con azioni integrate sono state:

- 2006 - Emergenza aviaria con costituzione dell'UCRIA (Unità Crisi Regionale per l'Influenza Aviaria, DPGR n 30/PRES 13.02.06);
- 2007 - Malattia Vesicolare del Suino in un allevamento marchigiano. Misure sanitarie per eventuali emergenze epidemiche delle popolazioni animali: piani integrati di intervento (DPGRM n.182 del 12.12.2007);
- 2006-2009 - Preparazione alla pandemia influenzale con costituzione del Comitato Pandemico Regionale - CPR (DPGR n 30/PRES 13.02.06);
- 2009-2010 - Risposta alla pandemia influenzale da virus influenzale A/H1N1-2009;
- 2011 - Emergenza migranti del nord-Africa;
- 2011 - Caso di West Nile Disease in Ancona;
- 2013 Supporto alla Regione Emilia Romagna nel 2013 per emergenza virus influenzale A/H7 con attivazione del sistema regionale Marche di risposta alle Emergenze aviarie;
- 2014 - Mare Nostrum;
- 2014-2015, emergenza Ebola in Africa occidentale.

Il modello di risposta regionale ha dimostrato, in ciascuna delle succitate emergenze, affidabilità, versatilità ed efficienza, affermandosi come una buona pratica organizzativa.

**Sostenibilità:**

La tipologia organizzativa prevista dal sistema di preparedness della Regione Marche è stata testata in molte circostanze differenti, dando prova di piena sostenibilità.

Alcune delle attività previste dalle linee d'intervento del presente programma saranno sostenute da uno specifico progetto CCM (fondi 2014) denominato "Gestione e comunicazione di emergenze infettive, zoonosi e tossinfezioni alimentari: sviluppo e valutazione di sorveglianze e procedure attraverso l'esperienza EXPO 2015" (Regione Lombardia) per il quale la Regione Marche è stata identificata tra le Regioni partner. In sintesi si riportano le attività previste per le Marche dal progetto CCM:

- Contributo alla stesura delle procedure operative per la gestione delle emergenze infettive. Test e validazione delle procedure operative.
- Supporto alla revisione della letteratura, delle linee guida prodotte da organismi nazionali e internazionali e di esperienze precedenti con selezione di esperienze utili nel contesto locale e nazionale
- Supporto all'implementazione del pacchetto formativo relativamente ad un percorso di formazione sulla gestione delle emergenze basata sulla metodologia della "Critical Incident Analysis" (revisione fra pari della valutazione e analisi critica della gestione - compiti, tempistica, ruoli e responsabilità - di eventi straordinari).



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
300

**Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione:**

Nell'ambito della veterinaria e sicurezza alimentare ci sono sistemi informativi consolidati che permettono di gestire razionalmente la programmazione ed il monitoraggio delle situazioni di emergenza epidemiche e non e degli eventi straordinari. Il Sistema informativo NSIS -PreMal e altri sistemi di sorveglianza speciale, potrebbero essere utili strumenti alle attività di programmazione, monitoraggio e valutazione.



seduta del
15 LUG 2015
delibera
1540

pag.
301

**PIANIFICARE LA PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE PER LA SALUTE PUBBLICA NELLE MARCHE - N. 9.1**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

**Razionale dell'intervento**

Le attività regionali di pianificazione relative alla funzione di "Preparazione e risposta della Sanità Pubblica alle emergenze" (Preparedness) hanno avuto particolare rilievo nel periodo 2004-2009, periodo che si è aperto con l'istituzione del GORES (vedi rationale e descrizione del programma) e si è evoluto con il completamento delle attività di pianificazione della preparazione e risposta ad un pandemia influenzale.

Il PNP 2014 - 2018 prevede che siano potenziate le funzioni di intelligence per anticipare le possibili situazioni critiche (orientando a questo fine anche la funzione di sorveglianza epidemiologica), che siano preparate procedure e piani per la gestione delle principali tipologie di emergenza di sanità pubblica e che siano formati adeguatamente i professionisti e informati in modo appropriato i cittadini, nell'ambito di attività finalizzate a curare tempestività, coerenza e trasparenza della comunicazione. Il PNP prevede, dunque, che negli anni di vigenza del Piano siano elaborate ed adottate procedure per la gestione delle principali emergenze, articolate su scala centrale, regionale e locale.

**Obiettivo Centrale**

- Predisporre piani nazionali condivisi fra diversi livelli per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive.
- Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari.

**Obiettivi Specifici**

- Adottare un piano regionale di risposta alle emergenze infettive.
- Predisporre piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari in riferimento alla sicurezza alimentare e alle emergenze veterinarie.

**Attori e portatori di interesse**

ARS Marche - PF Prevenzione e promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro; ARS Marche - PF Veterinaria e Sicurezza Alimentare; ASUR Marche; Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASUR; IZZSS; Dipartimento per le politiche integrate di sicurezza e per la protezione civile della Regione Marche; GORES.

**Beneficiari**

Tutti gli attori e portatori d'interesse specifici in prima istanza; la popolazione regionale rappresenta i beneficiari finali della linea d'intervento.

**Fasi di Articolazione**

- Analisi dello stato attuale: valutazione dell'assetto locale di risposta della Sanità Pubblica alle emergenze. Dalla pandemia influenzale 2009-2010, emergenza alla quale si è risposto con un'organizzazione locale, è cambiato l'assetto dell'ASUR, con il passaggio dalle 13 Zone Territoriali alle 5 Aree Vaste. Deve dunque essere rivista l'organizzazione che era stata prevista in risposta alla pandemia influenzale, con un comitato pandemico locale per ciascuna zona territoriale.



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>302</b>
--------------------

- Recepimento dei piani nazionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive attraverso la specifica attivazione del GORES.
- Attuazione delle attività pianificate.

**Criticità**

Lo scenario che si configura è simile a quello vissuto nel periodo 2007-2009 in riferimento alla pianificazione delle azioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale. La riorganizzazione dell'ASUR e il passaggio dalle 13 Zone Territoriali alle 5 Aree Vaste comporta la necessità di valutare gli aspetti organizzativi, con particolare riferimento alla gestione delle risorse umane, fondamentali in ottica di preparedness. Una delle principali criticità rilevabili è relativa alla tempistica delle attività nazionali di pianificazione rispetto alle quali si darà risposta ripercorrendo le modalità organizzative della preparazione alla pandemia influenzale.

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali.

Valore Baseline regionale: In riferimento al Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (Ministero della Salute, 2006) il Piano pandemico regionale è stato approvato nel novembre del 2007. Non sono stati pubblicati ulteriori piani nazionali di risposta ad emergenze infettive.

Standard di riferimento regionale: Recepimento formale dei Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali.

**Indicatori di processo**

- o Definizione: attivazione del GORES e adozione Piano regionale attuativo del Piano nazionale
- o Fonte: Dipartimento per le politiche integrate di sicurezza e per la protezione civile della Regione Marche
- o Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo): qualitativo
- o Valore baseline: NR
  
- o Definizione: attivazione del GORES e adozione piani/protocolli regionali
- o Fonte: Dipartimento per le politiche integrate di sicurezza e per la protezione civile della Regione Marche
- o Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo): qualitativo
- o Valore baseline: NR



seduta del
15 LUG 2015
delibera
1 540

pag.
303

Tabella 9.1.1 - PIANIFICARE LA PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE PER LA SALUTE PUBBLICA NELLE MARCHE

Macroobiettivo	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali					Indicatori di processo						
	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo/qualitativo)	Valore di base/linea	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di intervento	Nome Indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Forte
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni infettive prioritarie	Prediporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive	Esistenza di Piani e protocolli regionali attuati nei piani nazionali	Qualitativo	NR	SI	Adottare un piano regionale di risposta alle emergenze infettive	PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE INFETTIVE NELLE MARCHE	Attivazione specifica del GORES e adozione regionale piano	Attivazione del GORES	Elaborazione Piano	Formalizzazione Piano	Regione Marche
	Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria (PNV)	Prediposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze e/o eventi straordinari	Qualitativo	NR	SI	Prediporre piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze e/o eventi straordinari	PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE INFETTIVE NELLE MARCHE	Attivazione specifica del GORES e predisposizione piani operativi	Attivazione del GORES	Elaborazione Piano operativo	Formalizzazione Piano operativo	Regione Marche

Programma n. 9 - Preparazione e risposta della sanità pubblica alle emergenze. pag. 7



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>306</b>
--------------------

**ESERCITARSI ALLE EMERGENZE – N. 9.2**

**Breve descrizione dell' Intervento programmato:**

**Razionale dell'Intervento:**

Le esercitazioni effettuate nell'ambito delle attività di preparazione e risposta della sanità pubblica alle emergenze hanno lo scopo di verificare quanto stabilito nella corrispondente pianificazione di emergenza, laddove già predisposta, e verificare la validità dei modelli organizzativi e di intervento attuati.

Nel passato emergenze relative alla sicurezza alimentare e a malattie animali sono già state registrate sul territorio regionale e il rischio che eventi simili possano ricomparire è presente. Pertanto eventi come esercitazioni o simulazioni e prove di soccorso debbono essere considerate elementi essenziali per il miglioramento qualitativo del processo di pianificazione delle attività di preparazione e risposta.

**Obiettivo Centrale**

Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari.

**Obiettivi Specifici**

- Svolgere almeno un evento esercitativo di scala regionale in simulazione di un'emergenza riguardante la sicurezza alimentare con alto livello di integrazione tra Enti e Istituzioni.
- Svolgere almeno un evento esercitativo di scala regionale recante la simulazione di una gestione di un'emergenza riguardante una malattia animale.

**Attori e portatori di interesse**

I soggetti del coordinamento del GORES sono soggetti primari mentre gli altri saranno coinvolti a valle nella fase esecutiva delle linee d'intervento. Dipartimento per le politiche integrate di sicurezza e per la Protezione Civile della Regione Marche; ASUR-Marche, ARS Marche, IIZZSS, Assessorato all'agricoltura. Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione.

**Beneficiari**

Cittadini – Produttori – Organizzazioni di categoria (centri di assistenza agricoli, artigianato e commercio). Soggetti interessati alla gestione delle emergenze.

**Fasi di Articolazione**

- Pianificazione delle esercitazioni in prima fase, con particolare attenzione ai seguenti elementi fondamentali: Premessa, Scopi, Scenario, Obiettivi, Territorio, Direzione dell'esercitazione, Partecipanti, Avvenimenti ipotizzati, Valutazione. E nel dettaglio definizione di:
  - o Data di svolgimento e luogo
  - o Tipologia di esercitazione e obiettivi
  - o Partecipanti
  - o Definizione di uno scenario di rischio
  - o Definizione del sistema di allertamento
  - o Definizione del sistema di coordinamento (procedure di attivazione, flusso delle comunicazioni, etc)
  - o Modalità di coinvolgimento della popolazione/sistema di informazione alla popolazione





seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>1 5 4 0</b>

pag. <b>305</b>
--------------------

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- o Cronoprogramma delle attività
- o Valutazione dei risultati (de-briefing post esercitativo per le valutazioni delle criticità rilevate).
- Organizzazione delle esercitazioni tramite le procedure codificate.
- Espletamento delle attività esercitative.

In tutte le fasi di articolazione previste l'attivazione del GORES sarà fondamentale per poter usufruire delle competenze e dell'esperienza della Protezione Civile regionale, già riconosciute e codificate dalle Leggi n. 401/2001 e n. 12/2012 e s.m.i. ai sensi delle quali il Servizio nazionale della Protezione Civile prevede la promozione e l'esecuzione di periodiche esercitazioni, condotte a più livelli e con il coinvolgimento degli enti e delle strutture operative del sistema.

**Criticità**

La pianificazione delle esercitazioni sarà ponderata in funzione delle risorse disponibili.

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

- Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale in simulazione di un'emergenza riguardante la sicurezza alimentare con alto livello di integrazione tra Enti e Istituzioni (vedi tabella riepilogativa).
- Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale recante la simulazione di una gestione di un'emergenza riguardante una malattia animale (vedi tabella riepilogativa).

Valore Baseline regionale: NR

Standard di riferimento regionale: SI, entro i tempi stabiliti

**Indicatori di processo**

**Indicatore**

- o Definizione: Pianificazione e svolgimento attività esercitative
- o Fonte: Regione Marche, PF Veterinaria e Sicurezza Alimentare
- o Tipologia: qualitativa
- o Valore baseline: NR



Tabella 9.2 - ESERCITARSI ALLE EMERGENZE

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Titolo dalla Linea di Intervento	Nome indicatore	Indicatori di processo			Sorveglianza Fonte
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo/qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Obiettivo specifico regionale	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	Predisporre piani nazionali condotti in diversi livelli per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale in simulazione di un'emergenza riguardante la sicurezza alimentare con alto livello di integrazione tra Enti e istituzioni	Qualitativo	NR	SI	ESERCITARSI ALLE EMERGENZE	Planificazione e svolgimento di esercitazioni regionali	Elaborazione piano attività esercitative	SI, effettuazione evento esercitativo su sicurezza alimentare	SI, effettuazione evento esercitativo su malattia animale	Regione Marche
M.O. 10 Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria (PNV)	Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare e zoonotiche e non e gli eventi straordinari	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale recante la simulazione di una gestione di un'emergenza riguardante una malattia animale	Qualitativo	NR	SI	ESERCITARSI ALLE EMERGENZE	ESERCITARSI ALLE EMERGENZE	Elaborazione piano attività esercitative	SI, effettuazione evento esercitativo su sicurezza alimentare	SI, effettuazione evento esercitativo su malattia animale	Regione Marche

Programma n. 9 - Preparazione e risposta della sanità pubblica alle emergenze.  
pag. 10



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**307**

**Programma n. 10 PREVENZIONE DEL RANDAGISMO E ANIMALI D'AFFEZIONE NEL CONTESTO URBANO.**

Tabella riepilogativa

Titolo del Programma	Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
Prevenzione del randagismo e urbanizzazione degli animali d'affezione	10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	10.8 Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi	-Prevenire il randagismo tramite la promozione del possesso responsabile di animali da affezione  -Favorire l'iscrizione dei cani alla anagrafe informatizzata regionale  -Controllare le strutture di ricovero dei cani catturati

**Razionale e descrizione del programma:**

Il cambiamento culturale zoo-antropologico dell'ultimo ventennio e le evidenze scientifiche che dimostrano il ruolo sociale educativo e sanitario degli animali, orientano le scelte della prevenzione e della promozione della salute verso un incremento della conoscenza e della consapevolezza delle persone sul corretto rapporto uomo-animale-ambiente. È, quindi, necessario riflettere su prospettive più complesse che assommino agli obiettivi di salute della persona anche quelli della salute degli animali e della sostenibilità ambientale. Il rapporto uomo-animale, con particolare riferimento a quelli da compagnia, si è evoluto spostando i concetti relazionali della zoo-antropologia verso i concetti dell'alterità, con una maggior attenzione alla tutela della vita e del benessere degli esseri viventi, secondo l'accezione biologica di specie.

Affinché gli animali non diventino un problema negli ambienti di vita, ma rappresentino una risorsa, è necessario adeguare la cultura della popolazione umana. In questa nuova dimensione relazionale, gli animali da compagnia possono essere parte attiva per il miglioramento dello stato di salute delle persone e, nel contempo, possono diventare parte negativa se non gestiti e approcciati correttamente per gli aspetti igienici e di sicurezza.

Il maggiore paradosso del comportamento sociale è rappresentato dall'annoso problema del randagismo e dell'abbandono di animali da compagnia. La bibliografia che tratta il randagismo individua in questo fenomeno una serie di variabili fortemente correlate ai fattori culturali delle collettività. I maggiori risultati nel contrasto del fenomeno del randagismo sono stati ottenuti attraverso i metodi di prevenzione che hanno messo in campo la combinazione di diverse linee di azione:

- incentivazione dell'identificazione e della registrazione dei cani;
- intensificazione delle attività di vigilanza e controllo delle popolazioni dei cani;
- sensibilizzazione alla sterilizzazione degli animali di proprietà per evitare eventuali cucciolate indesiderate;
- campagne di sensibilizzazione verso gli affidi di cani randagi;
- progetti che aumentino l'adottabilità dei cani randagi;
- campagne di sensibilizzazione per la gestione consapevole degli animali di proprietà e sul corretto rapporto uomo-animale.

La Regione Marche ha da sempre dimostrato una particolare sensibilità ed attenzione verso il problema del randagismo. Nel corso dell'ultimo decennio sono state messe in campo numerose iniziative di sensibilizzazione della popolazione marchigiana con l'obiettivo di contrastare il fenomeno dell'abbandono dei cani, di favorire il corretto rapporto uomo-animale e diminuire la



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
308

popolazione di cani randagi ospitati nelle strutture di ricovero in attesa di affido. Le iniziative promosse hanno coinvolto anche le Amministrazioni comunali e provinciali, l'Università (Scuola di Bioscienze e Medicina Veterinaria di UNICAM), le associazioni animaliste, le guardie zoofile ed il mondo del volontariato. Con la DGR n. 1398 del 07/09/2009, la Regione Marche ha attivato una campagna biennale di controllo delle nascite dei cani di proprietà in modo strutturale. L'iniziativa, "meglio uno che centuno", ha promosso un sostegno per i Comuni nelle azioni di lotta al randagismo, favorendo le campagne di sterilizzazione dei cani per evitare cucciolate indesiderate. Altra misura complementare è stata quella denominata "vigilare è prevenire"; un evento formativo ed informativo rivolto ai dei Comuni della Regione Marche finalizzato a sensibilizzare le azioni di vigilanza sul territorio. In tale occasione la Regione Marche ha dotato ogni comando di Polizia Municipale di un lettore microchip per agevolare la pianificazione delle loro attività di controllo anagrafico anche tramite l'accesso al database regionale SIVA.

L'importante presenza degli animali da compagnia in città costruite a misura di uomo può generare, in termini di salute, un bilancio positivo se gli effetti delle scelte socio-educative riescono a far governare le debolezze insite nei cambiamenti culturali del genere umano. E' strategico operare sulla linea della corretta formazione ed informazione dei singoli individui e della collettività. Questo nuovo modo di relazionarsi con gli animali rende necessario l'adeguamento dell'ambiente urbano e suburbano ai nuovi bisogni sociali, sia dal punto di vista architettonico che degli arredi senza trascurare i basilari aspetti di natura igienico-sanitaria. Inoltre, dal punto di vista socio-educativo è necessario affrontare costantemente questi argomenti sotto il profilo della prevenzione e della promozione della salute, coinvolgendo le persone in tutte le fasi della loro vita e orientando il sistema verso il processo dell'invecchiamento attivo, capace di abbracciare anche il valore della solidarietà intergenerazionale.

Per comprendere la misura dell'urbanizzazione degli animali da compagnia prendiamo a riferimento i cani di proprietà della Regione Marche regolarmente iscritti a gennaio 2015: i dati anagrafici indicano una densità di un cane ogni cinque persone. Sulla base di questa informazione possiamo stimare che una famiglia su tre ha almeno un cane in casa. Inoltre i dati ISTAT - indagine periodo 2000 e 2006 - sulla distribuzione degli animali da compagnia (cani e gatti), per tipologia di famiglia, evidenziano che la popolazione anziana, over 64 anni, detiene una cospicua quota di animali.

Il corretto rapporto uomo-animale assume un valore aggiunto nello stile di vita sano delle persone quando gli animali da compagnia vengono gestiti nel rispetto delle loro caratteristiche biologiche ed etologiche di specie.

Negli ultimi anni, sono stati rivalutati gli approcci che si basano sull'impiego di animali da compagnia nel trattamento dei disturbi dell'umore e del comportamento, grazie all'affinamento delle metodologie applicative sempre più mirate alla cura di specifiche psicopatologie.

Il contributo degli animali domestici si manifesta anche attraverso le attività di pet therapy che trovano una vasta applicazione nell'assistenza sanitaria con un'ampia attuazione nel settore della prevenzione primaria e della promozione della salute in tutte le fasi della vita.

Molti studi scientifici dimostrano, chiaramente, come l'interfacciarsi con un animale favorisca i rapporti interpersonali. Il rapporto uomo-animale si fonda sul ruolo dell'animale come mediatore di un processo di relazione con gli altri esseri viventi, in particolare con la persona. L'animale può svolgere la funzione di ammortizzatore in particolari condizioni di stress e di conflittualità e può rappresentare un valido aiuto per pazienti con problemi di comportamento sociale e di comunicazione.

In questa prospettiva, la Sanità Pubblica Veterinaria, deve orientare la risposta sanitaria verso il corretto rapporto uomo-animale in modo interdisciplinare, cercando di favorire le sinergie d'azione con le discipline del settore socio-sanitario ed educativo.

Altro punto cardine è quello della formazione finalizzata a promuovere il rinnovamento culturale degli operatori sanitari e lo sviluppo di competenze specifiche, valorizzando le professionalità che coadiuvano il processo evolutivo della nuova dimensione della prevenzione e della promozione della salute nel contesto dell'urbanizzazione degli animali, del corretto stile di vita e dell'invecchiamento attivo.



seduta del
15 LUG 2015
delibera
1 540

pag.
309

Quindi, è necessario creare un ambiente favorevole alla formazione degli operatori del settore, incoraggiandoli all'innovazione e all'apprendimento di nuove metodologie di gestione del randagismo animale, uniformandole alle esperienze di pet therapy.

La tecnologia informatica permette di creare nuovi supporti per l'informazione e la formazione a basso impatto economico con piattaforme telematiche che rendono disponibili le specifiche tematiche trattate. L'ampia gamma di sistemi di telecomunicazioni, internet e social-network, permette di raggiungere il cittadino in modo capillare ed efficace.

Le nuove strategie organizzative devono essere rivolte alla cura della comunicazione collegata ai sistemi informativi, a supporto dell'integrazione operativa e interpersonale tra i professionisti di settore. Nell'ambito di questo network è importante sviluppare, anche, l'informazione rivolta ai cittadini e alle loro aggregazioni sociali incentrandola sulla comunicazione del rischio.

La Regione Marche, nell'ambito degli argomenti della Veterinaria e Sicurezza Alimentare ha sviluppato da tempo un sistema informativo (SIVA) e di comunicazione del rischio (portale VeSA - [www.veterinariaalimenti.marche.it](http://www.veterinariaalimenti.marche.it)) che mette in rete le attività dei tre Servizi Veterinari e di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione ASUR.

I sistemi informativi della rete regionale rappresentano lo strumento di eccellenza e d'avanguardia anche nel settore sanitario; essi contribuiscono a contrastare l'asimmetria informativa che esiste tra l'offerta e la domanda, fornendo, in modo tempestivo e costante, la comunicazione interattiva e la consultazione diretta dei risultati, dei controlli e dei costi delle attività del pubblico servizio.

Nella nuova visione di "salute ottimale" è necessario riequilibrare le linee strategiche d'intervento della prevenzione primaria e della promozione della salute ispirandosi al paradigma "one world - one health - one medicine". Gli equilibri uomo-animale-ambiente sono parte integrante dei determinanti della salute ed il processo di urbanizzazione degli animali è da considerare un punto nevralgico per la stessa salute dell'uomo sia in termini di benefici apportati dal rapporto uomo-animale che di contrasto del rischio biologico e di sicurezza.

La Regione Marche ha iniziato ad approcciare, in modo sistematico, la tematica del corretto rapporto uomo-animale-ambiente con il PSR 2007-2009 (sezione VI.5.4 "La salute animale e la tutela della salute del cittadino") affrontando i delicati argomenti socio-culturali sul rapporto uomo-animale. Questa impostazione è stata stimolata dalla positiva esperienza derivata dalla promozione dei progetti di "pet therapy" in attuazione della delibera di Giunta n. 340 del 27 marzo 2006 che ha finanziato alcuni progetti clinico-terapeutici nel contesto sanitario marchigiano: "terapia del sorriso". Nel territorio marchigiano insistono diversi gruppi di volontariato attivo che sviluppano progetti nell'ambito delle Terapie e delle Attività Assistite da Animali e si propongono alle strutture socio-sanitarie del territorio e presso alcuni ospedali, nell'ambito delle azioni di un concreto caregiving.

La conoscenza dello stato sanitario degli animali, parte integrante dell'ecosistema vissuto dall'uomo, e l'utilizzo epidemiologico-statistico delle informazioni sanitarie ad esso correlate insieme al rapporto con i parametri ambientali, alimentano nuovi modelli predittivi di salute riconducibili agli ambienti di vita (es. registro dei tumori degli animali, registro delle tossinfezioni, registro delle forme cronico-degenerative legate all'esposizione a sostanze tossiche). Infatti l'uomo e gli animali, sono esposti agli stessi contaminanti presenti nell'aria, nel suolo, nell'acqua e nel cibo e possono subire ripercussioni di salute conseguenti all'esposizione.

La popolazione animale insistente in un ecosistema rappresenta un importante indicatore biologico dello stesso; attraverso il suo studio è possibile identificare ed individuare importanti evidenze sanitarie a servizio della prevenzione.

Tutte le misure adottate fino ad oggi in materia di prevenzione del randagismo e di contrasto degli abbandoni hanno permesso di contenere gli effetti negativi sul territorio marchigiano. Questo programma, sulla base delle esperienze maturate e dei cambiamenti culturali della collettività, mira ad orientare gli ulteriori sforzi istituzionali verso l'armonizzazione delle misure di promozione del rapporto uomo-animale che si ripercuotono sullo stato di salute delle persone e degli animali.



Dati anagrafe canina Regione Marche

	Al 31/12/2012	Al 31/12/2013	Al 31/12/2014
<b>Cani registrati in anagrafe</b>	309.229	321.735	331.340
	<b>Attività Anno 2012</b>	<b>Attività Anno 2013</b>	<b>Attività Anno 2014</b>
<b>Nuovi Cani Registrati</b>	24.896	25.343	24.363
<b>Cani identificati con microchip</b>	23.797	24.063	24.353
<b>Cani catturati</b>	1.882	1.829	1.803
<b>cani restituiti</b>	530	504	508
<b>Cani affidati</b>	1.854	1.782	1.634
<b>Cani morsicatori</b>	656	811	773



**Contrasto alle diseguaglianze:**

Particolari attenzioni vanno rivolte alle fasce sociali più disagiate e fragili che si circondano di animali e possono diventare parte negativa se non gestiti e approcciati correttamente per gli aspetti igienici e di sicurezza.

Gli aspetti negativi derivanti della congiuntura socio-economica creano importanti differenze nelle modalità di avvicinamento e della gestione degli animali da compagnia. Il corretto rapporto con gli animali è una condizione da favorire soprattutto nelle fasce di età giovanile e adolescenziale che per varie motivazioni possono subire l'inibizione verso il contatto con gli animali rimanendo preclusi dagli effetti benefici derivanti da questo rapporto (autostima, prendersi cura dell'altro, stabilizzazione dell'umore e del comportamento).

La popolazione di anziani è particolarmente sensibile al cambiamento e alla perdita degli affetti. All'istituzionalizzazione dell'anziano non autosufficiente segue, spesso, la marginalizzazione e l'esclusione dalla vita sociale. Questi meccanismi hanno un impatto negativo sugli anziani in termini etico-morali e di qualità della vita e sulle risorse assorbite dai modelli assistenzialistici messi in atto. L'anziano può essere mantenuto attivo stimolando la sua capacità organizzativa, i suoi interessi e le proprie emozioni positive. Il rapporto dell'anziano con gli animali è una delle condizioni da favorire per la prevenzione primaria che mira all'invecchiamento attivo e creativo nonché per gli effetti terapeutici naturali che gli animali hanno sull'uomo.

**Evidence:**

Il randagismo è un fenomeno estremamente complesso che richiede un'adeguata strategia per il suo contenimento e che, al di là di una linea generale applicabile in qualsiasi situazione, sia il frutto di una approfondita conoscenza delle problematiche legate al territorio.

Il randagismo animale, negli ultimi decenni, ha assunto una notevole importanza per l'impatto che ha sulla salute pubblica, sugli aspetti socio-economici e sulla coscienza sociale del nostro Paese.

Con il fenomeno dell'urbanizzazione degli animali la prevenzione primaria e la promozione della salute sono orientate al corretto rapporto uomo-animale-ambiente al fine controllare i rischi sanitari derivanti dalla convivenza con gli animali stessi.

La lotta al randagismo, a livello nazionale, si basa sulla Legge quadro n.281 del 14/8/1991 che sancisce i principi di base e demanda alle regioni la disciplina della materia e l'istituzione dell'anagrafe canina.

Con la LR n.10 del 20/01/1997 ed il successivo regolamento di attuazione n. 2 del 13/11/2001, la Regione Marche ha emanato le norme in materia di animali da affezione e prevenzione del randagismo. Sulla base di queste norme tutti i cani debbono essere muniti di dispositivo di



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
311

identificazione, devono essere iscritti all'anagrafe canina regionale e devono avere un proprietario-detentore di riferimento. L'identificazione e la registrazione all'anagrafe dei cani è alla base del contrasto del fenomeno del randagismo in quanto ne permette la loro restituzione al legittimo proprietario quando vengono trovati vaganti.

In attuazione della LR 10/97, la Regione Marche ha istituzionalizzato l'anagrafe dei cani che si è evoluta con l'informatizzazione nell'anno 2000. Questa anagrafe è stata sviluppata ed implementata nell'ambito del Sistema Informativo Veterinaria Alimenti (SIVA) che permette ai singoli operatori di utilizzare le funzionalità in tempo reale identificandosi con un meccanismo di accesso riservato. La banca dati è centralizzata a livello regionale ed interagisce con il sistema informativo nazionale che è stato sviluppato presso il Ministero della Salute con l'obiettivo di creare una rete nazionale di integrazione delle banche dati di tutte le Regioni.

La Regione Marche dal 2000 è passata dall'identificazione dei cani con tatuaggio al sistema elettronico tramite microchip. Al medico veterinario è stato sempre riconosciuto un ruolo centrale per l'attività di identificazione dei cani. Con l'adozione della DGR n.2015 del 19/11/2002, le operazioni di identificazione dei cani sono state estese anche ai medici veterinari libero professionisti che vengono accreditati e convenzionati.

Ad oggi i medici veterinari che sono accreditati per le attività di anagrafe canina su base regionale sono n. 294.

La banca dati dell'anagrafe canina che si è consolidata nel tempo consente di registrare i seguenti eventi a carico dei cani regolarmente identificati e registrati in SIVA: cambio di proprietà, smarrimento, furto, decesso, ritrovamento e accalappiamento. Questo permette di conoscere in modo sempre più dettagliato il fenomeno del randagismo, degli abbandoni supportando le strategie operative per gli interventi di prevenzione.

Sul territorio marchigiano insistono 51 strutture recettive, canili e rifugi, per cani randagi che ospitano, al 01/01/2015, n. 3.924 esemplari a fronte di una disponibilità di 6.378 posti/cane. Le strutture rispondono ai requisiti strutturali previsti dalla LR 10/97 e successivo regolamento regionale di attuazione n. 2/2001.

Negli anni si nota che il numero dei cani randagi ricoverati nelle strutture è in costante diminuzione per effetto dell'aumento degli affidi e una diminuzione degli accalappiamenti di cani non identificati.

**Sostenibilità:**

In attesa che la Legge 281/91 venga adeguata ai nuovi bisogni, l'attuale impianto normativo è sufficientemente orientato ai principi e alle azioni per la prevenzione del randagismo ed il contrasto del fenomeno degli abbandoni degli animali da compagnia.

Il sistema dell'anagrafe canina è gestito tramite il Sistema Informativo Veterinaria Alimenti (SIVA), banca dati centralizzata a livello regionale che interagisce con il sistema informativo nazionale sviluppato presso il Ministero della Salute.

Le argomentazioni dell'Igiene Urbana Veterinaria sono aumentate in tutto il territorio marchigiano sia come risposta sanitaria di servizi diretti (aspetti igienico-sanitari, valutazioni dello stato sanitario, corretta gestione degli animali d'affezione) che di attività informativa e di comunicazione rivolta alle collettività interessate (incontri rivolti alle collettività scolastiche, alle associazioni animaliste e gruppi di volontari).

La trasversalità delle argomentazioni che riguardano il corretto rapporto uomo-animale-ambiente richiede l'attivazione di sinergie tra le diverse istituzioni e professionalità che si possono incontrare in forme di cooperazione in rete. Quindi, è necessario bilanciare e ristrutturare l'erogare dei servizi in modo omogeneo in tutto il territorio con l'offerta capace di rispondere ai nuovi bisogni.

La sostenibilità del programma nel tempo è subordinata alla variabili di contesto e alle risorse disponibili.

La Regione Marche ha promosso e sostenuto diverse esperienze di informazione comunicazione ai diversi portatori di interesse a cui dare la necessaria continuità e rilevanza.



seduta del  
~~15 LUG 2015~~  
delibera  
540

pag.  
312

**10-1 Promozione del possesso responsabile di animali da affezione, obblighi di identificazione e delle condizioni di benessere animale.**

**Breve descrizione dell' Intervento programmato:**

***Razionale dell'intervento:***

L'impianto normativo riferito alla lotta del randagismo si prefigge come obiettivo principale quello di controllare le popolazioni canine, ridurre il fenomeno del randagismo e attuare norme di comportamento per i proprietari di cani in modo da rendere più vivibili i luoghi di uso pubblico. Inoltre, lo scopo della normativa è diminuire il numero dei cani randagi per la sicurezza e la salute dei cittadini e degli animali stessi.

La tutela della salute dell'uomo è correlata al mondo animale e al corretto rapporto uomo-animale che, oltre ad influenzare direttamente la salute degli stessi, può incidere significativamente sulla salute delle singole persone e della intera collettività.

Nel contempo, gli animali da compagnia svolgono un'importante funzione educativo-pedagogica diventando "ammortizzatore" in condizioni di stress, di conflittualità e di effetti psico-somatici, come pure "supporto terapeutico" per le diverse malattie cronico-degenerative dei processi dell'invecchiamento che compromettono l'abilità fisica e psicologica delle persone.

La leva della promozione del corretto rapporto uomo-animale permette di realizzare un miglioramento nell'ambito del comportamento sociale in materia di randagismo, di abbandono di animali da compagnia e di sicurezza dei luoghi di vita.

***Obiettivo Centrale***

Prevenire il randagismo comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi

***Obiettivo/ Specifico/i***

Realizzare un piano di informazione-comunicazione finalizzato alla promozione del corretto rapporto uomo-animale.

***Attori e portatori di interesse***

I Servizi Veterinari dell'ASUR-Marche, i Comuni, le Comunità Montane, le Province, UNICAM, gli Ordini provinciali dei medici veterinari, i medici veterinari libero professionisti, le associazioni animaliste, i gruppi di volontari, i gestori dei canili/rifugio, Forze di Polizia.

***Beneficiari***

I Comuni, i cittadini, i proprietari dei cani, associazioni animaliste

***Fasi di Articolazione***

La linea di intervento prevede:

- analisi del contesto
- creazione di gruppi lavoro
- Realizzazione del piano di informazione - comunicazione
- Attuazione del piano di informazione - comunicazione
- pubblicazione degli eventi informativi e di comunicazione attraverso il portale VeSA





seduta del
15 LUG 2015
delibera
1540

pag.
313

**Criticità**

La difficoltà di raggiungere in modo omogeneo e capillare tutti gli strati di popolazione per età e classe sociale può generare alcune criticità. A tal scopo verranno previste modalità di comunicazione aggiuntive in modo da coinvolgere e sensibilizzare anche chi non parteciperà attivamente alle attività previste dal piano.

**Indicatori:**

**indicatore di Obiettivo Centrale:**

**Valore Baseline regionale:** Campagna di comunicazione sul randagismo anno 2009

**Standard di riferimento regionale:** Realizzazione del piano di informazione-comunicazione

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target e operatori del settore
- Fonte: Regione
- Tipologia: indicatore qualitativo
- Modalità in cui viene costruito: fatto/non fatto
- Valore baseline: Campagna di comunicazione sul randagismo anno 2009



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>314</b>
--------------------

**10-2 Prevenire il randagismo tramite l'incentivazione all'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà.**

**Breve descrizione dell' Intervento programmato:**

**Razionale dell'Intervento:**

Gli strumenti di base per la lotta al randagismo sono: il sistema dell'anagrafe canina, il sistema dell'identificazione e della registrazione degli animali. Il fulcro dell'approccio è costituito dalla responsabilizzazione dei cittadini verso il possesso consapevole degli animali da compagnia. La normativa prevede che ad ogni cane corrisponda un proprietario e/o detentore, scoraggia gli abbandoni con le misure di vigilanza e incentiva il possesso responsabile nonché gli affidi dei cani randagi.

I Servizi veterinari garantiscono la cattura e la consegna dei cani randagi recuperati sul territorio alle strutture dei canili sanitari resi disponibili dai Comuni competenti.

Dall'anno 2000, la Regione Marche ha istituzionalizzato il proprio sistema dell'anagrafe canina ed è passata dall'identificazione dei cani con tatuaggio al sistema elettronico tramite microchip. Con l'adozione della DGR n.2015 del 19/11/2002, le operazioni di identificazione dei cani sono state estese anche ai medici veterinari libero professionisti che vengono accreditati e convenzionati dall'ASUR attraverso i Servizi veterinari delle Aree vaste. Con queste misure la Regione Marche ha favorito l'identificazione dei cani di proprietà ed ha aumentato la responsabilizzazione delle persone contenendo il gravoso problema del randagismo.

Margini di miglioramento per l'identificazione dei cani di proprietà sono possibili con l'aumento dei punti di accesso al servizio erogabile attraverso le strutture sanitarie dei medici veterinari libero professionisti che esercitano la loro attività sul territorio marchigiano.

**Obiettivo Centrale**

Prevenire il randagismo comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi

**Obiettivo/i Specifico/i**

Diminuire il numero di cani catturati risultati senza identificativo.

**Attori e portatori di interesse**

I Servizi veterinari dell'ASUR-Marche, i Comuni, le Comunità Montane, le Province, UNICAM, gli Ordini provinciali dei medici veterinari, i medici veterinari libero professionisti, le associazioni animaliste, i gruppi di volontari, i gestori dei canili/rifugio, Forze di Polizia.

**Beneficiari**

I Comuni, i cittadini, i proprietari dei cani, le imprese agricole, associazioni animaliste

**Fasi di Articolazione**

La linea di intervento prevede:

- analisi dello stato attuale
- aumento delle attività di vigilanza sull'identificazione e registrazione dei cani di proprietà
- adeguamento del sistema SIVA al rilevamento delle catture di cani randagi
- comunicazione dell'andamento delle iscrizioni dei cani attraverso il portale VeSA



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 315
-------------

**Criticità**

Aspetti di natura socio-economici e culturali possono generare alcune resistenze verso l'iscrizione dei cani di proprietà.  
Situazioni da gestire singolarmente.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

**Valore Baseline regional:** 28% dei cani catturati sono identificati e restituiti al proprietario.

**Standard di riferimento regionale:** incremento del 15%.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: proporzione di cani identificati rispetto a quelli catturati.
- Fonte: SIVA
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Modalità in cui viene costruito: numero di cani vaganti che risultano identificati/totale dei cani vaganti catturati
- Valore baseline: 28%



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
316

### 10-3 Controllo nei canili e nei rifugi che ospitano cani randagi

#### Breve descrizione dell' Intervento programmato:

#### Razionale dell'Intervento:

Le zone di concentrazione di animali possono costituire pericolo per la diffusione di malattie infettive e diffusive. Una delle attività previste dalla normativa di settore è la costante vigilanza sulle strutture di ricovero ed accoglienza dei cani di proprietà dei Comuni, accalappiati sul territorio. Il regolamento regionale n. 2 del 13/11/2001 prevede una vigilanza sanitaria costante nelle strutture di ricovero dei cani randagi. L'aumentata sensibilità della collettività verso gli animali ed in particolare dei cani randagi ospitati nei canili e nei rifugi, ha portato un sensibile aumento della frequentazione delle strutture da parte di cittadini, associazioni e gruppi di volontariato. Inoltre, l'arricchimento degli ambienti dei canili e dei rifugi con attività che favoriscono il rapporto uomo-animale, richiedono una vigilanza sanitaria costante.

#### Obiettivo Centrale

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.

#### Obiettivo/i Specifico/i

Controlli sanitari periodici presso tutte le strutture di ricovero dei cani randagi

#### Attori e portatori di interesse

I Servizi Veterinari dell'ASUR-Marche, i Comuni, le Comunità Montane, UNICAM, le Associazioni Animaliste, i gruppi di volontariato, i gestori dei canili/rifugio.

#### Beneficiari

I Comuni, i cittadini, i proprietari dei cani, associazioni animaliste ed altri portatori di interesse del settore.

#### Fasi di Articolazione

La linea di intervento prevede:

- analisi del contesto
- pianificazione dei controlli
- esecuzione dei controlli
- report delle attività di controllo
- pubblicazione del resoconto delle attività attraverso il portale VeSA

#### Indicatori:

**indicatore di Obiettivo Centrale:** controlli sanitari su ogni canile regionale con frequenza di almeno 4 volte/anno.

**Standard di riferimento regionale:** Mantenimento dei controlli almeno trimestrali per ciascun rifugio e canile

#### Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

- o Definizione: Proporzione di canili/rifugi controllati con frequenza trimestrale/anno rispetto al numero di presenti sul territorio
- o Fonte: SIVA
- o Tipologia: indicatore quantitativo
- o Modalità in cui viene costruito: numero di controlli attesi/numero controlli eseguiti
- o Valore baseline: un controllo trimestrale per ciascun rifugio e canile



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
1 540

pag.  
317

Tabella: Linee di Intervento del Programma "Prevenzione del randagismo e animali d'affezione nel contesto urbano"

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Indicatori di processo			
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)				Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/Fonte
10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	10.8 Prevenire il randagismo comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui cani e rifugi	Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target	qualitativo	Una campagna informativa nel 2009	Piano di informazione e comunicazione	Promozione del possesso responsabile di animali da affezione, obblighi di identificazione e delle condizioni di benessere animale.	Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione e rivolti alle popolazioni target e operatori del settore	Predisposizione del piano	Attuazione del piano	Messa a regime del piano	Relazione annuale	
		Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	quantitativo	28%	+15%	10.8. Prevenire il randagismo	Prevenire il randagismo tramite l'incentivazione e all'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà.	Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	5 %	10 %	15 %	Anagrafe SIVA
		Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di cani/rifugi presenti sul territorio	quantitativo	100% dei cani/rifugi ispezionati trimestralmente	Mantenimento	Controllo nei cani e nei rifugi che ospitano cani randagi	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di cani/rifugi presenti sul territorio	100%	100%	100%	Dati SIVA	



**Programma n.11 – SICUREZZA ALIMENTARE**

**Tabella riepilogativa n. 1:**

Macroobiettivo di pertinenza	Obiettivi centrali	Obiettivi specifici regionali
2.10 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 nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura	Predisposizione protocollo con l'ARPAM per la valutazione dei dati ambientali su acqua e molluschi bivalvi
	10.4 Completare i sistemi anagrafici	Implementazione anagrafe degli operatori del settore dei mangimi
	10.7 Assicurare un'adeguata capacità della rete dei laboratori pubblici	Predisporre un'anagrafica regionale delle imprese alimentari conforme alla "Masterlist" ministeriale
	10.9 Aumentare l'offerta di alimenti idonei e soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache	Predisposizione di un documento di pianificazione e attività di riesame del contratto tra AC e laboratori preposti al CU
	10.10.2 Ridurre i disordini da carenza iodica	Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli OSA.
	10.11 Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale	Istituzione di un protocollo per trasmettere i dati dell'attività di controllo ufficiale al Ministero della Salute e all'ISS (OSNAMI)
	10.12 Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004	Individuazione di un percorso formativo per la formazione del 100% del personale addetto al controllo ufficiale; individuare il percorso per il mantenimento della qualifica del personale. Pianificazione dell'attività di audit su tutte le ACL e su tutti i sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia"

**Razionale e descrizione del programma:**

Il Controllo ufficiale delle sostanze alimentari garantisce la salubrità degli alimenti con una costante e capillare attività di sorveglianza, attuata con ispezioni e audit sugli operatori alimentari (stabilimenti e ristorazione), il prelievo di campioni e la ricerca di contaminanti microbiologici, chimici ed allergeni e, in caso di rischio per la salute pubblica, con la tempestiva attivazione del sistema di allerta alimenti. Altro importante strumento è l'attività di sorveglianza sulle zone di produzione dei molluschi bivalvi vivi per la verifica della salubrità igienico sanitaria degli stessi.

La valutazione integrata dei dati analitici di natura ambientale con quelli derivanti dall'analisi degli alimenti permette di eseguire valutazioni di natura epidemiologica che possono consentire una riprogrammazione maggiormente mirata dell'attività di campionamento.

Tale aspetto richiede anche un'adeguata capacità della rete dei laboratori pubblici che possa consentire, in un contesto di sempre maggiore integrazione fra i diversi laboratori, il più ampio spettro di possibilità analitiche da parte degli stessi.

Una anagrafe aggiornata degli stabilimenti di produzione, implementata secondo criteri nazionali condivisi, consente di individuare con precisione i produttori di eventuali alimenti non conformi, nei confronti dei quali poter adottare gli opportuni interventi correttivi.

L'attività di audit rappresenta la tecnica di controllo ufficiale più completa tra quelle previste dal Reg. (CE) 882/2004. Nel corso dell'anno 2012 sono stati formati 99 Dirigenti dei 4 Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle 5 AAVV competenti nell'ambito della Sicurezza Alimentare per poter svolgere l'attività di audit su OSA. Nel 2014 sono stati formati ulteriori 15 Dirigenti per lo



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
1 540

319 pag.

svolgimento di attività di audit sull'Autorità Competente ai sensi dell'art. 4, par.6, dello stesso regolamento.

Lo svolgimento di tali attività consente di applicare in pieno i dettami della normativa europea e di soddisfare i fabbisogni legati agli adempimenti LEA.

Le reazioni avverse al cibo rappresentano una componente in costante crescita dei quadri clinici riscontrati nelle popolazioni. Con il Regolamento CE 1169/2011 sono state emanate le indicazioni sulle informazioni da fornire al consumatore finale in merito alle sostanze o ai prodotti che possono provocare allergie o intolleranze alimentari ciò assommandosi a quanto stabilito dalla L. 123/2005 (Norme per la protezione di soggetti malati di celiachia).

I dati prodotti periodicamente dall'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia dimostrano che, nonostante qualche miglioramento, ancora il programma di iodoprofilassi non ha raggiunto in Italia standard di efficienza realmente accettabili; diviene quindi del tutto importante in ottica di profilassi attuare azioni di controllo ufficiale volte a verificare che gli OSA presso i punti vendita e di ristorazione collettiva rispettino quanto stabilito dalla normativa in materia.

**Evidence:**

Il Piano Nazionale Integrato è volto ad orientare i controlli ufficiali per la sicurezza alimentare e per la lotta alle frodi lungo l'intera filiera produttiva, in funzione dei rischi.

A tal fine, le attività di controllo sulle produzioni alimentari sono integrate con quelle relative ad altri ambiti strettamente correlati, quali sanità e benessere animale, alimentazione zootecnica, sanità delle piante e tutela dell'ambiente.

Le linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle Autorità Competenti in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria definiscono gli elementi di conformità per le autorità competenti regionali e locali tra cui, l'adempimento a quanto previsto dal PNI, la gestione del sistema informativo, comprese le anagrafiche, le modalità di formazione, addestramento e qualificazione del personale che esegue i controlli ufficiali, la valutazione della capacità dei laboratori in relazione alle esigenze del controllo ufficiale.

La filiera dei molluschi bivalvi ha storicamente evidenziato problematiche prevalentemente di natura microbiologica per le quali gli aspetti di natura ambientale hanno un impatto significativo.

In relazione alle anagrafiche degli operatori del settore il contesto attuale evidenzia situazioni differenziate e a fronte di banche dati sufficientemente complete, esistono ancora tipologie di strutture non ancora correttamente anagrafate, come ad esempio il comparto della produzione primaria e quello dei MOCA. L'adeguamento ai criteri della Master List nazionale consentirebbe il superamento di questo gap.

Analogamente il set di analisi offerto dai laboratori ufficiali deputati al controllo ufficiale è da ritenersi di buon livello riuscendo a coprire la gran parte del fabbisogno analitico richiesto a livello regionale; sarebbe opportuno al momento poter ampliare il set di analisi per meglio rispondere alle richieste della normativa comunitaria.

L'offerta formativa per il personale preposto allo svolgimento dei controlli ufficiali è di buon livello; vanno implementati gli aspetti relativi al mantenimento delle qualifiche di auditor.

Controlli per la verifica della presenza di sale iodato nei punti vendita e somministrazione vengono in genere eseguiti ma sarebbe opportuna una loro migliore programmazione anche previa valutazione degli esiti dell'attività svolta negli anni precedenti. Nel territorio regionale vengono svolti annualmente corsi di formazione per gli OSA che preparano/somministrano alimenti per celiaci; lo strumento della formazione volta a diffondere agli Operatori del Settore Alimentare la conoscenza di tali concetti è condizione essenziale ed efficace per ridurre il rischio di incorrere in



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>320</b>
--------------------

quadri clinici di allergia/intolleranza, anche importanti, imputabili alla assunzione di sostanze alimentari e di bevande.

La strategia raccomandata dalla WHO a livello mondiale per l'eradicazione dei disturbi da carenza iodica è quella di utilizzare come veicolo il sale alimentare arricchendolo delle opportune quantità di iodio, strategia scelta anche dal nostro Paese. Infatti, l'emanazione nel marzo del 2005 della Legge n. 55 e s.m. i., la presenza del sale iodato presso i punti vendita di alimenti e bevande e presso le imprese alimentari di ristorazione collettiva rappresenta lo strumento per consentire al Cittadino la scelta consapevole di poter utilizzare il sale iodato.

**Sostenibilità:**

La tutela della sicurezza alimentare si basa sulla strategia d'intervento globale: "sicurezza dal campo alla tavola". Le Autorità competenti intervengono con i controlli ufficiali su tutte le filiere che producono alimenti perseguendo gli obiettivi di tutela della vita e della salute umana, della tutela degli interessi dei consumatori, comprese le pratiche leali nel commercio alimentare. Coerentemente con le disposizioni centrali del PNI, la pianificazione dei controlli ufficiali è declinata con il PRIC che razionalizza le azioni di integrazione degli obiettivi di sicurezza degli alimenti e dei programmi di prevenzione rivolti a ridurre i fattori di rischio. La rete dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione perseguono questi obiettivi con risorse adeguate per espletare piani operativi efficaci ed efficienti.

La sostenibilità del programma è subordinata alla valutazione dello stesso nel tempo anche in funzione delle risorse disponibili.

**Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione:**

Piano Nazionale Residui, Piano Nazionale Alimentazione Animale, Sorveglianza zone di produzione molluschi bivalvi, Piano campionamento alimenti.

Anagrafe regionale degli OSA e degli OSM

Anagrafe regionale degli OSA

Protocollo di intesa fra IZSUM e ARPAM

Corsi di formazione organizzati dalle AAVV (es. celiachia)

Piano regionale di controllo per verifica presenza sale iodato nei punti vendita e somministrazione

Programma di formazione per auditor su OSA

Programma di formazione per auditor su ACL

Report delle azioni espletate





seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
321

**11-1 Promuovere l'integrazione fra archivi Arpam, IZS e Regione per consentire una valutazione integrata del rischio contaminanti.**

**Breve descrizione dell'Intervento programmato:**

***Razionale dell'Intervento:***

La valutazione integrata dei dati analitici di natura ambientale con quelli derivanti dall'analisi degli alimenti permette di eseguire valutazioni di natura epidemiologica che possono consentire una riprogrammazione più mirata dell'attività di campionamento.

Considerata l'importanza che ha nella Regione Marche la produzione e il consumo di molluschi bivalvi e che, ai fini del controllo sanitario, vengono raccolti sistematicamente una considerevole mole di dati sanitari e ambientali - annualmente circa 1100 controlli a mare per il controllo dei parametri sanitari - in base a quanto previsto dai rispettivi piani di controllo (sorveglianza sulle zone di produzione dei molluschi bivalvi vivi e monitoraggi ambientali dell'ARPAM), si ritiene opportuno realizzare una integrazione degli archivi allo scopo di poter consentire una più efficace valutazione del rischio.

***Obiettivo Centrale:***

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'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura

***Obiettivo/i Specifico/i:***

Predisporre un protocollo con l'ARPAM/IZSUM per la condivisione e l'integrazione degli archivi informatici che consenta una migliore valutazione dei dati ambientali e sanitari su acqua e molluschi bivalvi, al fine di eseguire una esaustiva analisi del rischio contaminanti nella filiera dei molluschi bivalvi.

***Attori e portatori di interesse:***

I Servizi di igiene degli alimenti di origine animale dei Dipartimenti di Prevenzione delle AAVV, i laboratori dell'IZSUM e dell'ARPAM e gli OSA.

***Beneficiari:***

Servizi competenti del DdP, Laboratori ufficiali, gli OSA e i consumatori

***Fasi di Articolazione:***

La linea di intervento prevede:

- Analisi dello stato attuale e programmazione degli incontri interistituzionali finalizzati alla condivisione dell'obiettivo e alle modalità operative per realizzare l'integrazione
- Predisposizione della bozza di protocollo
- Emanazione del protocollo
- Raccolta dati ed elaborazione dei relativi report

***Criticità:***

Eterogeneità dei database esistenti che non permette una idonea comparabilità dei sistemi; valutare la possibilità di adottare un sistema di transcodifica



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 322
-------------

**Indicatori:**

***Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale***

Valore baseline: non rilevato

Standard di riferimento regionale: produzione report dati

***Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo***

- Definizione: produzione report dati
- Fonte: SIGLA e Banca dati ARPAM
- Tipologia (indicatore qualitativo)
- Modalità in cui viene costruito: presenza/assenza report dati
- Valore baseline: 0



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
323

Tabella: Linea di intervento 11-1 "Promuovere l'integrazione fra archivi Arpam, IZS e Regione per consentire una valutazione integrata del rischio contaminanti"

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/line	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
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'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura	Adozione di protocolli per l'intervento integrato	Qualitativo	Non rilevato	La Regione Marche adotta uno o più protocolli di intervento integrato, che descrivono i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l'obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.)	Predisposizione protocollo con l'ARPAM/IZSUM per la valutazione dei dati ambientali e sanitari su acqua e molluschi bivalvi	Promuovere l'integrazione fra archivi Arpam, IZS e Regione per consentire una valutazione integrata del rischio contaminanti	Elaborazione dati e produzione di report	Programmazione incontri e analisi dello stato attuale e predisposizione bozza del protocollo	Raccolta dati	Elaborazione e report di dati	Regione



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
324

**11-2 Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi (OSM).**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

**Razionale dell'intervento:**

Una anagrafe aggiornata degli operatori del settore dei mangimi, implementata secondo criteri nazionali condivisi, consente all'Autorità Competente di individuare con precisione il numero, le tipologie di strutture e i tipi di mangimi prodotti e di programmare sulla base della valutazione del rischio gli opportuni controlli ufficiali. Inoltre in caso di allerte riguardanti i mangimi consente di individuare tempestivamente gli operatori del settore dei mangimi coinvolti e quindi di adottare rapidamente gli opportuni interventi a tutela della salute animale e di quella pubblica. Dal 2015 l'anagrafica va implementata direttamente nel sistema nazionale (SINVSA - Sistema Informativo Nazionale Veterinario per la Sicurezza Alimentare e la Sanità Animale), nel quale saranno riversati i dati preesistenti presenti al momento nell'anagrafe regionale.

**Obiettivo Centrale:** 10.4 Completare i sistemi anagrafici

**Obiettivo/ Specifico/i:** implementazione a livello regionale del sistema informativo nazionale SINVSA per la gestione delle anagrafiche degli OSM.

**Attori e portatori di interesse:**

Il Servizi di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche dei Dipartimenti di Prevenzione delle AAVV, gli OSM, i Laboratori dell'IZSUM.

**Beneficiari:** Servizi competenti del Dipartimento di Prevenzione, Laboratori ufficiali, OSM, associazioni di categoria.

**Fasi di Articolazione:** La linea di intervento prevede:

- Analisi dello stato attuale
- Inserimento nuovi operatori del settore dei mangimi dal 2015 nel sistema nazionale SINVSA
- Trasferimento dati in SINVSA secondo le tempistiche del piano nazionale Alimentazione Animale 2015-2017
- 100% imprese anagrafate correttamente nel sistema SINVSA sul totale delle riconosciute/registrate

**Criticità:** necessità eventuale di dover gestire manualmente singole situazione all'atto del trasferimento in massa dei dati dal vecchio sistema regionale a quello nuovo nazionale.

**Indicatori:** % imprese anagrafate correttamente sul totale delle riconosciute/registrate

**Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale:** Valore baseline regionale: 0; Standard di riferimento regionale: 100% imprese anagrafate correttamente nel sistema SINVSA

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: % imprese anagrafate correttamente sul totale
- o Fonte: SIVA/SINVSA
- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o N° imprese anagrafate in SINVSA/ totale imprese esistenti
- o Valore baseline, non rilevato



Tabella: Linea di intervento 11-2 "Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi (OSM)"

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo				Sorveglianza/ Fonte
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
2.10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	10.4 Completare i sistemi anagrafici	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi	Quantitativo	Non rilevato	100% In ogni Regione è implementato. In modo informale, il sistema informale nazionale SINSVA per la gestione delle anagrafiche degli OSM, anche in cooperazione applicative	Implementazione del SINSVA	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi (OSM)	% imprese del settore dei mangimi anagrafate in SINSVA	50%	75%	100%	Asur- Regione/ SIVA- SINSVA



**11-3 Adeguamento dell'anagrafica in SIVA ai criteri degli stabilimenti alimentari della Master List.**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

**Razionale dell'intervento:** Una anagrafe aggiornata degli stabilimenti di produzione, implementata secondo criteri nazionali condivisi, consente all'Autorità Competente di individuare con precisione il numero, le tipologie di strutture e i tipi di alimenti prodotti e di programmare sulla base della valutazione del rischio gli opportuni controlli ufficiali. Inoltre in caso di allerte alimentari consente di individuare tempestivamente gli operatori del settore alimentare coinvolti e quindi di adottare rapidamente gli opportuni interventi a tutela della salute pubblica.

**Obiettivo Centrale:** 10.4 Completare i sistemi anagrafici

**Obiettivo/i Specifico/i:** adeguamento ed implementazione anagrafe regionale degli stabilimenti di produzione.

**Attori e portatori di interesse:**

I Servizi di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, i Servizi di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche e i Servizi di Sanità Animale dei Dipartimenti di Prevenzione delle AAVV, i Laboratori dell'IZSUM e dell'ARPAM, gli OSA.

**Beneficiari:** Servizi competenti del DdP, Laboratori ufficiali, OSA, Associazioni di categoria

**Fasi di Articolazione:**

La linea di intervento prevede:

- Analisi dello stato attuale
- Creazione di tabelle di transcodifica
- Trasferimento dati
- 100% imprese anagrafate correttamente sul totale delle registrate

**Criticità:**

Situazioni da gestire singolarmente (particolari tipologie di imprese alimentari)

**Indicatori:**

% imprese anagrafate correttamente sul totale delle registrate

**Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

Valore baseline regionale: Non rilevato

Standard di riferimento regionale: conformità completa delle anagrafi regionali alla masterlist 852

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: % imprese anagrafate correttamente sul totale delle registrate
- o Fonte: SIVA
- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o N° imprese anagrafate secondo master list / totale imprese anagrafate
- o Valore baseline 0

GA



seduta del 15 LUG 2015  
delibera  
540

pag. 327

Tabella: Linea di Intervento 11-3 "Adeguamento dell'anagrafica in SIVA ai criteri degli stabilimenti alimentari della Master List"

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
2.10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	10.4 Completare i sistemi anagrafici	Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"	Quantitativo	0	100% In ogni Regione conformità completa delle anagrafi regionali, o in alternativa delle ASL, alla masterlist 852	Implementazione anagrafe regionale	Adeguamento dell'anagrafica in SIVA ai criteri degli stabilimenti alimentari della Master List.	% imprese anagrafate correttamente	50%	75%	100%	Asur-Regione/ SIVA-NSIS



**11-4 Pianificazione attività di campionamento ufficiale con i laboratori designati.**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

**Razionale dell'intervento:** la ricerca di nuove molecole nelle matrici alimentari e mangimistiche e l'aumento del livello richiesto di prestazione analitica delle metodiche comporta un continuo miglioramento del livello di attività dei laboratori ufficiali. Quindi solo un'adeguata capacità della rete dei laboratori pubblici può consentire, in un contesto di sempre maggiore integrazione fra i diversi laboratori, il più ampio spettro di possibilità analitiche.

**Obiettivo Centrale:**

10.7 Assicurare un'adeguata capacità della rete dei laboratori pubblici

**Obiettivo/i Specifico/i:**

Predisposizione di un documento integrato fra regione e laboratori ufficiali su:

- Pianificazione dell'attività di campionamento con i laboratori ufficiali
- Capacità dei laboratori di soddisfare quantitativamente e qualitativamente le esigenze del controllo ufficiale
- Criteri e modalità per designazione e revoca laboratori ufficiali
- Criteri e modalità di interfaccia tra ACR/ACL e laboratori ufficiali

**Attori e portatori di interesse:**

I Servizi di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, i Servizi di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche e i Servizi di Sanità Animale dei Dipartimenti di Prevenzione delle AAVV, i Laboratori dell'IZSUM e dell'ARPAM.

**Beneficiari:**

I Servizi del Dipartimento di Prevenzione di cui sopra, i Laboratori ufficiali, gli OSA, Associazioni di categoria.

**Fasi di Articolazione:**

La linea di intervento prevede:

- Esame e valutazione degli atti esistenti concernenti i quattro punti dell'obiettivo specifico
- Valutazione esigenze del controllo ufficiale in rapporto alle capacità dei laboratori
- Rivalutazione del protocollo di intesa fra ARPAM e IZSUM per l'integrazione e la collaborazione ai fini dell'attività analitica
- Predisposizione bozza del documento
- Emanazione documento

**Criticità:**

Analisi particolarmente complesse e/o costose.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

Valore baseline regionale: non rilevato,

Standard di riferimento regionale: emanazione del documento

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: emanazione documento
- o Fonte: set di analisi di IZSUM e ARPAM
- o Tipologia: indicatore qualitativo
- o Modalità in cui viene costruito: presenza/assenza documento
- o Valore baseline: Non rilevato





seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

329 pag.

Tabella: Linea di intervento 11-4 "Pianificazione attività di campionamento ufficiale con i laboratori designati"

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo				Sorveglianza/ Fonte
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	10.7 Assicurare un'adeguata capacità della rete dei laboratori pubblici	Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013	Qualitativo	Non rilevato	100% In ogni Regione evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfa le esigenze previste (comunitarie, nazionali e locali, ivi incluse quelle laboratoristiche)	Predisposizione documento integrato fra regione e laboratori ufficiali su - pianificazione dei campionamenti - capacità dei laboratori di soddisfare quantitativamente e qualitativamente le esigenze del CU - criteri e modalità per designazione e revoca laboratori ufficiali - criteri e modalità di interfaccia tra ACR/ACL e laboratori ufficiali	Pianificazione attività di campionamento ufficiale con i laboratori designati	Emanazione documento	Esame e valutazione degli atti esistenti e valutazione esigenze del CU in rapporto alle capacità dei laboratori	Rivalutazione del protocollo di intesa fra ARPAM e IZSUM	Emanazione documento	Regione



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 330
-------------

**11-5 Reazioni avverse al cibo: l'OSA Formato.**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

**Razionale dell'intervento:** Nella Regione Marche si contano almeno 3270 celiaci, mentre mancano dati regionali relativi alla stima dei soggetti presentanti reazioni avverse al cibo di tipo allergico. Per contrastarne i possibili effetti dannosi sulla salute si rende necessario attuare Corsi Informativi/Formativi rivolti agli OSA per renderli in grado di offrire agli utenti le migliori garanzie di informazione sulla offerta dei cibi e della bevande proposte alla vendita/somministrazione.

**Obiettivo Centrale:**

Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti ivi incluse le persone celiache.

**Obiettivo/i Specifico/i:**

Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli OSA.

**Attori e portatori di interesse:**

SIAN, OSA, ARC, AIC, Associazioni di categoria, Associazioni dei Consumatori.

**Beneficiari:**

OSA/Cittadini

**Fasi di Articolazione:**

La linea di intervento prevede:

- Definizione di linee informative/formative su allergie ed intolleranze alimentari e di materiale base (materiale formativo) per gli incontri con gli OSA.
- Definizione dei percorsi informativi/formativi per gli OSA e delle forme di collaborazione richieste all'AIC.
- Attuazione degli interventi informativi/formativi nella misura di almeno 4 all'anno nella Regione.

**Criticità:**

Tutta la programmazione è legata alla possibilità della Rete Regionale dei Sian di disporre di sufficiente personale operativo, nel senso di non vederne diminuita la consistenza nel corso del periodo di vigenza del PRP 2014/2018.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

Valore Baseline regionale: Non rilevato

Standard di riferimento regionale: Realizzazione delle azioni informative/formative

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: N° Corsi informativi/formativi attuati
- o Fonte: Report documentati
- o Tipologia: indicatore quantitativo
- o Modalità in cui viene costruito: riepilogo atti documentali
- o Valore baseline: 0



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
331

Tabella: Linea di Intervento 11-5 "Reazioni avverse al cibo: l'OSA formato"

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Indicatori di processo			Sorveglianza/ Fonte
		Nome indicatore	Tipo	Valore di baseline	Standard				Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	10.9.1 Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celache	Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazioni e per gli operatori del settore alimentare	Quantitativo	Non rilevato	Almeno 4 incontri formativi nella regione all'anno	Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazioni e per gli OSA.	Reazioni avverse al cibo l'OSA formato	N° Corsi informativi/formativi attuali	4 incontri svolti nella Regione	4 incontri svolti nella Regione	4 incontri svolti nella Regione	Regione



**11-6 Poco sale, ma iodato: una scelta consapevole**

**Breve descrizione dell'Intervento programmato:**

**Razionale dell'Intervento:**

Il consumo eccessivo di sale nell'alimentazione è responsabile dello sviluppo di malattie cardio-cerebrovascolari, tumori, osteoporosi, malattie renali. Per questo l'OMS raccomanda un consumo giornaliero di sale inferiore ai 5 g al giorno. In Italia, però, ancora oggi, il consumo medio è quasi il doppio della quantità di sale raccomandata. Quanto sopra emerge anche da due recenti progetti CCM sviluppati nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/health examination survey nei quali è stato studiato un campione nazionale rappresentativo della popolazione. Dalla determinazione di sodio e potassio nelle urine delle 24 ore è emerso un consumo giornaliero di sale negli uomini di 10.8g e nelle donne di 8.4g; anche in un campione di bambini tra 8 ed 11 anni, i valori medi di consumo sono risultati di 7.4g nei maschi e 6.7 g nelle femmine.

Le linee guida suggeriscono non soltanto di ridurre il consumo di sale ma anche di prediligere l'uso del sale iodato per contrastare le patologie da carenza iodica.

In assenza di dati regionali recenti inerenti la percentuale degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) che in esercizi di vendita e/o di ristorazione collettiva mette a disposizione del cittadino sale iodato, si rende necessario predisporre interventi di controllo ufficiale per poter disporre di elementi baseline futuri, preceduti azioni informative sul contenuto della L. 5/2005 indirizzate alle Associazioni di categoria, alla Federazione Italiana Tabaccai (FIT), alle Associazioni dei diritti dei consumatori, alle Aziende di Ristorazione Collettiva (ARC) ed ai Comitati Mensa. Necessario inoltre, al fine di standardizzare l'invio dei dati, predisporre un protocollo di trasmissione al Ministero della salute ed all'ISS (Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia - OSNAMI) dei dati emersi a seguito dello svolgersi dagli atti di controllo ufficiale.

Nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse risulta utile una informazione/formazione che abbinii i due aspetti (meno sale, ma iodato), infatti gli OSA prima ancora di essere operatori del settore sono cittadini a loro volta consumatori.

**Obiettivo Centrale:**

- 10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica
- 1.8 Ridurre il consumo di sale

**Obiettivo/i Specifico/i:**

Istituzione di un protocollo per trasmettere i dati dell'attività di controllo ufficiale al Ministero della Salute e all'ISS (OSNAMI)

Ridurre la prevalenza di soggetti di 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o di cibi salati (definizione operativa)

**Attori e portatori di interesse:**

SIAN, OSA, ARC, FIT, Associazioni di categoria, Associazioni dei Consumatori.

**Beneficiari:**

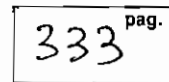
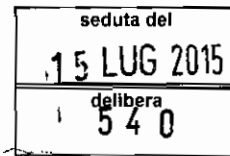
Cittadini/ Ministero della Salute/ISS (OSNAMI).

**Fasi di Articolazione:**

La linea di intervento prevede:

- Attuazione delle azioni propedeutiche all'attivazione dei controlli ufficiali:

2



- o Informazione sul contenuto della L.5/2005 indirizzata alle Associazioni di categoria, alla FIT, alle Associazioni dei diritti dei consumatori alle ARC ed ai Comitati Mensa e sulle linee guida di un corretto utilizzo del contenuto di sale negli alimenti, al fine di ridurre l'eccessivo consumo
- o Elaborazione di una check list di supporto al controllo ufficiale
- Protocollo di flusso informativo col Ministero della Salute e con l'ISS (OSNAMI)
- Attuazione dell'attività di controllo ufficiale sull' 1% delle imprese alimentari interessate annualmente
- Invio dati di controllo ufficiale secondo il protocollo definito

**Criticità:**

Tutta la programmazione è legata alla possibilità della Rete Regionale dei Sian di disporre di sufficiente personale operativo, nel senso di non vederne diminuita la presenza nel corso del periodo di vigenza del PRP 2014/2018.

**Indicatori:**

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

**10.10.2** Proporzioni di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva.

Valore Baseline regionale: Non rilevato

Standard di riferimento regionale: Esistenza di un percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato al Ministero della salute e all'INS (Osservatorio Nazionale Iodoprofilassi).

**1.8.2** Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale

Valore baseline regionale: 27,7%

Standard di riferimento regionale: 19,4%

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: Predisposizione protocollo
- o Fonte: Regione
- o Tipologia: indicatore qualitativo
- o Modalità in cui viene costruito: SIVA, atti di flusso informativo
- o Valore baseline: non rilevato
  
- o Definizione: % di imprese controllate sul totale programmate
- o Fonte: ASUR
- o Tipologia: indicatore quantitativo
- o Modalità in cui viene costruito: SIVA, atti di flusso informativo
- o Valore baseline: non rilevato
  
- o Definizione: Incontri informativi/formativi sull'importanza della riduzione del consumo di sale e sviluppo consumo di sale iodato
- o Fonte: ASUR
- o Tipologia: indicatore quantitativo
- o Modalità in cui viene costruito: Report
- o Valore baseline: non rilevato



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
334

Tabella: Linea di intervento 11-5 "Poco sale ma iodato una scelta consapevole"		Indicatori di processo										
Microobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/ultimo	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di intervento	Nome Indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sovraplanza/ Fonte
2.10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanitaria pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	1.0.2 Ridurre i disordini da carenza iodica	10.1.0.2 Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva.	Quantitativo	27,7%	19,4%	Realizzazione programma informativo/fortificanti	Poco sale, ma iodato: una scelta consapevole	Protocollo trasmissione dati a min Salute	100%, imprese controllate sul totale da controllare, invio tramite dati di protocollo	100%, imprese controllate sul totale da controllare, invio tramite dati di protocollo	100%, imprese controllate sul totale da controllare, invio tramite dati di protocollo	Regione
2.1 ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbidità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.8 Ridurre il consumo giornaliero di sale	1.8.2 Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale	Quantitativo	27,7%	19,4%	Realizzazione programma informativo/fortificanti	Poco sale, ma iodato: una scelta consapevole	Incontri informativi/fortificanti sull'importanza del consumo di sale e sviluppo consumo di sale iodato	4 incontri informativi/fortificanti nella regione all'anno	4 incontri informativi/fortificanti nella regione all'anno	4 incontri informativi/fortificanti nella regione all'anno	Regione

Programma 11- Sicurezza alimentare  
pag. 17



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 335
-------------

11-7 Tecniche e organizzazione del controllo ufficiale: aspetti relativi alla formazione e agli audit.

Breve descrizione dell'intervento programmato:

**Razionale dell'intervento:**

L'attività di formazione degli operatori addetti al controllo ufficiale è fondamentale per garantire controlli efficaci, efficienti ed appropriati. L'attività di audit rappresenta la tecnica di controllo ufficiale più completa fra quelle previste dalla regolamentazione comunitaria. Gli audit sugli OSA verificano che gli operatori abbiano un sistema di controllo della produzione che garantisca costantemente la produzione e l'immissione in commercio di alimenti sicuri. Alla luce delle risultanze emerse gli OSA devono prendere le misure appropriate.

Gli audit sulle Autorità Competenti sono volti a verificare la conformità dei Controlli Ufficiali (CU) alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali, nonché il conseguimento degli obiettivi definiti nel Regolamento (CE) 882/2004 ed accertare il rispetto di quanto previsto dall'articolo 17, paragrafo 2 del Regolamento (CE) 178/2002. Anche in questo caso alla luce dei risultati emersi nel corso delle attività di audit, le Autorità Competenti Locali oggetto di audit devono prendere le misure appropriate.

**Obiettivo Centrale:**

10.11.1 Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale  
10.12.1 Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004.

**Obiettivo/i Specifico/i:**

Individuazione del percorso formativo per la formazione del 100% del personale addetto al controllo ufficiale per il primo percorso di approfondimento del pacchetto igiene; individuare il percorso per il mantenimento della qualifica del predetto personale.

Pianificazione dell'attività di audit in modo tale che tutte le ACL e tutti i sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" siano stati verificati entro il 2018.

**Attori e portatori di interesse:**

Servizi di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, i Servizi di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche e i Servizi di Sanità Animale dei Dipartimenti di Prevenzione delle AAVV, i Laboratori dell'IZSUM e dell'ARPAM.

**Beneficiari:**

Servizi del Dipartimento di Prevenzione di cui sopra, i Laboratori ufficiali, gli OSA.

**Fasi di Articolazione:**

La linea di intervento prevede:

- Analisi dello stato attuale.
- Attuazione delle previsioni della DGRM 1741/2013 sulle linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle AC, in particolare i capitoli 2 e 3.
- Attuazione delle previsioni della DGRM 1244/2014 sulla realizzazione di audit regionali sulle Autorità Competenti Locali.



**Criticità:**

Al momento non si rilevano criticità particolari.

**Indicatori:**

% di audit su ACL/sistemi di controllo Country Profile su numero di audit programmati/sistemi di controllo Country Profile da coprire.

**Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale**

Valore baseline regionale: % personale formato ad oggi – 4 ACL auditate su 20 nel 2014/25% di sistemi di controllo coperti.

Standard di riferimento regionale: esecuzione corsi di formazione; esecuzione di audit su ACL.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/I di processo**

- Definizione: % percentuale di personale formato sul numero di personale presente
- Fonte: ASUR
- Tipologia: Indicatore quantitativo)
- Modalità in cui viene costruito: % di personale formato/totale di operatori addetti al controllo ufficiale; % di audit eseguiti sulle ACL -% di sistemi di controllo coperti/numero totale di ACL - numero totale sistemi di controllo da coprire
- Valore baseline: % personale formato ad oggi.
- Definizione: % di audit su ACL
- Fonte: Regione Marche
- Tipologia: Indicatore quantitativo)
- Modalità in cui viene costruito: % di audit eseguiti sulle ACL -% di sistemi di controllo coperti/numero totale di ACL - numero totale sistemi di controllo da coprire
- Valore baseline: 4 ACL auditate su 20 nel 2014/25% di sistemi di controllo coperti.





seduta del  
15 LUG 2019  
delibera  
540

pag.  
337

Tabella: Linea di Intervento 11-7 "Tecniche e organizzazione del controllo ufficiale: aspetti relativi alla formazione e agli audit"

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali					Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo				Sorveglianza/Fonte
		Nome Indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale		Nome Indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
10. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	10.11.1 Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale	Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente	Quantitativo	% personale formato ad oggi	100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR è formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto igiene) entro il 2018. Programmazione della formazione di mantenimento per il 100% del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso	Individuazione di un percorso formativo per la formazione del 100% del personale addetto al controllo ufficiale; individuare il percorso per il mantenimento della qualifica del personale	Tecnica e organizzazione del controllo ufficiale: aspetti relativi alla formazione e agli audit	% percentuale di personale formato	50%	60%	100%	Regione
	10.12.1 Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004	Rendicontazione dell'attività di audit svolta	Quantitativo	4 ACL auditate su 20 nel 2014/25% di sistemi di controllo coperti	100% Tutte le articolazioni organizzative territoriali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria sottoposte ad audit con copertura di tutti i sistemi di controllo di cui il "Country Profile Italia" dalla Commissione europea	Pianificazione dell'attività di audit su tutte le ACL e su tutti i sistemi di controllo di cui il "country profile Italia"		% di audit su ACL	50%	75%	100%	Regione



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
338

**PROGRAMMA N. 12 PREVENZIONE DELLA MALATTIE INFETTIVE TRASMISSIBILI**

**Tabella riepilogativa**

<i>Macroobiettivo di pertinenza</i>	<i>Obiettivi centrali</i>	<i>Obiettivi specifici regionali</i>	
<b>Macro Obiettivo 9</b> Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.1 Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	Completare l'attuazione del Piano Morbillo-Rosolia nelle Marche	
	9.2 Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce		
	9.3 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	Rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive nelle Marche	
	9.4 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (MMG, Ospedali, Laboratori)		
	9.5 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	Gestione delle malattie infettive "croniche" nelle Marche	
	9.10 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	Creare una rete regionale di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	
	9.11 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale		Monitorare su base annuale il consumo di ATB ospedaliero, territoriale e veterinario
			Promuovere il corretto uso degli ATB tra il personale medico e sensibilizzarlo sul problema dell'antibiotico resistenza
	9.12 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso di antibiotici		Promuovere maggior cultura e informazione nella popolazione generale e nelle attività produttive sull'importanza di un uso appropriato degli ATB
	9.13 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza		Definire e attivare programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'Assistenza
<b>Macro Obiettivo 10</b> Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria (PNI)	Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza nella corretta gestione del farmaco	Adottare un sistema informatizzato per la gestione del farmaco veterinario	
	Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali, laboratori di diagnostica, sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica, sorveglianza del settore alimentare e veterinario	Produrre linee guida per la standardizzazione dei protocolli diagnostici ospedalieri per la diagnosi delle zoonosi nell'uomo	
	Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	Adottare protocolli operativi destinati alla sorveglianza delle malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	

**Razionale e descrizione del programma:**

Nonostante i notevoli miglioramenti dello stato di salute generale e la progressiva riduzione di mortalità e morbosità ascrivibili alle malattie infettive, queste rimangono una delle principali cause di sofferenza, disabilità e morte nel mondo e nei Paesi occidentali rappresentano una delle principali cause di mortalità evitabile. È necessario dunque mantenere elevato l'impegno preposto alla prevenzione delle malattie infettive.

Il PNP 2014-2018 definisce, in particolare, gli ambiti di intervento ritenuti prioritari e sui cui verranno concentrate le principali attività preventive.

- MORBILLO e ROSOLIA: nonostante da parecchi anni siano in vigore piani di eradicazione di morbillo e rosolia congenita l'obiettivo del contenimento di queste malattie infettive sembra



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 339
-------------

sfumare. Nelle Marche la significativa riduzione delle coperture vaccinali registrate negli ultimi anni determina il rischio di estese epidemie.

- **MALATTIE INVASIVE BATTERICHE:** Le malattie invasive batteriche rimangono un importante problema di sanità pubblica soprattutto tra i bambini, i giovani adulti e gli anziani sia per la severità dei quadri clinici che, in alcuni casi, per la loro frequenza. Nelle Marche è necessario migliorare l'accertamento della loro eziologia, promuovendo il miglioramento della diagnosi microbiologica e la tipizzazione molecolare per poter meglio descrivere la frequenza dei casi, la distribuzione dei sierogruppi/sierotipi circolanti ed anche poter definire la quota di infezioni prevenibili con vaccino e gli eventuali casi di fallimento vaccinale.
- **INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE e HIV/AIDS:** Le malattie sessualmente trasmesse (MST) sono molto diffuse e interessano, nel mondo, più di un milione di persone ogni anno e in Italia i dati del Sistema di sorveglianza sentinella delle MST evidenziano un aumento di queste patologie. Sebbene negli ultimi anni l'incidenza e il numero di decessi per AIDS per anno continuo a diminuire, grazie anche all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate, continua a crescere la quota di nuove infezioni attribuibili a rapporti sessuali non protetti (nel 2011 il 78,8% di tutte le segnalazioni). Altro dato di rilievo è che nelle Marche, nel 2011, oltre i due terzi dei casi (78%) di nuova diagnosi di HIV era già in AIDS (peggiore del dato medio nazionale, pari al 56%), evidenziando un ritardo nella diagnosi. **TUBERCOLOSI:** Nelle Marche, come in Italia, l'attuale situazione epidemiologica è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale (7,7x100.000 abitanti nel 2010). Tuttavia, l'incidenza è maggiore in alcuni gruppi a rischio (soggetti di nazionalità straniera) e in alcune aree metropolitane dove può addirittura quadruplicare. Inoltre si osserva un trend in aumento nella classe di età 15-24 anni rispetto alle altre classi.
- **ANTIBIOTICO RESISTENZA:** Il problema dell'antibioticoresistenza rappresenta un rischio significativo per la salute pubblica. Il più recente rapporto del sistema di sorveglianza europeo (EARS-Net dell'ECDC) mostra come l'Italia sia uno dei Paesi europei ove è maggiore la diffusione di microrganismi antibioticoresistenti, spesso anche multiresistenti come testimoniato dalla recente diffusione endemica di enterobatteri resistenti ai farmaci di ultima linea (Enterobatteri produttori di carbapenemasi - CPE), per i quali nel 2013 è stata attivata dal Ministero della Salute una sorveglianza nazionale. Le campagne nazionali condotte da AIFA e ISS dal 2007 al 2012 hanno contribuito a promuovere una maggiore consapevolezza tra i cittadini sulla necessità di un uso più appropriato degli antibiotici. Ma l'effetto di tali campagne si esaurisce nel tempo e vi è bisogno di rinforzi continui. È anche importante promuovere tra i giovani (che rappresentano i futuri consumatori) una maggiore percezione dell'importanza degli antibiotici e della necessità di preservarli, in quanto rappresentano una risorsa non rinnovabile.
- **INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA:** Il rischio di contrarre una infezione nel corso di un episodio assistenziale è significativo, sia negli ospedali per acuti che nelle strutture residenziali per anziani. L'ECDC stima che ogni anno più di 4 milioni di abitanti nella Comunità Europea acquisiscano una infezione correlata all'assistenza e che almeno 37.000 persone muoiano per effetto diretto di tale infezione. Il 30% almeno di queste infezioni è prevenibile con misure preventive e di controllo. La prevalenza rilevata in Italia è in linea con la media europea; tuttavia, il problema in Italia è reso più drammatico dal fatto che molte di queste infezioni sono sostenute da microrganismi multiresistenti e dalla scarsa diffusione di pratiche efficaci a ridurre la trasmissione, quali l'igiene delle mani. Esiste, inoltre, una significativa variabilità, sia nella partecipazione ai sistemi di sorveglianza nazionale che nel livello di governo della prevenzione delle ICA a livello regionale. Ciò si traduce nella non uniforme e efficace adozione di pratiche assistenziali considerate ormai a livello globale come essenziali per prevenire la trasmissione



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

pag.
340

di infezioni in ambito assistenziale e, di conseguenza, in rischi evitabili per la sicurezza del paziente.

- **ZOONOSI:** Nel corso del tempo, lo scenario epidemiologico delle zoonosi (alimentari e non) è profondamente cambiato in tutto il mondo. Sono più di 200 le malattie classificabili come "zoonosi" e circa il 75% delle malattie emergenti e riemergenti in Europa negli ultimi 10 anni è stato trasmesso da animali o da prodotti di origine animale. Sono stati scoperti e sono riapparsi nuovi agenti patogeni (encefalite spongiforme nei paesi europei, infezioni da E. coli produttori di verocitotossina, nuovi sierotipi emergenti di Salmonella, West Nile virus, influenza aviaria). Pertanto, la Commissione Europea (Direttiva 2003/99/CE) ha ufficialmente impegnato gli Stati Membri ad introdurre sistemi di sorveglianza più efficaci e coordinati ed ha sottolineato l'importanza di raccogliere dati attendibili sull'incidenza delle zoonosi di origine alimentare e non. Ogni anno l'ECDC in collaborazione con l'EFSA pubblica un rapporto sulle zoonosi in Europa. Nell'ultimo rapporto, relativo ai dati del 2011, la zoonosi più notificata in Italia appare essere la salmonellosi con 3.344 casi confermati (95.548 casi complessivi in Europa), mentre sono stati notificati solo 468 casi confermati di campilobacteriosi, che in Europa rappresenta la zoonosi più frequente con oltre 220.000 casi confermati. Tali dati sono, infatti, spesso distorti dalla sottotifica e dalla mancata diagnosi eziologica attribuibile ad uno scarso ricorso ad accertamenti di laboratorio. Inoltre, la trasmissione delle informazioni è, spesso, poco tempestiva e non permette di condurre tutte le indagini necessarie a stabilire la fonte e le modalità di trasmissione.

Anche le attività di sorveglianza della fauna selvatica possono rientrare nella logica della 'One Health' al pari della sorveglianza delle malattie degli animali domestici, già in essere, perché i selvatici possono rappresentare i vettori o i reservoir o semplicemente degli ospiti occasionali di malattie anche a carattere zoonosico. Attualmente, la sorveglianza sanitaria sulla fauna selvatica è orientata verso le seguenti malattie infettive: Influenza Aviaria, West Nile Disease, Tuberculosis, Rabbia, malattia di Newcastle e trichinella spp. Le attività di sorveglianza dovrebbero essere aggiornabili nel tempo in funzione della situazione epidemiologica nazionale e regionale.

#### Contrasto alle disuguaglianze:

Utile nel contrasto a potenziali disuguaglianze saranno le azioni finalizzate ad uniformare le attività diagnostiche nel territorio regionale e in particolare a definire procedure diagnostiche per le principali malattie infettive, in accordo con l'avvenuta identificazione dei "Centri diagnostici di riferimento per malattie infettive di interesse per la tutela della salute pubblica" (DGR 515/2014).

Il ricorso agli accertamenti di laboratorio e alla standardizzazione dei protocolli è di importanza particolarmente rilevante per la diagnosi di laboratorio delle zoonosi, e consentirà di garantire la stessa "presa in carico" in tutto il territorio regionale.

Alcune attività previste dal presente programma saranno poi specificamente mirate al contrasto delle disuguaglianze di salute; il riferimento è alle attività previste dal PNEMoRc 2010-2015, che pone particolare rilievo al raggiungimento delle cosiddette popolazioni "hard to reach", es. minoranze etniche.

#### Evidence:

Le azioni previste dal PNEMoRc 2010-2015 sono azioni ritenute efficaci per il raggiungimento degli obiettivi di contenimento e progressiva eliminazione di morbillo e rosolia congenita.

L'antibiotico resistenza causa 25000 decessi all'anno nella UE e i costi diretti ed indiretti attribuibili al fenomeno sono quantificati in un ammontare pari a 1,5 miliardi di euro all'anno. Una corretta rintracciabilità, un uso responsabile del farmaco veterinario e l'analisi delle quantità di farmaco



seduta del 15 LUG 2015
delibera 1 340

pag. 341
-------------

utilizzate sono necessari al fine di prevenire l'incremento del fenomeno. Il monitoraggio e la promozione dell'uso responsabile sono campi previsti dal piano d'azione quinquennale sull'antibiotico resistenza predisposto dalla Commissione Europea.

Su un argomento tanto complesso quanto quello della prevenzione delle zoonosi appaiono di elevato interesse le raccomandazioni del National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID) dei CDC. Tale organismo, nel "Framework for preventing infectious diseases", indica alcune azioni prioritarie, con il fine di migliorare la capacità di prevenire le malattie infettive conosciute, riconoscere e controllare quelle rare o emergenti:

- il rafforzamento della sorveglianza basata sui laboratori delle malattie;
- il miglioramento della capacità di raccogliere in modo automatizzato e trasmettere tempestivamente dati utili per portare avanti interventi efficaci;
- Il miglioramento della circolazione delle informazioni sulla diffusione delle malattie infettive, tra clinici e laboratori, utilizzando sistemi automatici di trasmissione dei dati.

Per rendere più sensibile e specifico il processo diagnostico complessivo di queste patologie, è necessario quindi potenziare le capacità di laboratorio a livello territoriale e promuovere l'adozione di protocolli per la diagnosi delle principali zoonosi. Tale approccio sarà esteso, anche per mezzo delle azioni previste dal presente Programma, alle principali malattie infettive di interesse prioritario per la tutela della Salute pubblica.

#### Sostenibilità:

Gran parte delle azioni previste da questo programma risultano essere l'ideale prosecuzione di azioni già pianificate e consolidate sul territorio regionale. È il caso del Piano Nazionale di Eradicazione Morbillo e Rosolia congenita – PNEMoRc 2010-2015, recepito dalla Regione Marche con DGR 497/2012 o della DGR 479/2013 "Revisione delle Linee guida per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della malattia tubercolare nelle Marche. Altre saranno azioni proposte ex novo che presentano un profilo di alta sostenibilità; altre ancora, al contrario, richiederanno l'impegno di risorse sufficienti (ad esempio nella linea d'intervento 12.9, al fine di poter implementare il nuovo sistema informatico per la gestione del farmaco veterinario che permetta la dematerializzazione delle ricette, il monitoraggio dei consumi ed il miglioramento degli strumenti di rintracciabilità).

In riferimento alle zoonosi, nelle Marche il settore della sorveglianza delle zoonosi è stato affrontato in passato con il progetto CCM "Sorveglianza Zoonosi: alleanza prevenzione, ospedale, territorio" e con la linea progettuale del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 "Lotta a Chikungunya, West Nile Disease Dengue e principali zoonosi". Questi progetti, che avevano come obiettivi il miglioramento della sorveglianza delle zoonosi attraverso l'integrazione medico – veterinaria, la formazione dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Laboratori Ospedalieri, hanno promosso una sensibilità elevata verso questa problematica e una rete di collaborazione interistituzionale e interprofessionale. Inoltre grazie a queste attività progettuali è stato creato un tavolo di lavoro tra operatori dei laboratori ospedalieri e dell'Istituto Zooprofilattico, per un confronto sulle metodiche di laboratorio utilizzate per la diagnosi delle zoonosi.

Il settore specifico della diagnosi di laboratorio, risultato strategico alla fine di queste linee progettuali, è stato ripreso dal progetto CCM "Sorveglianza delle zoonosi e delle malattie da vettori: razionalizzazione dell'approccio diagnostico di laboratorio e dei flussi informativi per la pianificazione degli interventi in campo medico e veterinario", attualmente in corso, del quale è capofila la regione Marche e che coinvolge Emilia Romagna, Lombardia, Lazio e Sicilia. Il progetto, nato dalla consapevolezza che il laboratorio diagnostico rappresenta un punto di osservazione per



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag.  
342

il miglioramento della sorveglianza delle zoonosi, ha come obiettivo la produzione di linee guida per la standardizzazione della diagnosi di laboratorio delle zoonosi.

**Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione:**

Sistema Informativo Veterinaria Alimenti (SIVA). Sistema informativo NSIS PreMal. Sistemi di sorveglianza speciale con piattaforme web dedicate (SEIEVA, Morbillo e Rosolia congenita, Malattie Batteriche Invasive). Per le attività di sviluppo dei programmi/protocolli di sorveglianza sugli animali selvatici ci si avvarrà delle valutazioni epidemiologico-statistiche fornite dal CERV (Centro Epidemiologico Veterinario Regionale). Sarà attivato un sistema di sorveglianza passiva e/o attiva che consenta di monitorare la situazione epidemiologica per le malattie di cui alla definizione ossia per Influenza aviaria, West Nile disease, malattia di Newcastle, Tubercolosi.



**12 – 1: Verso l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia nelle Marche**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

**Razionale dell'intervento:**

Nel 2000 su 1.7 milioni di morti infantili evitabili con i vaccini la quota di morti infantili attribuita al morbillo era stimata superiore al 45%. L'avvio del Piano globale di eliminazione del morbillo ha contribuito ad una rilevante riduzione del "burden of disease" della malattia. La Regione Marche ha recepito il primo Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc 2003) con la DGR 548/2004 e successivamente ha recepito il PNEMoRc 2010-2015 con la DGR 497/2012. Nonostante gli sforzi straordinari posti in essere a tutti i livelli l'obiettivo dell'eliminazione del morbillo in Italia è ben lontano dall'essere raggiunto.

Nell'ultimo anno di vigenza del PNEMoRc 2010-2015 è necessario inquadrare le azioni da esso previste nella cornice istituzionale del Piano Regionale della Prevenzione, al fine di proseguire nella implementazione delle attività pianificate e dare continuità alle stesse, procedendo oltre la formale scadenza del PNEMoRc.

In questa linea d'intervento si prendono in considerazione gli obiettivi del PNEMoRc che riguardano il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della malattia, delle indagini epidemiologiche successive alla emergenza di casi di morbillo e la gestione dei focolai epidemici.

**Obiettivi Centrali**

- 9.1 - Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie.
- 9.2 - Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce.

**Obiettivo Specifico**

- Completare l'attuazione del Piano Morbillo-Rosolia nelle Marche.

**Attori e portatori di interesse**

SISP, Malattie Infettive, SOD Virologia (Centro regionale diagnostico di riferimento), Popolazione generale.

**Beneficiari**

Popolazione generale.

**Fasi di Articolazione**

- Condivisione delle procedure per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita con il personale dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica al fine di migliorare:
  - o i tempi di avvio delle indagini epidemiologiche;
  - o le attività diagnostiche per la necessaria conferma di laboratorio.
- Formazione dei MMG, PLS e medici ospedalieri, inclusi i medici di Pronto Soccorso e gli specialisti del caso per il miglioramento delle attività di notifica dei casi sospetti di morbillo (infettivologi), rosolia in gravidanza (ginecologi e ostetrici) e rosolia congenita (ostetrici, neonatologi, cardiologi, oftalmologi, audiologi, neurologi). Verrà utilizzata allo scopo la



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

344 pag.

capillare attività formativa prevista dalla linea d'intervento 9.4 – "Comunicare in un sistema vaccinale maturo".

- Elaborare una procedura condivisa con la SOD Virologia dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona per l'esecuzione dei prelievi e l'invio dei campioni da testare ai fini diagnostici.
- Verificare che il laboratorio di riferimento regionale sia in grado di garantire i test necessari e le indagini di genotipizzazione.
- Garantire il ritorno delle informazioni agli operatori mediante l'invio di bollettini periodici.

**Criticità**

Le ridotte coperture vaccinali registrate negli ultimi anni nella regione Marche (MPR prima dose <90% nei bambini a 24 mesi) rendono il territorio regionale suscettibile ad estese epidemie di morbillo. In questa situazione i periodi interepidemici tendono a ridursi a meno di 5 anni. Il numero dei casi di morbillo notificato negli ultimi anni è relativamente basso e il contestuale incremento della quota di popolazione suscettibile rende probabile epidemie con un numero di casi di malattia superiore rispetto alle capacità diagnostiche del laboratorio di riferimento regionale.

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

9.1-2.1 Proporzione dei casi di morbillo /rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio.

Valore Baseline regionale: 72,1% (2013)

Standard di riferimento regionale: > 90%

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- o Definizione: elaborazione procedure per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita
- o Fonte: ARS Marche
- o Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo): qualitativo
- o Valore baseline NR
  
- o Definizione: Procedure di invio dei campioni
- o Fonte: ARS Marche
- o Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo) qualitativo
- o Valore baseline NR





seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
345

Tabella linea attività 12 -1 – Verso l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia nelle Marche

Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali						Indicatori di processo						
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/linea	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2015	Sorveglianza Fonte
MO 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	Proporzione dei casi di morbillo /rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	Quantitativo	72,1% morbillo NR rosolia	> 90%	Completare l'attuazione del Piano Morbillo-Rosolia nelle Marche	VERSO L'ELIMINAZIONE DEL MORBILLO E DELLA ROSOLIA NELLE MARCHE	Procedure sorveglianza epidemiologica	Procedure adottate	monitoraggio	Report regionale	Regione Marche
	9.2 - Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce							Procedure invio campioni	Procedure adottate	Monitoraggio	Report Regionale	Regione Marche



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

346<sup>pag.</sup>

## 12 - 2 - Per una migliore Sorveglianza delle Malattie Infettive nelle Marche

### Breve descrizione dell'intervento programmato:

#### Razionale dell'intervento:

Con la DGR 515 del 28 aprile 2014 sono stati individuati i centri regionali diagnostici di riferimento per malattie infettive di interesse per la tutela della salute pubblica, ovvero arboviroosi, influenza, legionellosi, malattie batteriche invasive, Morbillo, Rosolia e Tubercolosi. A ciò non ha fatto seguito la definizione di procedure chiare ed univoche per la raccolta e l'invio dei campioni biologici e le necessarie fasi di raccordo tra i Servizi che rilevano i casi e i laboratori di riferimento.

Nella presente Linea d'intervento si darà particolarmente enfasi alle azioni relative ad influenza e malattie batteriche invasive perché altre linee d'intervento si prendono carico delle restanti malattie infettive di interesse per la salute pubblica (Arboviroosi: linea d'intervento n. 12.10; Morbillo e Rosolia: linea d'intervento n. 12.1; Tubercolosi: linea d'intervento n. 12.3).

#### Obiettivi Centrali

9.3 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile.

9.4 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (MMG, Ospedalieri, Laboratoristi)

#### Obiettivo Specifico

Rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive nelle Marche.

#### Attori e portatori di interesse

SISP dei DP ASUR, U.O. Malattie Infettive Az. del SSR e Cl. Malattie Infettive Università Politecnica delle Marche, Centri diagnostici di riferimento Az. del SSR.

#### Beneficiari

Popolazione generale, MMG, PLS.

#### Fasi di Articolazione

- Elaborazione di procedure condivise, per le malattie infettive per le quali sono stati individuati i centri di riferimento nella DGR 515/14, definite dai Centri regionali diagnostici di riferimento in accordo con i Servizi Igiene e Sanità Pubblica dell'ASUR, per l'esecuzione dei prelievi e l'invio dei campioni da testare ai fini diagnostici.
- Applicazione delle procedure.
- Attuazione regionale del "Protocollo per la sorveglianza delle malattie batteriche invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo e delle meningiti batteriche in Italia".

#### Criticità

La DGR 515/2014 ha identificato i Centri regionali diagnostici di riferimento, che fino a oggi hanno svolto solo parzialmente il ruolo assegnato. La piena applicazione delle procedure che saranno elaborate determinerà un incremento del volume di attività diagnostica dei suddetti centri e ciò potrebbe configurarsi come una criticità.



seduta del 15 LUG 2015
delibera 1 540

pag. 347
-------------

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

9.3.1 proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive

Valore Baseline regionale: 100%

Standard di riferimento regionale: 100% (mantenimento)

9.4.1 Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica.

Valore Baseline regionale: n.r.

Standard di riferimento regionale: >18,8%

**Indicatori di processo**

- Definizione: % di procedure adottate
- Fonte: ARS Marche
- Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo): quantitativo
- Modalità in cui viene costruito N. procedure adottate / N. procedure previste
- Valore baseline n.r.
  
- Definizione utilizzo del sistema informativo MIB/ISS
- Fonte ARS Marche (Archivi NSIS PreMal e MIB/ISS)
- Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo) quantitativo
- Modalità in cui viene costruito:
  - numeratore: N. casi registrati sulla piattaforma MIB;
  - denominatore: N casi di MIB notificati attraverso il sistema NSIS/PreMal.
- Valore baseline: n.r.



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
348

Tabella linea attività 12 - 2 - Per una migliore Sorveglianza delle Malattie Infettive nelle Marche

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali					Indicatori di processo					
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base line	Standard di riferimento (Variazione attesa)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore atteso 2015	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni /malattie infettive prioritarie	9.3 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	9.3.1 proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	Quantitativo	100%	100% mantenimento	Rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive nelle Marche	PER UNA MIGLIORE SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE NELLE MARCHE	Procedure attuate	50%	75%	100%	Regione Marche
	9.4 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (MMG, Ospedalisti, Laboratoristi)	9.4.1 Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica		n.r	18,8%			Utilizzo Sistema MIBASS	> 50%	>90%	>95%	Regione Marche



seduta del
15 LUG 2015
delibera
540

349 pag.

### 12-3 Gestire le Malattie Infettive "Croniche" nelle Marche

Breve descrizione dell'intervento programmato:

**Razionale dell'intervento:**

L'incidenza dei casi di AIDS nelle Marche ha subito, rispecchiando l'andamento italiano, una progressiva riduzione fino alla stabilizzazione dei tassi. I nuovi trattamenti disponibili e la stabilizzazione delle nuove diagnosi ha determinato un incremento della prevalenza dei soggetti con HIV/AIDS. Pertanto, oggi più che mai, è importante contrastare la diffusione dell'epidemia, cominciando dalla conoscenza dei fenomeni e dal loro inquadramento epidemiologico.

Inoltre, relativamente agli aspetti di prevenzione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare nelle Marche a distanza di quasi tre anni dalla approvazione della DGR 479/2013 (Revisione delle Linee guida per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della malattia tubercolare nelle Marche) si ritiene utile promuovere un confronto che esiti in organizzazione di attività concrete per la migliore gestione della presa in carico della persona ammalata.

**Obiettivo Centrale**

9.5 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV).

**Obiettivo Specifico**

Miglioramento gestione delle malattie infettive "croniche" nelle Marche.

**Attori e portatori di interesse**

SISP dei DP ASUR, U.O. Malattie Infettive Az. del SSR e Cl. Malattie Infettive Università Politecnica delle Marche, Centri diagnostici di riferimento Az. del SSR.

**Beneficiari**

Popolazione generale; soggetti HIV positivi e soggetti in trattamento per TBC;

**Fasi di Articolazione**

- Costituzione di un gruppo di studio regionale sulla prevenzione, la sorveglianza e il controllo della tubercolosi.
- Approfondimento tecnico sui flussi informativi relativi alla tubercolosi e analisi dei dati.
- Elaborazione di report annuali.
- Analisi dello stato di attuazione della DGR 479/2013 "Revisione delle Linee guida per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della malattia tubercolare nelle Marche.
- Costituzione di un gruppo di studio regionale sullo stato dell'infezione da HIV/AIDS nella regione Marche.
- Analisi delle criticità e degli aspetti organizzativi per la migliore gestione dei dati epidemiologici regionali relativi ad HIV/AIDS.
- Elaborazione report annuali sullo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12 di ogni anno.

**Criticità**

Negli ultimi quindici anni, nelle Marche, solo sporadici sono stati gli approfondimenti epidemiologici specifici sullo stato della diffusione dell'infezione da HIV e dell'AIDS perché la gestione dei dati inerenti le notifiche dei casi di HIV/AIDS è sempre stata svincolata da attività di approfondimento tecnico-epidemiologico.



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

350 pag.
----------

**Indicatori di Obiettivo Centrale**

9.5.1 Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow up

Valore Baseline regionale: NR

Standard di riferimento regionale: < 15%

9.5.2 Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/L) sui soggetti con nuova diagnosi di HIV.

Valore Baseline regionale: 78,3%

Standard di riferimento regionale 58,7% (-25%)

**Indicatori di processo:**

- o Definizione: formalizzazione gruppo di studio regionale TBC
- o Fonte: ARS Marche
- o Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo): qualitativo
- o Valore baseline: NR
  
- o Definizione: reportistica annuale sull'epidemiologia della TBC nelle Marche
- o Fonte: ARS Marche
- o Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo): qualitativo
- o Valore baseline: NR
  
- o Definizione: formalizzazione gruppo di studio regionale HIV/AIDS
- o Fonte: ARS Marche
- o Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo): qualitativo
- o Valore baseline: NR
  
- o Definizione: reportistica annuale sullo stato dell'infezione da HIV/AIDS nelle Marche
- o Fonte: ARS Marche
- o Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo): qualitativo
- o Valore baseline: NR



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
351

Tabella linea intervento 12 - 3 - Gestire le Malattie Infettive "Croniche" nelle Marche

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni /malattie infettive prioritarie	9.5 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	9.5.1 Proporzioni dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow up	Quantitativo	NR	Inf. 15%	Miglioramento gestione delle malattie infettive "croniche" nelle Marche	GESTIRE LE MALATTIE INFETTIVE CRONICHE NELLE MARCHE	Gruppo di Studio TBC	Formalizzazione Del Gruppo	Redazione report	Redazione report	Regione Marche / ASUR
		9.5.2 Proporzioni di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4 < 350/L) sui soggetti con nuova diagnosi di HIV	Quantitativo	78,3%	58,7%			Gruppo di studio HIV/AIDS	Formalizzazione Del Gruppo	Redazione report	Redazione report	Regione Marche / ASUR



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

352 pag.

#### 12-4 - CPE Network

##### Breve descrizione dell'Intervento programmato:

Istituzione di una rete regionale per la sorveglianza delle infezioni invasive da CPE, in accordo con la metodologia indicata nella circolare del Ministero della Salute "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi – 2012".

##### Razionale dell'Intervento:

La diffusione di batteri resistenti agli antibiotici rappresenta un importante problema di sanità pubblica: questo fenomeno è infatti in aumento in molti Paesi ed oltre a rendere problematico l'approccio terapeutico, il problema è aggravato anche dalla mancanza di nuovi antibiotici specifici in commercio o in fase di sperimentazione. In particolare, l'emergere della resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri costituisce un problema clinico rilevante, dato che questi antibiotici rappresentano i farmaci di riferimento per la terapia delle infezioni invasive da enterobatteri Gram-negativi multiresistenti.

Tra gli Enterobatteri resistenti ai carbapenemi, *Klebsiella pneumoniae* multiresistente (KPC) è isolata sempre più spesso nei pazienti ricoverati negli ospedali di tutto il mondo, con frequenze molto elevate in Italia, Cipro e Grecia.

##### Obiettivo Centrale

9.10 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

##### Obiettivo Specifico

Creare una rete regionale di sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

##### Attori e portatori di interesse:

- per ogni Azienda sanitaria (5 Aree Vaste, AUO OR Ancona, AO OR Marche Nord, INRCA):
  - Laboratorio analisi
  - Direzione Sanitaria
  - CIO (Comitato lotta alle Infezioni Ospedaliere)
  - Referenti (personale medico o infermieristico) di ogni reparto coinvolto nella sorveglianza
- Università Politecnica delle Marche- Dipartimento Scienze Biomediche e Sanità Pubblica - Sez. di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- AOU Ospedali Riuniti di Ancona - SOD Igiene Ospedaliera
- Regione Marche
- Dipartimenti di Prevenzione - SISP

##### Beneficiari

- Regione Marche
- Pazienti delle aziende sanitarie
- Popolazione residente
- Aziende Sanitarie (5 Aree Vaste, AUO OR Ancona, AO OR Marche Nord, INRCA)





seduta del
15 LUG 2015
delibera
1 540

pag.
353

#### Fasi di Articolazione

- Composizione della rete regionale di sorveglianza. La rete regionale di sorveglianza sarà composta, per ogni Azienda sanitaria (5 Aree Vaste, AUO OR Ancona, AO OR Marche Nord, INRCA), da referenti del laboratorio analisi, della Direzione Sanitaria, del CIO e da referenti (personale medico o infermieristico) di ogni reparto coinvolto nella sorveglianza.
- Funzione di coordinamento e supervisione della rete. Sarà svolta dalla Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica del Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica dell'Università Politecnica delle Marche e dalla SOD di Igiene Ospedaliera dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, che provvederanno a fornire linee d'indirizzo riguardanti la sorveglianza, basate su quanto previsto dalla circolare del Ministero della Salute "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi – 2012".
- Analisi periodica dei dati. Il centro di coordinamento provvederà, inoltre, ad organizzare incontri periodici tra i referenti dei CIO e ad analizzare i dati derivanti dalle schede di notifica, confrontandoli con quelli provenienti dal sistema informatico dei laboratori, in modo da individuare annualmente l'indicatore di processo prestabilito.
- Le schede di notifica andranno inviate dalle singole aziende ai relativi Dipartimenti di Prevenzione, che provvederanno ad inoltrarle alla Regione, al Ministero della Salute, all'ISS e all'Università Politecnica delle Marche - Sez. di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica del Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica.

#### Criticità

Limitata disponibilità di risorse umane ed economiche dedicate alle attività di coordinamento e reporting.

#### Indicatore di Obiettivo Centrale:

9.10.1 Proporzione di Aziende sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE.

Valore Baseline regionale: non rilevato

Standard di riferimento regionale: 100%

#### Indicatore di processo

- o Definizione: Proporzione di strutture ospedaliere, di Aziende Sanitarie e di Aziende Ospedaliere, che hanno notificato casi di malattia invasiva sostenuta da CPE/totale delle strutture con almeno un caso di infezione invasiva rilevato da dati di laboratorio
- o Fonte: Regione, Centro di coordinamento regionale
- o Tipologia: indicatore quantitativo
- o Modalità in cui viene costruito:  
Numeratore: n° di ospedali che hanno notificato casi di batteriemie da CPE  
Denominatore: n° di ospedali con casi di batteriemie identificati mediante sorveglianza di laboratorio
- o Valore baseline: non rilevato



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**354**

Tabella linea di intervento 12 - 4 - CPE Network

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di intervento	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/line	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni /malattie infettive prioritarie	9.10 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	9.10.1 Proporzione di Aziende sanitarie* in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE	Quantitativo	non rilevato	100%	Creare una rete regionale di sorveglianza delle infezioni invasive da CPE	CPE Network	Proporzione di strutture ospedaliere delle Aziende del SSR che notificano i casi di CPE	30%	80%	90%	Regione/ centro coordinamento regionale



seduta del
15 LUG 2015
delibera
1540

355 <sup>pag.</sup>
---------------------

## 12 - 5 - Sistema regionale di sorveglianza del consumo di antibiotici

### Breve descrizione dell'Intervento programmato:

La linea d'intervento prevede l'istituzione di un sistema regionale di sorveglianza del consumo di antibiotici (ATB) a livello territoriale, ospedaliero e veterinario, con la preliminare acquisizione di dati forniti dal servizio farmaceutico regionale e dall'Istituto Zooprofilattico di Umbria e Marche e la successiva redazione e diffusione di reportistica su base annuale.

### Razionale dell'intervento:

L'antibiotico resistenza è un fenomeno biologico naturale che si verifica per l'emergenza e la propagazione di fattori di resistenza batterica agli antibiotici ed è innescata ed amplificata dalla pressione selettiva esercitata sulle popolazioni microbiche attraverso l'uso di questi farmaci. L'utilizzazione inadeguata di antimicrobici terapeutici in medicina umana e veterinaria, l'utilizzazione di antimicrobici a fini non terapeutici e l'inquinamento ambientale da antimicrobici accelerano la comparsa nonché la propagazione di microorganismi resistenti comportando gravi conseguenze. La diffusione della resistenza agli antibiotici provoca fallimenti terapeutici, tassi di ospedalizzazione maggiore, più morti e più elevati costi per la sanità pubblica. La resistenza agli antibiotici è divenuta negli ultimi anni un problema di sanità pubblica a livello europeo e mondiale, che mette in gioco l'efficacia di questi farmaci nel controllare le infezioni batteriche.

Anche in Italia, la resistenza dei batteri agli antibiotici ha raggiunto livelli notevoli (EARS-Net, 2013; Moro, 2013), e il consumo di antimicrobici si posiziona a livelli tra i più alti in Europa. Infatti, secondo il primo rapporto commissionato dalla UE sull'uso di antimicrobici nell'ambito delle attività di sorveglianza all'antibiotico resistenza (ECDC/EFSA/EMA, 2015), recentemente pubblicato, l'Italia ne consuma il 43,9% in più per l'uomo e il 136,8% in più per gli animali rispetto alla media dell'Unione Europea; il nostro Paese è secondo per consumi umani alla Francia e per quelli animali a Cipro, mentre per le cefalosporine ad uso umano si posiziona al primo posto in assoluto. La causa prima del fenomeno risiede nell'uso eccessivo degli antibiotici stessi e pertanto a livello europeo la riduzione dell'uso non necessario di antibiotici è stata considerata una priorità di sanità pubblica, secondo le raccomandazioni del Consiglio Europeo del 2001, adottate dai Ministri della Salute dei Paesi membri.

### Obiettivo Centrale

9.11 Monitorare il consumo di antibiotici (ATB) in ambito ospedaliero e territoriale.

### Obiettivo Specifico

Monitorare su base annuale il consumo di ATB ospedaliero, territoriale e veterinario.

### Attori e portatori di interesse

- Università Politecnica delle Marche- Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica - Sez. di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- AOU Ospedali Riuniti di Ancona - SOD Igiene Ospedaliera
- Regione Marche
- ASUR Marche
- Servizi farmaceutici regionali/ospedalieri
- Aziende sanitarie (5 Aree Vaste, AUO OR Ancona, AO OR Marche Nord, INRCA)
- Istituto Zooprofilattico Umbria-Marche e sezioni provinciali marchigiane (Ancona, Fermo, Pesaro, Macerata)



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 356
-------------

**Beneficiari**

- Regione Marche
- Aziende sanitarie (5 Aree Vaste, AOU OR Ancona, AO OR Marche Nord, INRCA)
- Popolazione residente
- Istituto Zooprofilattico Umbria-Marche

**Fasi di Articolazione**

- Individuazione, in collaborazione con ARS Marche, del Centro di coordinamento regionale per la sorveglianza del consumo di ATB nella Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica del Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica Università Politecnica delle Marche e nella SOD di Igiene Ospedaliera dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, che provvederanno all'acquisizione dei dati, alla redazione su base annuale della reportistica sul consumo di ATB e alla sua diffusione tra le varie strutture coinvolte nel sistema di monitoraggio.
- Acquisizione dati relativamente al consumo di ATB a livello territoriale e ospedaliero da parte dell'ARS – PF Assistenza Farmaceutica ed invio al centro coordinamento.
- Acquisizione dati relativamente al consumo di ATB a livello zootecnico da parte di IZS Marche Umbria ed invio a centro coordinamento.
- Acquisizione dati forniti dall'ARS Marche relativamente al numero di pazienti ammessi, giornate di degenza e case-mix dei pazienti.
- Acquisizione dati forniti dall'ASUR Marche relativamente al numero di assistiti nei vari Distretti socio-sanitari.
- Redazione e diffusione di reportistica unica a livello regionale sul consumo di ATB.
- Redazione di reportistica sul consumo di ATB a livello ospedaliero, distinta per aree (critica, medica e chirurgica), e diffusione della stessa tra tutte le strutture regionali operanti in aree simili, per favorire il confronto e la sensibilizzazione sul tema dell'eccessivo consumo di ATB e dell'antibiotico resistenza.
- Redazione e diffusione di reportistica sul consumo di ATB a livello territoriale, possibilmente distinta per categoria professionale (MMG, PLS, odontoiatri) e per territorio di Area Vasta.
- Redazione e diffusione di reportistica sul consumo di ATB per impiego a livello zootecnico, possibilmente distinta per provincia.
- Il consumo di ATB, totale e suddiviso per le principali classi di antibiotici, verrà espresso in DDD per 1000 giornate di degenza a livello ospedaliero, in DDD per 1000 abitanti-die a livello territoriale e in dosi per unità bovino-equivalenti a livello veterinario.

**Criticità**

Disponibilità di risorse umane ed economiche dedicate alle attività di coordinamento e reporting.

**Indicatore di Obiettivo Centrale**

9.11.1 Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie.

Valore Baseline regionale: n.r.

Standard di riferimento regionale: report presente



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

pag. 357
-------------

**Indicatore di processo**

- Definizione: Proporzione di Aziende sanitarie e sezioni provinciali marchigiane dell'Istituto Zooprofilattico Umbria-Marche incluse nel sistema di sorveglianza
- Fonte: Regione /centro regionale coordinamento
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Modalità in cui viene costruito:  
Numeratore: n° Aziende sanitarie e sezioni provinciali marchigiane dell'Istituto Zooprofilattico Umbria-Marche incluse nel sistema di sorveglianza;  
Denominatore: n° Aziende sanitarie e sezioni provinciali marchigiane dell'Istituto Zooprofilattico Umbria-Marche presenti nella Regione Marche
- Valore baseline: n.r.



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
358

Tabella linea intervento 12 - 5 - Sistema regionale di sorveglianza del consumo di antibiotici

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Indicatori di processo			Sorveglianza Fonte
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di base/line	Standard di riferimento (Variazione attesa)				Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni /malattie infettive prioritane	9.11 Monitorare il consumo di antibiotici (ATB) in ambito ospedaliero e territoriale	9.11.1 Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende SSR	Quantitativo	n.r.	100%	Monitorare su base annuale il consumo di ATB ospedaliero territoriale e veterinario	Sistema regionale di sorveglianza del consumo di ATB	Proporzione di Aziende SSR e sezioni provinciali dell'Istituto Zooprofilattico incluse nel sistema di sorveglianza	40%	70%	100%	Regione/centro coordinamento



seduta del <b>15 LUG 2015</b>
delibera <b>540</b>

pag. <b>359</b>
--------------------

## 12.6 - Focus su Antibiotico-resistenza e corretta comunicazione sull'utilizzo degli antibiotici

### Breve descrizione dell'Intervento programmato:

Promozione del corretto uso degli ATB tra il personale medico e odontoiatrico e sensibilizzazione sul problema dell'antibiotico resistenza tramite l'organizzazione di corsi ECM.

### Razionale dell'Intervento:

L'antibiotico resistenza è un fenomeno biologico naturale che si verifica per l'emergenza e la propagazione di fattori di resistenza batterica agli antibiotici ed è innescata ed amplificata dalla pressione selettiva esercitata sulle popolazioni microbiche attraverso l'uso di questi farmaci. L'utilizzazione inadeguata di antimicrobici terapeutici in medicina umana e veterinaria, l'utilizzazione di antimicrobici a fini non terapeutici e l'inquinamento ambientale da antimicrobici accelerano la comparsa nonché la propagazione di microorganismi resistenti comportando gravi conseguenze. La diffusione della resistenza agli antibiotici provoca fallimenti terapeutici, tassi di ospedalizzazione maggiore, più morti e più elevati costi per la sanità pubblica. La resistenza agli antibiotici è divenuta negli ultimi anni un problema di sanità pubblica a livello europeo e mondiale, che mette in gioco l'efficacia di questi farmaci nel controllare le infezioni batteriche.

Anche in Italia, la resistenza dei batteri agli antibiotici ha raggiunto livelli notevoli (EARS-Net, 2013; Moro, 2013), e il consumo di antimicrobici si posiziona a livelli tra i più alti in Europa. Infatti, secondo il primo rapporto commissionato dalla UE sull'uso di antimicrobici nell'ambito delle attività di sorveglianza all'antibiotico resistenza (ECDC/EFSA/EMA, 2015), recentemente pubblicato, l'Italia ne consuma il 43,9% in più per l'uomo e il 136,8% in più per gli animali rispetto alla media dell'Unione Europea; il nostro Paese è secondo per consumi umani alla Francia e per quelli animali a Cipro, mentre per le cefalosporine ad uso umano si posiziona al primo posto in assoluto. La causa prima del fenomeno risiede nell'uso eccessivo degli antibiotici stessi e pertanto a livello europeo la riduzione dell'uso non necessario di antibiotici è stata considerata una priorità di sanità pubblica, secondo le raccomandazioni del Consiglio Europeo del 2001, adottate dai Ministri della Salute dei Paesi membri.

### Obiettivo Centrale

9.12 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici.

### Obiettivo Specifico

Promuovere il corretto uso degli ATB tra il personale medico e sensibilizzarlo sul problema dell'antibiotico resistenza.

### Attori e portatori di interesse

- ARS Marche
- Ordini dei Medici e Odontoiatri provinciali
- Referenti per Aziende SSR
- Università Politecnica delle Marche- Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica - Sez. di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- AOU Ospedali Riuniti di Ancona - SOD Igiene Ospedaliera
- Federfarma - Assofarma



13 LUG 2015
delibera 540

360 pag.
----------

## 12.6 - Focus su Antibiotico-resistenza e corretta comunicazione sull'utilizzo degli antibiotici

### Breve descrizione dell'intervento programmato:

Promozione del corretto uso degli ATB tra il personale medico e odontoiatrico e sensibilizzazione sul problema dell'antibiotico resistenza tramite l'organizzazione di corsi ECM.

### Razionale dell'intervento:

L'antibiotico resistenza è un fenomeno biologico naturale che si verifica per l'emergenza e la propagazione di fattori di resistenza batterica agli antibiotici ed è innescata ed amplificata dalla pressione selettiva esercitata sulle popolazioni microbiche attraverso l'uso di questi farmaci. L'utilizzazione inadeguata di antimicrobici terapeutici in medicina umana e veterinaria, l'utilizzazione di antimicrobici a fini non terapeutici e l'inquinamento ambientale da antimicrobici accelerano la comparsa nonché la propagazione di microorganismi resistenti comportando gravi conseguenze. La diffusione della resistenza agli antibiotici provoca fallimenti terapeutici, tassi di ospedalizzazione maggiore, più morti e più elevati costi per la sanità pubblica. La resistenza agli antibiotici è divenuta negli ultimi anni un problema di sanità pubblica a livello europeo e mondiale, che mette in gioco l'efficacia di questi farmaci nel controllare le infezioni batteriche.

Anche in Italia, la resistenza dei batteri agli antibiotici ha raggiunto livelli notevoli (EARS-Net, 2013; Moro, 2013), e il consumo di antimicrobici si posiziona a livelli tra i più alti in Europa. Infatti, secondo il primo rapporto commissionato dalla UE sull'uso di antimicrobici nell'ambito delle attività di sorveglianza all'antibiotico resistenza (ECDC/EFSA/EMA, 2015), recentemente pubblicato, l'Italia ne consuma il 43,9% in più per l'uomo e il 136,8% in più per gli animali rispetto alla media dell'Unione Europea; il nostro Paese è secondo per consumi umani alla Francia e per quelli animali a Cipro, mentre per le cefalosporine ad uso umano si posiziona al primo posto in assoluto. La causa prima del fenomeno risiede nell'uso eccessivo degli antibiotici stessi e pertanto a livello europeo la riduzione dell'uso non necessario di antibiotici è stata considerata una priorità di sanità pubblica, secondo le raccomandazioni del Consiglio Europeo del 2001, adottate dai Ministri della Salute dei Paesi membri.

### Obiettivo Centrale

9.12 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici.

### Obiettivo Specifico

Promuovere il corretto uso degli ATB tra il personale medico e sensibilizzarlo sul problema dell'antibiotico resistenza.

### Attori e portatori di interesse

- ARS Marche
- Ordini dei Medici e Odontoiatri provinciali
- Referenti per Aziende SSR
- Università Politecnica delle Marche- Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica - Sez. di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- AOU Ospedali Riuniti di Ancona - SOD Igiene Ospedaliera
- Federfarma - Assofarma





seduta del
15 LUG 2015
delibera
1.540

pag.
361

**Beneficiari**

- Personale medico e odontoiatrico della regione Marche (MMG, PLS Continuità Assistenziale, ospedalieri, odontoiatri)
- Associati Federfarma - Assofarma
- Popolazione residente

**Fasi di Articolazione**

- Individuazione del personale medico target del programma di sensibilizzazione: MMG, PLS, Continuità Assistenziale, odontoiatri, ospedalieri.
- Identificazione dei referenti di ogni Ordine professionale responsabili dell'organizzazione del programma di sensibilizzazione e dell'attuazione degli interventi.
- Identificazione dei referenti per ogni Azienda Sanitaria.
- Individuazione del Centro di coordinamento regionale per il programma di sensibilizzazione del personale medico sul tema dell'antibiotico resistenza.
- Programmazione e attuazione degli interventi (corsi ECM, creazione di mailing list, etc).
- Monitoraggio degli interventi a livello regionale tramite restituzione puntuale di informazioni relative alla pianificazione degli interventi di sensibilizzazione e formazione (programmazione e verbali degli incontri formativi).
- I referenti degli Ordini professionali avranno cura di fornire annualmente al Centro di coordinamento regionale il numero di professionisti che hanno effettivamente partecipato ai corsi.

**Criticità**

Disponibilità di risorse umane ed economiche dedicate alle attività di coordinamento e reporting.

**Indicatore di Obiettivo Centrale**

9.12.1 Esistenza di un programma regionale di comunicazione evidence – based con l'obiettivo di migliorare la consapevolezza nell'uso di antibiotici.

Valore Baseline regionale: assente

Standard di riferimento regionale: presente

**Indicatore di processo**

- Definizione: organizzazione di almeno 1 evento formativo sul corretto uso di antibiotici per ciascun territorio di Area Vasta.
- Fonte: regione
- Tipologia: indicatore quantitativo.
- Modalità in cui viene costruito: report
- Valore baseline: non rilevato



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**362**

Tabella linea intervento 12 – 6 - Focus su Antibiotico-resistenza e corretta comunicazione sull'utilizzo degli antibiotici

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di intervento	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza Fonte
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni /malattie infettive prioritane	9.12. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	9.12.1 Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidence per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Qualitativo	assente	Programma attuato	Promuovere il corretto uso degli ATB tra il personale medico e sensibilizzarlo sul problema dell'antibiotico resistenza	Focus su Antibiotico-resistenza e corretta comunicazione sull'utilizzo degli ATB	Eventi formativi su corretto uso antibiotici	1	2	2	Regione/centro coordinamento

Y



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

363 pag.
----------

**12-7 - Campagna di comunicazione per un consapevole uso degli ATB**

**Breve descrizione dell'Intervento programmato:**

Promozione della realizzazione di interventi informativi nella popolazione generale e nelle attività produttive sull'importanza di un uso appropriato degli ATB.

**Razionale dell'Intervento:**

L'antibiotico resistenza è un fenomeno biologico naturale che si verifica per l'emergenza e la propagazione di fattori di resistenza batterica agli antibiotici ed è innescata ed amplificata dalla pressione selettiva esercitata sulle popolazioni microbiche attraverso l'uso di questi farmaci. L'utilizzazione inadeguata di antimicrobici terapeutici in medicina umana e veterinaria, l'utilizzazione di antimicrobici a fini non terapeutici e l'inquinamento ambientale da antimicrobici accelerano la comparsa nonché la propagazione di microorganismi resistenti comportando gravi conseguenze. La diffusione della resistenza agli antibiotici provoca fallimenti terapeutici, tassi di ospedalizzazione maggiore, più morti e più elevati costi per la sanità pubblica. La resistenza agli antibiotici è divenuta negli ultimi anni un problema di sanità pubblica a livello europeo e mondiale, che mette in gioco l'efficacia di questi farmaci nel controllare le infezioni batteriche.

Anche in Italia, la resistenza dei batteri agli antibiotici ha raggiunto livelli notevoli (EARS-Net, 2013; Moro, 2013), e il consumo di antimicrobici si posiziona a livelli tra i più alti in Europa. Infatti, secondo il primo rapporto commissionato dalla UE sull'uso di antimicrobici nell'ambito delle attività di sorveglianza all'antibiotico resistenza (ECDC/EFSA/EMA, 2015), recentemente pubblicato, l'Italia ne consuma il 43,9% in più per l'uomo e il 136,8% in più per gli animali rispetto alla media dell'Unione Europea; il nostro Paese è secondo per consumi umani alla Francia e per quelli animali a Cipro, mentre per le cefalosporine ad uso umano si posiziona al primo posto in assoluto.

La causa prima del fenomeno risiede nell'uso eccessivo degli antibiotici stessi e pertanto a livello europeo la riduzione dell'uso non necessario di antibiotici è stata considerata una priorità di sanità pubblica, secondo le raccomandazioni del Consiglio Europeo del 2001, adottate dai Ministri della Salute dei Paesi membri.

**Obiettivo Centrale**

9.12 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici.

**Obiettivo Specifico**

Promuovere maggior cultura e informazione nella popolazione generale e nelle attività produttive sull'importanza di un uso appropriato degli ATB.

**Attori e portatori di interesse**

- Popolazione residente
- Attività produttive
- Medici Veterinari
- Regione Marche
- Dipartimenti di Prevenzione
- Università Politecnica delle Marche- Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica - Sez. di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- AOU Ospedali Riuniti di Ancona - SOD Igiene Ospedaliera
- Ordine dei Medici



**Beneficiari**

- Popolazione generale
- Attività produttive
- Veterinari
- Regione Marche

**Fasi di Articolazione**

- Individuazione di un Centro di coordinamento regionale per la campagna di comunicazione.
- Individuazione di uno o più referenti per ogni Area Vasta e per ogni Ordine professionale provinciale.
- Definizione del programma di comunicazione da parte del Centro di Coordinamento, dei referenti delle 5 Aree Vaste e degli Ordini professionali.
- Individuazione della popolazione target (popolazione generale, attività produttive e veterinari).
- Individuazione delle iniziative, diversificate tra popolazioni target: es. pubblicità tramite radio locali, brochure e poster in scuole, ambulatori medici e luoghi di ritrovo sociale, incontri tra professionisti e popolazione.

**Criticità**

Disponibilità di risorse umane ed economiche dedicate alle attività di coordinamento e reporting.

**Indicatore di Obiettivo Centrale**

Esistenza di un programma regionale di comunicazione evidence-based con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici.

Valore Baseline regionale: assente

Standard di riferimento regionale: programma presente

**Indicatore di processo**

- Definizione: Numero di eventi informativi per la popolazione effettuati
- Fonte: Regione, Centro di coordinamento regionale
- Tipologia: indicatore quantitativo
- Modalità in cui viene costruito:  
Numero di eventi effettuati/anno
- Valore baseline: n.r.



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
1540

365 pag.

Tabella linea intervento 12 - 7 - Campagna di comunicazione per un consapevole uso degli ATB

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo				Sorveglianza Fonte
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni /malattie infettive prioritane	12.Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidenze per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Qualitativo	assente	Programma attuato	Promuovere maggior cultura e informazione nella popolazione generale e nelle attività produttive sull'importanza di un uso appropriato degli ATB	Campagne di comunicazione per un consapevole uso degli ATB	N. Eventi informativi per la popolazione effettuati	1	1	1	Regione, Centro di coordinamento regionale



**12-8 - Infezioni correlate all'assistenza: sorvegliare per prevenire**

**Breve descrizione dell'intervento programmato:**

Definizione e attivazione da parte dei CIO di programmi di sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza. Si prevede l'attivazione di un programma di sorveglianza all'anno per ogni Azienda sanitaria e la sua attuazione negli anni successivi.

**Razionale dell'intervento:**

Le infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICA) costituiscono ancora oggi un problema molto rilevante per le organizzazioni sanitarie, sia per la loro frequenza sia per il loro impatto clinico e, conseguentemente, anche per i costi ad esse associati.

I programmi di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sono dunque determinanti per il miglioramento della qualità delle cure offerte al paziente e non possono prescindere dalla sorveglianza di tali eventi. Già nel 1985, infatti, lo studio SENIC ("Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control") dimostrò che i programmi di sorveglianza delle infezioni nosocomiali, che includono un feed-back delle informazioni ai clinici, erano associati ad una significativa riduzione di incidenza delle stesse (Haley, 1985). Successivamente, numerosi altri studi hanno confermato l'efficacia dei programmi di sorveglianza nel ridurre la frequenza delle infezioni ospedaliere sia nei reparti chirurgici (Mead, 1986; Gil-Egea, 1987; Olson, 1990) sia in terapia intensiva (NNIS, 2000).

**Obiettivo Centrale**

9.13 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

**Obiettivo Specifico**

Definire e attivare programmi di sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

**Attori e portatori di interesse**

- CIO
- Università Politecnica delle Marche- Dipartimento Scienze Biomediche e Sanità Pubblica - Sez. di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- AOU Ospedali Riuniti di Ancona - SOD Igiene Ospedaliera
- Regione Marche - ARS
- Aziende SSR
- Referenti dei reparti coinvolti nella sorveglianza

**Beneficiari**

- Regione Marche - ARS
- Aziende SSR
- Pazienti delle Aziende sanitarie
- Popolazione generale

**Fasi di Articolazione**

- Definizione e attivazione da parte dei CIO di programmi di sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (infezioni delle vie urinarie correlate a catetere vescicale,



seduta del 15 LUG 2015
delibera 540

367 <sup>pag.</sup>
---------------------

infezioni del torrente ematico correlate a catetere intravascolare, infezioni del sito chirurgico, polmoniti).

- Si prevede l'attivazione di un programma di sorveglianza all'anno per ogni Azienda sanitaria e la sua attuazione negli anni successivi.
- Ai fini della validità del programma, ogni programma di sorveglianza deve necessariamente rilevare dati di prevalenza e/o incidenza relativi almeno ad un trimestre ciascuno.
- Funzione di coordinamento e supervisione dei programmi sarà svolta dalla Sezione di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica del Dipartimento Scienze Biomediche e Sanità Pubblica dell'UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE, dalla SOD di Igiene Ospedaliera dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona e dall'ARS Marche, che provvederanno a fornire linee d'indirizzo riguardanti la sorveglianza, basate sulle più recenti linee guida evidence-based.
- I dati raccolti dai CIO dovranno essere annualmente inviati al Centro di coordinamento, che provvederà all'analisi e alla produzione di report periodici.

**Criticità**

Disponibilità di risorse umane ed economiche dedicate alle attività di coordinamento e reporting.

**Indicatore di Obiettivo Centrale:**

9.13.1 Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie.

Valore Baseline regionale: n.r.

Standard di riferimento regionale: 100% Az. SSR producono report ICA

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore di processo**

- o Definizione: proporzione di aziende del SSR partecipanti allo studio di prevalenza regionale
- o Fonte: Dati sulla sorveglianza delle ICA forniti annualmente dai CIO al Centro di coordinamento
- o Tipologia: indicatore quantitativo
- o Modalità in cui viene costruito:
  - Numeratore: numero aziende sanitarie partecipanti
  - Denominatore: numero totale di aziende del SSR
- o Valore baseline: non rilevato



seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**368**

Tabella linea intervento 12 - 8 - Infezioni correlate all'assistenza: sorvegliare per prevenire

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo				
		Nome Indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attese)			Nome Indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2016	Sorveglianza Fonte
M.O. 9 Ridurre la frequenza di infezioni /malattie infettive prioritarie	9.13 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	9.13.1 Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie*	Quantitativo	Non rilevato	100%	Definire e attivare programmi di sorveglianza e controllo delle ICA	Infezioni correlate all'assistenza sorvegliare per prevenire	Aziende del SSR partecipanti allo studio di prevalenza regionale	70%	80%	100%	Regione/centro coordinamento

2





seduta del
15 LUG 2015
delibera
1 540

369 pag.

## 12-9 - Monitoraggio informatizzato della produzione e distribuzione del farmaco veterinario

### Breve descrizione dell'Intervento programmato:

**Razionale dell'Intervento:** Il mancato rispetto delle norme in tema di produzione, distribuzione rintracciabilità ed uso dei farmaci veterinari negli animali da reddito e in quelli d'affezione ha importanti ripercussioni relative alla presenza di residui negli alimenti di origine animale e all'incremento del fenomeno dell'antibiotico resistenza. E' necessario sviluppare attività di monitoraggio dell'uso, della distribuzione, dei consumi di farmaci veterinari e della presenza di residui negli alimenti di origine animale.

### Obiettivo Centrale

10.2 Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco da parte delle AA.VV. ASUR.

### Obiettivo Specifico

Adozione di sistema regionale informativo per la verifica della tracciabilità del farmaco veterinario.

### Attori e portatori di interesse

I Servizi di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche dei Dipartimenti di Prevenzione delle AAVV, ARS Regione Marche

### Beneficiari

I cittadini, i consumatori di alimenti, gli operatori del settore alimentare e quelli del settore del farmaco veterinario (distributori, grossisti, medici veterinari prescrittori).

### Fasi di Articolazione

- Analisi dello stato attuale.
- Progettazione del sistema informativo.
- Programmazione degli eventi informativi/formativi per i portatori d'interesse finalizzati all'implementazione dell'informatizzazione delle ricette.
- Implementazione del sistema informativo in tutte le AA.VV. ASUR.
- Realizzazione degli eventi informativi e formativi rivolti ai portatori d'interesse (a partire dai distributori e grossisti fino a coinvolgere i medici veterinari prescrittori se e quando l'obbligo della ricetta elettronica sarà a regime).
- Monitoraggio del livello di attuazione.

### Criticità

Necessario implementare il sistema in modo completo ed efficiente progettando in anticipo l'architettura del programma destinato a raccogliere, conservare ed eventualmente interpretare i dati. Eventuale carenza di personale adeguatamente formato sulle tematiche specifiche.



**Indicatori:**

10.2.1 Adozione di iniziative finalizzate alla implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario.

Valore baseline: n.r.

Standard di riferimento regionale: implementazione del sistema informativo regionale per la tracciabilità del farmaco.

**Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo**

- Definizione: Estensione di utilizzo del sistema informativo per la tracciabilità del farmaco veterinario
- Tipologia (indicatore quantitativo): quantitativo
- Fonte: ASUR Marche e Regione Marche (relazione annuale e dati SIVA)
- Valore baseline n.r.
  
- Definizione: N. eventi informativi/formativi rivolti ai portatori d'interesse
- Tipologia (indicatore qualitativo o quantitativo): quantitativo
- Fonte: ASUR Marche e Regione Marche
- Valore baseline n.r.



**12-10 - Sorveglianza delle Zoonosi: ruolo del laboratorio come elemento strategico della sorveglianza****Breve descrizione dell'Intervento programmato:****Razionale dell'Intervento**

Le zoonosi sono malattie causate da agenti in grado di infettare uomo e animali, sia direttamente, sia attraverso modalità di trasmissione più complesse, che coinvolgono alimenti, ambiente e insetti vettori; queste malattie hanno un impatto significativo nella maggior parte dei Paesi, per l'elevato numero di casi, per la gravità che possono assumere, ma anche per le perdite economiche di cui sono responsabili nei settori produttivi, nell'industria alimentare e nel settore zootecnico. Un'efficace prevenzione delle zoonosi richiede un intervento tempestivo, per ridurre il rischio di ulteriore diffusione, un approccio multidisciplinare e un continuo scambio d'informazioni tra laboratori, reparti ospedalieri, servizi medici e veterinari dei dipartimenti di prevenzione, affinché la capacità d'intervento e l'efficacia dello stesso siano massimizzate. La attività diagnostica dei laboratori rappresenta l'elemento fondamentale per garantire l'individuazione precoce della circolazione di agenti zoonotici e del rischio di epidemie. Nell'ambito delle strategie di prevenzione finalizzate al controllo ed al contrasto della diffusione delle malattie zoonotiche, la rapidità diagnostica dei laboratori di riferimento è determinante per la pronta attivazione dello stato di allerta e delle relative misure sanitarie.

Affinchè i dati prodotti dalla rete dei laboratori siano prontamente leggibili è necessario adottare protocolli diagnostici armonizzati per la diagnosi di laboratorio delle zoonosi e prevedere uno scambio di informazioni sulla base di standard condivisi.

Purtroppo le capacità diagnostiche dei diversi laboratori non sono sempre adeguate e molti dei dati prodotti in corso di attività diagnostica non sono resi disponibili per una lettura epidemiologica. Tra i punti deboli si evidenzia la difformità delle definizioni di positività diagnostica, di caso sospetto, di caso confermato e per molte zoonosi, nell'uomo, non esiste una standardizzazione metodologica che permetta di aggregare e confrontare i risultati. L'intervento programmato nasce quindi dalla necessità di standardizzare i protocolli per la diagnosi di laboratorio delle zoonosi, al fine di produrre informazioni utili per la sorveglianza in campo medico e veterinario.

**Obiettivo Centrale**

10.3 Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario.

**Obiettivo/i Specifico/i**

Produrre linee guida per la standardizzazione dei protocolli diagnostici ospedalieri per la diagnosi delle zoonosi nell'uomo.

**Attori e portatori di interesse**

Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, Medici Ospedalieri (internisti, pediatri, infettivologi, dermatologi, laboratoristi), Medici del Territorio (Medici di Continuità Assistenziale, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta), IZSUM, Ordini professionali Medici Chirurghi, Ordini professionali Medici Veterinari.

**Beneficiari**

Cittadini, consumatori.



seduta del
15 LUG 2015
delibera
1 540

pag.
373

#### Fasi di Articolazione

- Organizzazione e ufficializzazione di un gruppo di lavoro composto da operatori dei laboratori ospedalieri e dell'IZS.
- Elaborazione lista delle zoonosi prioritarie: il gruppo di lavoro elaborerà una lista di zoonosi prioritarie, secondo dati epidemiologici locali e nazionali.
- Analisi dello stato attuale: verrà indagato il livello attuale dei laboratori in merito alle capacità diagnostiche, alla raccolta e condivisione dei dati, alle eventuali criticità, relativamente alla lista di zoonosi prioritarie.
- Elaborazione da parte del gruppo di lavoro di protocolli diagnostici che prevedano per ogni zoonosi prioritaria le metodiche diagnostiche di laboratorio, le modalità di espressione dei risultati e i criteri di caso sospetto e di caso confermato.
- Formalizzazione e diffusione delle linee guida ai laboratori ospedalieri marchigiani e ai portatori di interesse.
- Organizzazione di un evento formativo per la diffusione delle linee guida.

#### Criticità

Aspetti critici che dovranno essere affrontati sono le differenze tra i laboratori in termini di capacità diagnostiche e le difficoltà nel coinvolgimento degli operatori dei laboratori diagnostici. Per superare tali difficoltà si considereranno sia il potenziamento delle capacità diagnostiche di base favorendo l'adozione di protocolli diagnostici, la promozione dell'identificazione di laboratori di riferimento che possano raccogliere e analizzare i campioni e condividere le informazioni, la distribuzione di materiale informativo e l'organizzazione di un evento formativo/informativo per sensibilizzare gli operatori dei laboratori diagnostici e contribuire a formare una rete di collegamento tra gli stessi.

#### Indicatore di Obiettivo Centrale

10.3.1 Protocolli di collaborazione che garantiscano un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsto dalla Direttiva 2003/99) conforme ai migliori standard internazionali

Valore baseline: attualmente sono state elaborate e concordate con i laboratori ospedalieri regionali, i protocolli diagnostici per le gastroenteriti infettive (compresa Salmonellosi, Campylobacteriosi e infezione da Escherichia coli verocitotossico) e per la Brucellosi, zoonosi previste dalla Direttiva 2003/99.

Standard di riferimento regionale: completamento delle linee guida e diffusione ai portatori di interesse.

#### Indicatore/i di processo

- o Definizione: elaborazione protocolli diagnostici e linee guida malattie previste dalla Direttiva 2003/99
- o Fonte: Regione Marche
- o Tipologia: indicatore qualitativo/quantitativo  
Numeratore: numero di protocolli predisposti  
Denominatore: numero di protocolli (linee guida) da predisporre
- o Valore baseline: 8%



seduta del  
15 LUG 2015  
delibera  
540

pag.  
374

Tabella linea intervento 12 - 10 - Sorveglianza delle Zoonosi: ruolo del laboratorio come elemento strategico della sorveglianza

Macroobiettivo	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali					Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea d'Intervento	Indicatori di processo				Sorveglianza/Fonte
	Obiettivo centrale	Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento (Variazione attesa)			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	
10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	10.3 Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	10.3.1 Protocolli di collaborazione che garantiscano un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsto dalla Direttiva 2003/99) conforme ai migliori standard internazionali	qualitativo	Valore baseline sono state prodotte 2 schede malattie, tra quelle previste dalla Direttiva 2003/99.	protocollo attivato e 100% procedure realizzate	Diffusione linee guida per la standardizzazione dei protocolli diagnostici ospedalieri per la diagnosi delle zoonosi nell'uomo	SORVEGLIANZA DELLE ZONOSI RUOLO DEL LABORATORIO COME ELEMENTO STRATEGICO DELLA SORVEGLIANZA	Elaborazione protocolli diagnostici	Istituzione Gruppo di lavoro e definizione della lista di zoonosi	Elaborazione dei protocolli diagnostici per il 50% delle zoonosi prioritarie	Elaborazione dei protocolli diagnostici per il 100% delle zoonosi prioritarie	Regione Marche



seduta del 15 LUG 2015
delibera 5-4-0

375 <sup>pag.</sup>
---------------------

**12-11 - Attuazione di piani di sorveglianza in popolazione di animali selvatici**

**Breve descrizione dell'Intervento programmato**

**Razionale dell'Intervento**

La fauna selvatica è patrimonio indisponibile dello Stato, tuttavia la legislazione individua, in base all'area in cui questa vive, diversi gestori: Regioni, Province, Enti Parco. I piani di sorveglianza sono volti ad individuare, quanto più precocemente possibile, l'introduzione nelle popolazioni di fauna selvatica di malattie infettive diffusibili in grado di provocare danni ingenti alla zootecnia, all'industria alimentare e alla salute pubblica, quindi, permettere l'immediata adozione di adeguati provvedimenti sanitari di contrasto e controllo della diffusione delle stesse malattie.

La salute degli animali costituisce una preoccupazione per tutti i cittadini europei, una preoccupazione che deriva dal suo legame con la salute pubblica e la sicurezza alimentare, ma anche dai costi economici delle malattie degli animali e dalla volontà di garantire il benessere degli animali, comprese le implicazioni delle misure di lotta contro le malattie. Le indicazioni comunitarie dell'EFSA sono quelle di disporre di adeguate informazioni sullo stato sanitario delle popolazioni di animali selvatici soprattutto per le malattie che si condizionano l'attribuzione delle qualifiche sanitarie dei territori.

Nell'ambito della prevenzione della salute pubblica i piani di sorveglianza sanitaria sugli animali selvatici sono uno strumento importante per il controllo e la valutazione del rischio biologico e ambientale.

**Obiettivo Centrale**

10.6 Prevenire le malattie infettive o diffuse di interesse veterinario, trasmissibili tramite vettori animali.

**Obiettivo/i Specifico/i**

Predisposizione di 4 protocolli operativi destinati alla sorveglianza delle malattie di cui alla definizione: Influenza aviaria, malattia Newcastle, West Nile disease e Tubercolosi.

**Attori e portatori di interesse**

Servizi di Sanità Pubblica Veterinaria dell'ASUR, Istituto Zooprofilattico Sperimentale. Per l'attuazione dei piani di sorveglianza verranno coinvolti gli Enti e/o le Istituzioni ognuno per le proprie competenze (Forze di Polizia con competenza nella tutela ambientale, Enti Parco, Riserve Naturali, Oasi Naturalistiche, strutture per il recupero della fauna selvatica, ARPAM, Servizio Ambiente e Agricoltura della Regione Marche, Associazioni Venatorie e Ambiti Territoriali di Caccia).

**Beneficiari**

Cittadini, consumatori, Enti Parco, Riserve Naturali, Oasi Naturalistiche, strutture per il recupero della fauna selvatica, Associazioni Venatorie e Ambiti Territoriali Caccia.

**Fasi di Articolazione:** La linea di intervento prevede:

- Analisi dello stato attuale.
- Incontri finalizzati alla elaborazione dei piani di sorveglianza.
- Elaborazione ed emanazione dei piani di sorveglianza.
- Formazione sulle modalità di attuazione dei piani di sorveglianza.
- Attuazione dei piani di sorveglianza.



**Criticità:** difficoltà di coordinamento ed integrazione tra i diversi Enti/Istituzioni coinvolti. Attraverso una serie di incontri interistituzionali sarà individuata la modalità operativa più efficace ai fini della sorveglianza.

**Indicatore di Obiettivo Centrale**

10.6.1 Attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici

Valore Baseline regionale: NR

Standard di riferimento regionale: attuazione di 4 piani di sorveglianza

**Indicatore di processo**

- Definizione: Attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici
- Fonte: Regione Marche
- Tipologia (indicatore qualitativo): quantitativo
- Modalità in cui viene costruito: numero di piani di sorveglianza formalizzati sul totale dei previsti  
Numeratore: numero dei piani di sorveglianza formalizzati  
Denominatore: numero dei piani di sorveglianza previsti
- Valore baseline: n.r.
  
- Definizione: Formazione sulle modalità di attuazione del piano di sorveglianza
- Fonte: Regione
- Tipologia (indicatore qualitativo): qualitativo/quantitativo
- Valore baseline: n.r.

GA

✓





seduta del  
**15 LUG 2015**  
delibera  
**540**

pag.  
**377**

Tabella linea intervento 12 - 11 - Attuazione di piani di sorveglianza in popolazione di animali selvatici

Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali				Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Indicatori di processo				
		Nome indicatore	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Valore di baseline	Standard di riferimento			Nome indicatore	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018	Sorveglianza/ Fonte
2.10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale integrato dei controlli	10.6 Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario tramite vettori animali	10.6.1 Attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	Qualitativo/ quantitativo	NR	Attuazione di piani di sorveglianza per 4 malattie di cui alla definizione	Predisposizione di un piano di sorveglianza per Influenza aviaria, Pseudopeste aviaria, West Nile disease e Tuberciosi nei selvatici	PIANO DI SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE DELLA FAUNA SELVATICA	Attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	Report sulla situazione epidemiologica regionale e formalizzazione Gruppo di lavoro	Formalizzazione di due piani di sorveglianza	Formalizzazione di due piani di sorveglianza	Regione Marche
								Formazione sulle modalità di attuazione del piano di sorveglianza	NR	1 corso formazione	1 corso formazione	Regione Marche