

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno martedì 09 **del mese di** febbraio
dell' anno 2016 **si è riunita nella residenza di** Comune di Bologna - Palazzo d'Accursio
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Costi Palma	Assessore
7) Donini Raffaele	Assessore
8) Gazzolo Paola	Assessore
9) Petitti Emma	Assessore
10) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Costi Palma

Oggetto: RECEPIMENTO DELLA VALUTAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE RIGUARDANTE LA
PIANIFICAZIONE DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2015-2018 AI SENSI DELL'ACCORDO
STATO-REGIONI DEL 25 MARZO 2015, N. 56/CSR.

Cod.documento GPG/2016/111

Num. Reg. Proposta: GPG/2016/111

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che con propria deliberazione n. 152 del 23 febbraio 2015 è stato recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, oggetto della Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 13 novembre 2014, con repertorio n. 156/CSR, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge n. 131/2003;

Considerato che tale Intesa nell'approvare il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 stabilisce:

- all'art. 1, comma 3, che le Regioni si impegnano ad adottare, entro il 31 maggio 2015, il Piano Regionale della Prevenzione per la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 attraverso i programmi individuati sulla base di quanto disposto al punto 2 del medesimo art. 1;
- all'art. 1, comma 5, che le Regioni trasmettono annualmente alla Direzione Operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) idonea documentazione sulle attività svolte per consentire alla medesima Direzione di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani Regionali;
- all'art. 1, comma 6, che i criteri per la valutazione e la certificazione dei Piani Regionali della Prevenzione sono individuati con apposito Accordo Stato-Regioni;

Dato atto che in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano è stato sancito, in data 25 marzo 2015, con repertorio n. 56/CSR, apposito Accordo, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, con cui è stato approvato il documento "Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 - Documento per la valutazione" che stabilisce i criteri per la valutazione dei Piani Regionali della Prevenzione al fine di monitorare lo stato di avanzamento degli interventi programmati e definisce le regole e la tempistica della valutazione finalizzata alla certificazione dei Piani Regionali della Prevenzione;

Rilevato che con propria deliberazione n. 771 del 29 giugno 2015 è stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 che si articola in sei Programmi (Ambienti di lavoro, Scuola,

Ambiente Sanitario, Comunità, declinata secondo le seguenti tre direttrici: programmi di popolazione, interventi età-specifici e interventi per patologia), ciascuno comprendente numerosi e specifici progetti che riguardano tematiche estremamente diversificate e che presentano caratteristiche di forte integrazione fra professionalità e competenze diverse;

Rilevato altresì che sulla base di quanto previsto al punto 5.1, lett. c del sopra citato Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015, n. 56/CSR, il Ministero della Salute, entro 90 giorni dalla ricezione del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018, ha provveduto a fornire a questa Regione il risultato della valutazione della pianificazione ai fini di una riformulazione della stessa e attivato in data 23 settembre 2016 un confronto tecnico sull'esito di tale valutazione;

Preso atto che, con nota della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, pervenuta in data 25 novembre 2015, prot. n. PG/2015/0845619 e conservata agli atti del Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, si richiede a questa Regione di recepire la valutazione propedeutica della pianificazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 espressa da parte del Ministero della Salute e di trasmettere alla medesima Direzione il presente provvedimento di modifica del Piano regionale della Prevenzione per recepire le integrazioni, le modifiche e gli errori materiali riscontrati;

Preso atto del testo del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018, che si allega alla presente quale parte integrale e sostanziale, emendato alla luce delle osservazioni di cui sopra;

Vista la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;

Richiamato il D.Lgs. 14 marzo 2013, n.33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;

Richiamate, altresì, le proprie deliberazioni:

- n. 2416/2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni;
- n. 1057/2006, n. 1663/2006, n. 1377/2010, n. 1511/2011, n. 2062/2013, n. 193/2015, n. 335/2015, n. 628/2015, n. 2185/15 e n. 2189/15;

- n. 1621/2013 avente per oggetto "Indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 14 marzo 2013, n.33" e n. 57/2015 avente ad oggetto "Programma per la trasparenza e l'integrità. Approvazione aggiornamento per il triennio 2015-2017";

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

- 1) di recepire, per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate, la valutazione propedeutica del Ministero della Salute della pianificazione del Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia-Romagna, inviata con nota della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, pervenuta in data 25 novembre 2015, prot. n. PG/2015/0845619 e conservata agli atti del Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica;
- 2) di approvare il nuovo testo del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 allegato alla presente quale parte integrale e sostanziale, emendato alla luce delle osservazioni di cui sopra;
- 3) di trasmettere il presente atto alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute contenente le integrazioni e modifiche apportate al Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 dal Ministero della Salute con la succitata valutazione, preliminare alla realizzazione del Piano stesso;
- 4) di dare atto che il presente provvedimento è soggetto agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.ii. e definiti da questa Giunta Regionale con le deliberazioni n. 1621/2013 e n. 57/2015;
- 5) di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (BURERT).

COSTRUIRE SALUTE

IL PIANO DELLA PREVENZIONE 2015-2018
DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA



Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione: obiettivi, strategie e valori di riferimento

La “Salute in tutte le politiche” costituisce il quadro di riferimento e l’orizzonte ideale dei Piani Regionali della Prevenzione della nostra Regione, succedutisi dal 2005 ad oggi. Negli anni, i Piani hanno promosso interventi di contrasto dei fattori di rischio sempre più puntuali e più incentrati sullo sviluppo di reti e alleanze, con il coinvolgimento di più settori della società, l’attivazione di iniziative di comunicazione, regolatorie, di comunità e sugli individui, il ri-orientamento dei servizi sanitari.

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, nato dall’Intesa 13 novembre 2014 fra Stato, Regioni e Province autonome, delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che pongono le popolazioni e gli individui al centro degli interventi, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile. Tale scelta strategica va ricondotta alla convinzione, suffragata da sempre più numerosi elementi della letteratura scientifica di settore, che un investimento in interventi di prevenzione, basati sull’evidenza scientifica, costituisce una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale. Questi interventi, nel loro insieme, mirano alla condivisione di obiettivi di salute da parte degli attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, Enti Locali, istituzioni, settori privati e non profit) e alla definizione di reciproche responsabilità al fine di rendere facili per i cittadini le scelte di salute realizzando e rendendo accessibili ambienti e contesti a ciò favorevoli.

La prevenzione, infatti, non può che essere intersettoriale, interistituzionale e interprofessionale, essendo gli interventi più efficaci trasversali a diversi settori della società.

Equità, integrazione e partecipazione, principi ispiratori delle strategie regionali nel campo della programmazione sanitaria e della prevenzione, già operanti in molti degli interventi in corso nella nostra Regione, sono elementi fondanti della vision del nuovo piano nazionale.

La partecipazione è pratica consolidata del nostro agire fin dai Piani per la Salute ed è una modalità di lavoro che mira ad allargare il numero degli attori coinvolti nella pianificazione e nell’attuazione degli interventi preventivi che devono essere capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse.

L’equità è un valore di riferimento fondamentale delle politiche regionali e costituisce criterio-guida per dare risposte efficaci alle disuguaglianze presenti nel tessuto sociale. Queste risposte richiedono non la proposizione astratta di una offerta eguale di servizi, ma l’individuazione di strategie differenziate, proporzionate e mirate ai differenti bisogni espressi o comunque individuati.

L’integrazione delle politiche è strategica in una visione della salute in cui le condizioni del vivere e il benessere dei cittadini sono il risultato dell’azione di una intera società e, di conseguenza, la promozione del benessere richiede di ricercare l’integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie, ma anche con le politiche ambientali, urbanistiche, abitative, formative, occupazionali e culturali,.

Occorre promuovere politiche per la costruzione di ambienti che favoriscano sani stili di vita e la coesione sociale, azioni per il benessere nella prima infanzia, dei giovani e degli anziani, per la tutela e la promozione della salute dei lavoratori, per la parità tra i generi e per la costruzione di competenze individuali e comunitarie che proteggano e

promuovano la salute, che garantiscano attenzione ai gruppi fragili e aumentino il senso di appartenenza alla comunità locale.

Il ri-orientamento dei servizi sanitari è la risposta – indispensabile – del Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai nuovi bisogni di salute della popolazione, per offrire azioni preventive, programmi di popolazione e modalità di presa in carico di patologie e condizioni di sofferenza largamente diffusi nella cittadinanza. La riorganizzazione dei Dipartimenti di Sanità pubblica e l'implementazione delle Case della Salute hanno consentito di sperimentare nuovi percorsi assistenziali integrati, in cui la collaborazione tra i Dipartimenti ospedalieri e le risorse del territorio è strategica, da sviluppare e potenziare; su tali nuovi contenuti e modalità di lavoro occorre porre particolare attenzione a promuovere e perseguire lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze di prevenzione e promozione della salute degli operatori della sanità.

Sempre più il settore della Sanità pubblica è chiamato a svolgere una funzione di advocacy e di stewardship, come indicato dal documento OMS Salute 2020, e dal nuovo PNP, fornendo dati, evidenze di buone pratiche e sostenendo e facilitando l'incontro e la collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti nella tutela e promozione del benessere e della salute della popolazione. Per esercitare questa funzione, sia a livello centrale, che regionale e territoriali, occorre mettere in campo, oltre alle competenze consolidate, creatività e nuove abilità, e si deve saper mediare tra i diversi interessi degli altri attori e stakeholder riportando la progettualità e l'impegno verso il miglioramento della salute della popolazione, da intendere quale bene comune. In quest'ottica e con questi principi ispiratori si è costruito il nuovo Piano Regionale della prevenzione che, in continuità con i piani che l'hanno preceduto e in coerenza con gli obiettivi centrali del nuovo PNP, si pone l'obiettivo di mettere in campo azioni regionali di sostegno e sviluppo di queste funzioni a livello centrale e anche a supporto della programmazione per l'attuazione locale del Piano.

Accordi a supporto dell'intersectorialità delle azioni

A supporto di questa organizzazione è fondamentale sia a livello nazionale, sia regionale, sia locale, un forte impegno teso alla ricerca di strumenti che possano supportare l'integrazione e la trasversalità degli interventi formalizzando, anche attraverso specifici atti, accordi, protocolli d'intesa, documenti d'indirizzo o altro, l'integrazione delle politiche e la condivisione degli obiettivi di Piano.

In tal senso la condivisione del percorso con tutti i settori rappresentati dalle diverse Direzioni regionali coinvolte e l'indicazione operativa per le AUsl che orienta alla costruzione di reti con enti ed associazioni presenti sul territorio, consentiranno di rispondere in modo più organico a quegli obiettivi del PNP 2014-2018 che, in diversi settori, richiedono come risultato la formalizzazione di atti e accordi intersectoriali.

Diversi sono gli ambiti su cui si sta lavorando per la predisposizione di specifici accordi interistituzionali: in campo ambientale, con ARPA e IZS per la predisposizione di indagini, studi e approfondimenti sulle conoscenze dei possibili impatti sulla salute degli inquinanti ambientali e per la gestione di problematiche sanitarie attribuibili all'inquinamento; con il mondo della scuola per costruire strategie integrate per la promozione della salute e del benessere nelle giovani generazioni; con gli Enti Locali e le associazioni sportive e del volontariato per costruire maggiori opportunità di attività fisica per tutti; con il mondo dell'urbanistica, della pianificazione territoriale e dei trasporti per contribuire a creare ambienti di vita più salubri e in grado di favorire stili di vita più sani.

Per sottolineare l'importanza che viene attribuita all'intersectorialità, e di conseguenza a questi accordi, per rispondere ai diversi indicatori presenti in più punti del PNP, ogni anno, oltre agli specifici indicatori previsti nei setting, verranno rendicontati il

numero complessivo, nonché i contenuti di salute, di accordi, protocolli o intese che verranno sottoscritte a livello regionale e a livello locale.

La formazione a supporto dei cambiamenti di stile di vita

È di fondamentale importanza continuare ad investire sulla formazione e l'aggiornamento degli operatori della sanità, sia di coloro che a diverso titolo esercitano la propria attività nel sistema sanitario sia per tutti quelli, ancora in fase di formazione universitaria, che saranno gli operatori della sanità del domani.

Sarà pertanto indispensabile, attraverso una condivisione degli obiettivi con il mondo delle scuole di formazione e delle università, promuovere percorsi formativi orientati alla prevenzione, che integrino i curricula tecnico-specialistici anche con nuove competenze per mettere in grado i futuri operatori di affrontare con piena autorevolezza le complessità odierne in tema di promozione della salute e di prevenzione.

In questi ambiti molto è stato fatto nella nostra Regione, con il consolidamento e il potenziamento di Luoghi di Prevenzione, Centro regionale di didattica multimediale nato dalla collaborazione tra LILT Sezione di Reggio Emilia e l'AUSL, la Provincia e il Comune di Reggio Emilia; attraverso questa struttura sono stati avviati numerosi progetti con la scuola, il mondo del lavoro, le Università e gli operatori sanitari e sociosanitari.

Luoghi di Prevenzione non è oggi solo il Centro di riferimento regionale in tema di formazione sulla promozione della salute, ma è anche riconosciuto come eccellenza a livello nazionale e interregionale attraverso i numerosi progetti CCM condotti. La metodologia di Luoghi di prevenzione rappresenta un modello formativo e organizzativo per la progettazione e la realizzazione di interventi di promozione della salute e per la costruzione di competenze, nonché un laboratorio di ricerca e applicazione di buone pratiche. Particolare impegno sarà posto nello sviluppo di competenze sull'approccio motivazionale al cambiamento basato sul modello transteorico, grazie anche alla supervisione del Prof. Carlo Di Clemente dell'Habits Lab dell'Università del Maryland, che ha con Luoghi di prevenzione una specifica convenzione. Con il Centro sarà possibile quindi garantire la promozione e il coordinamento delle numerose attività di formazione previste a supporto di molti programmi del nuovo Piano regionale; si potranno inoltre produrre e sperimentare strumenti innovativi per la promozione della salute, nonché mantenere una forte integrazione fra i vari attori che si occupano dei temi trattati.

Particolare importanza dovrà avere nel piano la promozione delle competenze professionali degli operatori della sanità nella gestione del cambiamento dei comportamenti e degli stili di vita fornendo strumenti innovativi e di provata efficacia per l'approccio alle persone che a diverso titolo si rivolgono al servizio sanitario.

Partecipazione

Efficacia, intersettorialità, comunicazione, equità e partecipazione sono le parole chiave del nuovo Piano regionale della Prevenzione dell'Emilia-Romagna per promuovere la salute dei cittadini e delle comunità.

Per raggiungere questi risultati e gli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, occorre riuscire a coinvolgere nel percorso non solo gli operatori sanitari, ma tutte le risorse presenti nella comunità e nei territori: i Comuni, la scuola, le forze imprenditoriali, le rappresentanze sindacali, le Associazioni di volontariato. La partecipazione dei cittadini e il coinvolgimento della comunità negli interventi di promozione della salute sono fondamentali per migliorare l'empowerment individuale e di comunità, la salute generale e ridurre le disuguaglianze in salute.

Il percorso partecipato “Costruire salute” avviato nella nostra Regione mira a coinvolgere in modo attivo enti, stakeholder, associazioni e cittadini per favorire una progettazione comune e condivisa. Nella Piazza virtuale “Costruire salute” è possibile approfondire i temi in discussione, consultare i materiali di lavoro, la normativa di riferimento ma soprattutto condividere idee e proposte per costruire e realizzare nel tempo le azioni del nuovo PRP.

Questo strumento di partecipazione, attivato all'inizio dei lavori del PRP, non esaurisce la modalità di costruzione partecipata del piano, ma dà l'avvio a un percorso che continuerà per tutta la durata del PRP, ne seguirà il monitoraggio e l'avanzamento e sarà arricchito anche dalle iniziative e dalle sinergie che saranno messe in campo con la realizzazione delle azioni e dei progetti a livello locale.

Azioni di supporto

Equità

Programmare in termini di equità e rispetto delle differenze significa sostanzialmente essere in grado di riconoscere le diversità che caratterizzano la popolazione e che possono comportare eterogeneità nell'esposizione ai fattori di rischio, nella probabilità di ammalarsi e nell'accesso ai Servizi e di assumere un approccio pragmatico nei confronti dei meccanismi generatori delle iniquità. La letteratura ha prodotto molte evidenze sugli effetti prodotti dai determinanti sociali in termini di disuguaglianze, dimostrando una stretta relazione tra le variabili socio-economiche, le condizioni di salute/benessere e il grado di utilizzo dei servizi (si rimanda al Libro Bianco sulle disuguaglianze in salute in Italia per una lettura aggiornata e completa): alla luce di queste evidenze, si può aggiungere che i principi di eguaglianza e di universalità costituiscono presupposti ineludibili su cui si fonda l'agire dei nostri Servizi.

Tuttavia, ragionare in termini di equità non significa basarsi sull'idea tradizionale di uguaglianza secondo la quale *"tutti gli individui devono venire trattati egualmente"*, ma piuttosto partendo dalla convinzione che a tutti gli individui devono essere garantite le stesse opportunità di accesso, di fruizione, di qualità e di appropriatezza dei Servizi, oltre che di promozione della salute e di prevenzione. È pleonastico sottolineare che, oltre alle classificazioni ormai tradizionali con cui si inquadrano le popolazioni svantaggiate – persone con reddito basso o nullo, emarginate, con basso livello di istruzione – il mondo sociale e sanitario si trova ad affrontare un ampio set di possibili diversità all'interno della popolazione, diversità che possono tradursi in disuguaglianze o per meglio dire in forme di “vulnerabilità sociale” (Ranci, 2002).

In sostanza, esistono alcuni ambiti/filoni di attenzione in tema di equità e rispetto delle differenze (*strand*) che vanno tenuti in considerazione nella definizione di politiche, strategie, azioni, ecc., in modo che nessun individuo sia discriminato né nell'accesso ai servizi sanitari, né nell'accesso alle opportunità di lavoro e di tutela della propria salute. Gli *strand* rilevanti per l'equità sono: sesso e genere, età, cittadinanza e gruppo etnico, status giuridico, status socio-economico, disabilità, orientamento sessuale, religione o fede, comportamenti e convinzioni personali.

Oltre a questi *strand*, altri gruppi possono sperimentare le disuguaglianze e discriminazioni nella prestazione dei servizi, come ad esempio le vittime di abusi domestici, persone che si prostituiscono ed ex prostitute, i senza fissa dimora, persone a basso reddito, carcerati/ex carcerati, tossicodipendenti o persone con altre forme di dipendenza, rifugiati e richiedenti asilo, ecc. La sfida è pertanto quella di riuscire a

evidenziare e introdurre un cambiamento di cultura all'interno dell'organizzazione, ponendo questi temi al centro delle azioni di ogni giorno, oltre che nei principali compiti e politiche dell'organizzazione. Questo significa lavorare per creare una cultura organizzativa che riconosca, rispetti e valorizzi le differenze presenti in un determinato territorio per rispondere ai bisogni garantendo a tutti le medesime opportunità per raggiungere il medesimo livello potenziale di benessere.

Individuazione delle priorità

Per trarre indicazioni su quali sono obiettivi e azioni più promettenti in termini di guadagni legati alla riduzione delle disuguaglianze si può stimare l'impatto dei determinanti sociali sui fattori di rischio, e su questi obiettivi si potrà poi agire con tecniche di *HealthEquity Audit* (HEA) oppure altre azioni di sistema.

Partendo dalla lista degli obiettivi del PNP, si identificano indicatori *proxy* di esposizione da cui derivare una stima dell'impatto di questi indicatori (es. titolo di studio) sulla prevalenza di esposti. L'ordinamento decrescente dell'impatto sulla prevalenza di esposti per fattori di rischio offre elementi per facilitare una discussione preliminare volta a individuare i fattori teoricamente più rilevanti su cui agire (e dunque individuare obiettivi/azioni del PRP) per ottenere la miglior performance in termini di riduzione del numero degli esposti. In tal modo è possibile, ad esempio, identificare la mancata attività fisica come un fattore di rischio rilevante, in particolare tra le donne. Attraverso l'analisi congiunta di più determinanti (sesso, età, cittadinanza, soddisfazione delle risorse economiche, area di residenza, disabilità) si possono derivare ulteriori elementi da tenere in considerazione per una corretta valutazione dei fattori da contrastare.

I determinanti di rischio identificati come prioritari (più rilevanti e contrastabili) attraverso il percorso sopra delineato, e che diventeranno oggetto di un intervento di HEA, in modo da calibrare gli interventi per ridurre le disuguaglianze, sono: la mancata attività fisica nelle donne adulte, l'obesità infantile e la promozione di stili di vita salutari nei pazienti psichiatrici.

Le molteplici considerazioni qui introdotte si possono usare, oltre che per l'HEA, per progettare azioni di sistema, come una migliore descrizione dei fenomeni (es.: introduzione di covariate in sistemi informativi o sistemi di indagine, costruzione di profili di equità, valutazione qualitativa di impatto in termini di equità).

Le azioni di equità

L'approccio regionale ha le sue basi nell'attività ormai consolidata nell'uso di strumenti *equity oriented* implementati in questi anni di lavoro con le Aziende sanitarie.

Oltre alle tre priorità sopra elencate, che saranno oggetto di HEA, le azioni del Piano Regionale della Prevenzione si avvarranno di un approccio al contrasto delle disuguaglianze che metterà a valore quanto è stato sedimentato in anni di lavoro nel sistema dei servizi sanitari regionali. Pertanto si riconoscono tre diverse direzioni:

- i progetti esplicitamente dedicati a tipologie di popolazione che presentano caratteristiche di vulnerabilità sociale e/o fragilità che potrebbero mettere a rischio la loro possibilità di accedere alle opportunità dei progetti di promozione e prevenzione per stili di vita salutari;

- la messa a disposizione dello strumento dell'EqIA (Equality Impact Assessment) come garanzia di valutazione dei progetti inseriti nel presente Piano Regionale della Prevenzione nella prospettiva dell'equità¹;
- la realizzazione di tre *HealthEquity Audit* sulle priorità individuate².

L'attuazione delle attività equity oriented sopra descritte sarà svolta in stretta collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e in collegamento con la rete dei referenti aziendali per l'equità.

Le Sorveglianze a supporto dei programmi di Sanità Pubblica

Il PNP 2014-18 riconosce l'importanza fondamentale, nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati, dell'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). Nell'ambito delle strategie per la definizione delle priorità d'intervento e nel monitoraggio dei macroobiettivi del Piano 2014-18 viene raccomandata una sistematica promozione, sviluppo e utilizzo delle valutazioni quantitative e pertanto dei flussi informativi a questo finalizzati. Nell'ottica di valutare non solo l'andamento del Piano, ma anche il guadagno in salute della nostra popolazione, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili, appare importante una lettura il più possibile integrata del flusso di dati disponibili.

A livello regionale sono presenti numerosi sistemi informativi sia in ambito sociale e sanitario, sia in riferimento a fenomeni demografici e a dati ambientali, geografici e territoriali; in particolare sono disponibili numerose banche dati complete e costantemente aggiornate. È essenziale che questo notevole patrimonio informativo della Regione Emilia-Romagna sia mantenuto e ulteriormente sviluppato con una visione unitaria, anche a supporto dei programmi di sanità pubblica oltre che ai fini della descrizione e valutazione dell'assistenza.

Il sistema si è strutturato nel tempo e ha raggiunto una elevata complessità: da una parte ciò consente di avere già a disposizione fonti informative di ottima qualità, dall'altra richiede il superamento di ogni frammentarietà in una prospettiva unitaria, come è ad esempio avvenuto nella stesura del Profilo di Salute della Regione Emilia-Romagna elaborato in preparazione del presente Piano della prevenzione.

Nella prospettiva di lavorare in modo integrato e trasversale, vi è la necessità di sviluppare attività specifiche, che vengono di seguito esplicitate, distinguendo tra sistemi di sorveglianza già attivi e consolidati e sistemi che necessitano di sviluppi e innovazione.

1. Sorveglianze da consolidare

I seguenti sistemi, già attivi vanno consolidati e vincolati strettamente alla programmazione regionale/aziendale con chiara definizione di tempi e risorse assegnate:

1.1 Sistema di Sorveglianza PASSI: l'obiettivo del sistema nazionale è monitorare i principali fattori di rischio comportamentali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione nella popolazione adulta. Personale delle AUSL, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario validato a un campione di residenti 18-69enni estratti con un campionamento casuale stratificato dalle anagrafi sanitarie. Il sistema, attivo dal 2007,

¹http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/osservatorio-equita/toolkit/toolkit-3

²http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/osservatorio-equita/toolkit/toolkit-5/intro-toolkit-5

ha confermato sostenibilità e validità: un numero rilevante di indicatori del Piano, afferenti a vari macroobiettivi, viene monitorato attraverso il PASSI; in particolare il modulo opzionale relativo alla sicurezza domestica dovrà essere inserito con una periodicità tale da consentire il monitoraggio dell'indicatore specifico. Complessivamente il sistema di sorveglianza va rafforzato con l'obiettivo di consolidarlo in ogni realtà aziendale.

1.2 OKkio alla salute: l'obiettivo di questa sorveglianza biennale attivo dal 2008 è descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale e dell'attività fisica dei bambini di 8 anni delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico; l'approccio metodologico è quello della sorveglianza di popolazione, su campioni rappresentativi della popolazione scolastica. La Regione Emilia-Romagna si è impegnata dal 2010 a raggiungere una rappresentatività a livello aziendale. La partecipazione al sistema, secondo le indicazioni del livello nazionale, verrà garantita anche in attuazione del presente Piano della prevenzione.

1.3. HBSC: l'indagine HBSC (HealthBehaviour in School-agedChildren) è un'indagine nazionale sugli stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni; si svolge ogni 4 anni e fa parte di un ampio studio svolto in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il cui scopo è di valutare i comportamenti legati alla salute e gli stili di vita dei giovani, in diverse Nazioni e contesti culturali. L'approccio metodologico è quello della sorveglianza di popolazione, su campioni rappresentativi della popolazione scolastica; la Regione Emilia-Romagna ha partecipato alle edizioni degli anni scolastici 2010-2011 e 2014-2015 con un campione di rappresentatività regionale e intende garantire la partecipazione anche alla prossima rilevazione prevista nel 2018-2019 auspicando che il livello nazionale continui ad assicurare il coordinamento dell'indagine.

1.4. Registri regionali di mortalità, CEDAP e tumori oggetto di screening: si tratta di sistemi informativi a regime da tempo, indispensabili anche per molte analisi sullo stato di salute della popolazione: nel periodo di validità del PRP l'obiettivo continua a riguardare la qualità della compilazione e la tempestività della trasmissione delle informazioni al fine di rendere fruibili in tempi brevi e certi i dati regionali.

1.5. Sistema di sorveglianza degli eventi idro-meteo-climatici: il Servizio Idro-Meteo-Clima dell'ARPA, opera nel campo della previsione meteorologica e climatologica e gestisce la raccolta, l'elaborazione e l'archiviazione di dati meteorologici funzionali allo sviluppo di attività sia ambientali che sanitarie. I dati meteo, oltre al loro normale impiego idro-meteorologico, trovano applicazione nella valutazione della qualità dell'aria (ad es. l'input meteorologico è richiesto dalla maggior parte dei modelli di dispersione atmosferica) e in molti altri settori di valenza ambientale e sanitaria. Il monitoraggio e la previsione meteorologica sono alla base del sistema di prevenzione degli effetti delle ondate di calore: i bollettini bioclimatici vengono emessi, tutti i giorni della settimana, dal 15 maggio al 15 settembre e riguardano l'intero territorio regionale, suddiviso in 32 aree, con una specifica attenzione alle aree urbane dove non solo si concentra la maggior parte della popolazione ma dove spesso si verificano le situazioni di maggior criticità a causa del fenomeno chiamato "isola di calore". Altro elemento importante per una corretta prevenzione verso gli aspetti ambientali ad elevata incidenza sanitaria è costituito dal bollettino settimanale dei pollini e delle spore fungine aerodisperse, attivo tutto l'anno, e strumento guida nella programmazione della difesa contro le allergie da materiale aerodisperso.

1.6. Sistema di sorveglianza della qualità dell'aria: la Regione Emilia-Romagna ha iniziato il rilevamento sistematico della qualità dell'aria nella prima metà degli anni '70. Da allora il sistema è stato progressivamente ampliato e modificato per rispondere a necessità sanitarie e normative nel rispetto degli standard definiti dall'Unione Europea. Si è passati da uno schema basato su punti di misura, ad un sistema organizzato

sull'integrazione di strumenti che permettono da una parte di estendere all'intero territorio l'informazione rilevata nei punti stazione e dall'altra di formulare previsioni sulla dinamica dell'inquinamento atteso. Ma non solo, l'utilizzo di inventari delle emissioni, di stazioni di misura e della modellistica della diffusione degli inquinanti permette di identificare le strategie più efficaci per la diminuzione dell'inquinamento, mentre la loro integrazione con le informazioni geostatistiche e le diverse banche dati consente di valutare la popolazione esposta ai diversi livelli di inquinamento. Il sistema attuale è costituito da 47 stazioni regionali che rilevano gli inquinanti previsti dalla Direttiva 2008/50/CE (Biossido di zolfo (SO₂), Biossido di azoto (NO₂), Ossido di carbonio (CO), Ozono (O₃), Particolato (PM₁₀ e PM_{2.5}), Benzene, Toluene e Xilene (BTX)) e dalla Direttiva 2004/107/CE (Direttiva metalli e IPA), dall'inventario delle emissioni in atmosfera INEMAR adottato dalle Regioni del bacino padano, e dal modello di fotochimica e dispersione degli inquinanti NINFA.

Tutto ciò permette di ottenere l'analisi e la previsione (integrando il modello NINFA con le previsioni meteorologiche dei 3 giorni successivi) ad una scala di risoluzione di 1 Km per tutto il territorio regionale.

1.7. Flussi informativi regionali utilizzati per la sorveglianza del rischio infettivo e per il monitoraggio dei consumi di antibiotici: LAB, AFT, AFO, FED. Sono sistemi informativi a regime da anni, inclusi nel sistema SISEPS, che riguardano la sorveglianza dell'antibioticoresistenza e delle infezioni a partire dai dati di laboratorio e l'uso dei farmaci in ambito territoriale e ospedaliero. I dati raccolti in questi flussi sono routinariamente utilizzati per la produzione di reportistiche a livello regionale e aziendale e sono già state predisposte o sono in fase di definizione reportistiche predefinite interattive in ReportERStats. Nel periodo di validità del PRP l'obiettivo è di consolidare la reportistica già predisposta relativamente alla frequenza di microrganismi antibioticoresistenti e all'uso di antimicrobici in ambito territoriale e ospedaliero e di definire metodi di analisi combinata delle informazioni dei diversi flussi considerati.

1.8. Sistema di sorveglianza integrata delle malattie trasmesse da vettori: attraverso un progetto multidisciplinare con il coinvolgimento di medici, veterinari ed entomologi è da anni attivo un sistema di sorveglianza integrata delle arbovirosi che prevede:

- una sorveglianza sanitaria in grado di cogliere tempestivamente l'insorgenza di casi umani e animali di malattie da vettore
- una rete di monitoraggio entomologico in grado di fornire informazioni sulla presenza e dinamica di popolazione dei vettori (*Aedes albopictus* e *Culex* spp)
- indagini virologiche che, attraverso opportune indagini di laboratorio, danno informazioni sulla presenza di agenti patogeni negli insetti vettori e negli ospiti (uomini ed animali)

2. Sorveglianze da migliorare

Per alcuni sistemi di sorveglianza va migliorata la gestione e uniformata l'informatizzazione con l'obiettivo di razionalizzare la raccolta dei dati e consentire possibilità di link tra sistemi informativi sia per valutare gli esiti di interventi e programmi di sanità pubblica, sia per consentire azioni coordinate a livello locale. In particolare ci si riferisce a:

2.1 Sorveglianza screening oncologici: per lo screening mammografico è necessario verificare e migliorare la completezza e correttezza delle informazioni registrate nel tracciato regionale a record individuale, al fine di passare dalla fase sperimentale a quella di adozione formale dello stesso. Per quanto riguarda il tracciato regionale a record individuale per lo screening dei tumori del colon retto è necessario

consolidare la compatibilità e il passaggio dei dati nel flusso nazionale Data Ware House (DWH) del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

2.2 Sorveglianza malattie infettive: ottimizzare e sviluppare il sistema di notifica/sorveglianza regionale web-based SMI (Sorveglianza Malattie Infettive) che garantisce tempestività nell'acquisizione e nella restituzione delle informazioni e grande flessibilità nell'adattamento a nuove disposizioni nazionali/regionali (es: nuove classificazioni europee delle malattie) nonché a eventi sanitari che lo possono richiedere. La piattaforma permette già agli operatori del sistema un alto livello di restituzione del dato, individuale e aggregato; in prospettiva andrà a completare i flussi regionali, con possibilità di integrazione con le altre banche dati per analisi e approfondimenti trasversali. È infine in corso la predisposizione all'integrazione con altri applicativi, come ad esempio la cartella unica in carico agli MMG (SSI), per un flusso informativo completamente informatizzato, in linea con le disposizioni di dematerializzazione.

2.3 Sistema di sorveglianza coorte HIV: a partire dall'osservatorio sulle nuove diagnosi da HIV, già informatizzato in SMI, il progetto prevede la realizzazione di un data set regionale di informazioni cliniche, laboratoristiche e terapeutiche per l'intera coorte degli infetti, al fine di monitorare e studiare in modo omogeneo e longitudinale i casi nel tempo. Tale progetto potrà poi vedere un ulteriore sviluppo nel monitorare anche le epatiti virali croniche.

2.4 Vaccinazioni: la messa a regime del progetto riguardante la realizzazione dell'Anagrafe Vaccinale Regionale informatizzata (AVR), permetterà di calcolare le coperture vaccinali in modo standardizzato e omogeneo a partire dalle informazioni raccolte a livello individuale da ciascuna AUsl e di effettuare approfondimenti su tutte le informazioni che accompagnano l'evento vaccinale. In prospettiva garantirà la possibilità di incrociare i dati con quelli di altre banche dati, in particolare quelle delle malattie infettive e delle reazioni avverse a vaccino nel rispetto della normativa della privacy. Una volta a regime, la banca dati potrà essere utilizzata come ritorno informativo agli operatori, in modo aggregato sul portale regionale, ma anche in modo individuale, ad esempio nella cartella informatizzata dei MMG e dei PLS, al fine di individuare lo stato vaccinale dei propri assistiti.

2.5 Sorveglianza infortuni: il flusso informativo regionale di Pronto Soccorso (PS) rappresenta un prezioso strumento di sorveglianza dell'infortunistica stradale, lavorativa; purtroppo attualmente non è in grado di fornire adeguate informazioni sugli incidenti e sugli avvelenamenti avvenuti in ambito domestico. L'infortunistica domestica è rilevante sia in termini numerici che di esiti, come è sottolineato dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 che impone alle Regioni di indagare questo ambito. È necessario pertanto migliorare la qualità di questo flusso informativo in collaborazione con il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

2.6 Sistema SICHER di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC): l'implementazione di questo sistema è stata considerata una priorità nelle attività di sorveglianza e controllo del rischio infettivo; le ISC sono infatti tra le più frequenti infezioni correlate all'assistenza e causano un aumento significativo della durata della degenza, dei costi e della mortalità. Il sistema SICHER è già attivo da alcuni anni e ha aumentato nel tempo il suo livello di rappresentatività in ambito regionale; la sua implementazione è però ancora incompleta e variabile nelle diverse aziende sanitarie. Gli obiettivi da perseguire nel periodo di validità del PRP riguardano sia il miglioramento del sistema sia l'allargamento della partecipazione a livello regionale e delle singole aziende. Le attività da implementare per ottenere i risultati desiderati includono la predisposizione e l'utilizzo di supporti informatici per la raccolta, la gestione e l'invio dei dati e per la produzione di report aziendali.

3. Sorveglianze da sviluppare e potenziare

Vanno sviluppati e potenziati i seguenti sistemi informativi e di sorveglianza con una chiara definizione di tempi, modalità e risorse:

3.1 Screening: è necessario completare e avviare alla fase sperimentale un tracciato record regionale per il flusso dello screening dei tumori del collo dell'utero che tenga conto sia del passaggio al nuovo test di screening primario che del tracciato nazionale DWH previsto nel cruscotto NSIS e che diventerà debito informativo per le regioni, nei tempi previsti dalle normative nazionali. Anche per lo screening mammografico è previsto un tracciato nazionale DWH (cruscotto NSIS) che diventerà debito informativo per le regioni, nei tempi previsti dalle normative nazionali. È pertanto necessario sviluppare un sistema che permetta il passaggio dei dati dal tracciato regionale a quello nazionale.

3.2 Registro regionale dei tumori: rappresenta lo strumento elettivo per la valutazione dei fattori di rischio oggetto di possibile prevenzione primaria e per verificare l'impatto territoriale di quest'ultima. Il Registro tumori, garantendo la possibilità di studi mirati a partire dalle coorti di popolazione affette da patologia oncologica, è in grado di offrire strumenti di valutazione di efficacia e sostenibilità dei programmi di prevenzione secondaria (screening) e più in generale dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) in oncologia. È in programma la strutturazione di un Registro tumori regionale unico, a partire dall'integrazione delle strutture esistenti, per un più efficiente funzionamento e produzione dei dati, prevedendo la copertura anche del territorio dell'Azienda USL di Bologna. A partire da questa struttura sarà possibile costruire specifici percorsi di sorveglianza, specialmente dedicati ai tumori in età pediatrica e più in generale una rete collaborativa con gli altri registri e sorveglianze già attive in regione (Registro mesoteliomi, Registro tumori naso-sinusalì, progetto dei tumori professionali a bassa frazione eziologica - OCCAM).

3.3. PASSI d'Argento: è un sistema di sorveglianza nazionale sullo stato di salute, sui fattori di rischio e sui bisogni assistenziali sociali e sanitari della popolazione ultra 64enne, in particolare di quella con disabilità o a rischio di disabilità. Oltre ai fattori individuali, il sistema consente di monitorare i principali interventi assistenziali. Dopo una prima sperimentazione che ha interessato 17 Regioni e Province Autonome tra il 2009 e 2010, PASSI d'Argento ha avuto un avvio nel 2012 cui l'Emilia-Romagna ha partecipato con un campione regionale a cui è seguita un'estensione nel 2013 tra le azioni previste dalla proroga del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.

PASSI d'Argento fornisce alcuni indicatori per il monitoraggio del Piano Nazionale della Prevenzione e dei diversi PRP; in particolare la valutazione dell'attività fisica negli ultra 64enni con il PASE score è ricavabile solo da questo sistema di sorveglianza.

In quest'ottica verrà assicurata la realizzazione di PASSI d'Argento con una rappresentatività regionale secondo le indicazioni del Gruppo Tecnico Nazionale, che prevedono: l'avvio della formazione per il coordinamento regionale nel quarto trimestre 2015, la formazione della rete nel primo trimestre 2016 e l'avvio delle interviste nel secondo trimestre 2016

3.4. Il sistema informativo in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori si è sviluppato nel tempo in risposta a specifiche esigenze conoscitive e normative. È caratterizzato da un'elevata complessità cui si accompagna una non trascurabile frammentarietà, conseguente alla mancata attivazione del Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro, previsto dall'art. 8 del D.Lgs 81/08. In Regione Emilia-Romagna è da tempo attivo l'Osservatorio regionale degli infortuni e delle

malattie professionali (OREIL) per il quale è previsto un potenziamento: è programmata la sistematica integrazione della fonte di informazioni tradizionale sugli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (fornita dal Data Base-DB Flussi Informativi dell'INAIL), con le informazioni generate dal sistema di sorveglianza delle malattie professionali (MALPROF) e degli infortuni mortali e gravi (Infor.MO), nonché con le informazioni relative al monitoraggio annuale dei rischi da lavoro (alimentato dall'elaborazione dei dati prodotti dai medici competenti in esito all'attività di sorveglianza sanitaria).

3.5. Sistema informativo sui controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare: è in corso di realizzazione l'Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Alimentare (ORSA) per permettere la sorveglianza dei controlli ufficiali a livello regionale. Il sistema consentirà l'accesso ai dati relativi alle anagrafiche e ai controlli presenti negli applicativi delle AUSL (Servizi SIAN e SVET), individuando anche eventuali modifiche degli stessi per consentire la disponibilità dei dati necessari per alimentare i sistemi nazionali di sicurezza alimentare con cui ORSA dovrà integrarsi. Verranno analizzate e definite le strategie e gli interventi necessari per una razionalizzazione dei sistemi informativi e informatici del settore presenti a livello regionale.

3.6. Sorveglianza sulle Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA): la sorveglianza delle zoonosi e delle MTA in particolare è obbligatoria in tutta l'Unione Europea, ed è oggetto di precise rendicontazioni annuali. In Regione questa attività coinvolge diversi Servizi territoriali e figure professionali con competenze e compiti diversi. In particolare, l'indagine epidemiologica che deve essere svolta in caso di focolaio coinvolge diversi servizi del Dipartimento di Sanità pubblica e necessita di procedure per la raccolta e lo scambio di informazioni tra gli stessi. Fondamentale in questa fase è anche il contributo dei laboratori di Microbiologia clinica che possono fornire i ceppi batterici al laboratorio di riferimento regionale EnterNet per la tipizzazione. Allo stesso tempo piani di campionamento integrati sugli alimenti e sugli allevamenti possono fornire indicazioni sulla presenza e diffusione nel territorio degli agenti patogeni. Ciò permette di valutare il rischio per il consumatore e validare i riscontri raccolti in corso di indagini epidemiologiche in focolaio. Con il presente piano di prevenzione si vogliono sviluppare e sperimentare in campo modelli organizzativi e procedure che permettano a tutti gli operatori coinvolti dalla sorveglianza delle MTA di avere accesso e condividere tutti i dati prodotti dalle attività di sorveglianza, migliorando in tal modo le conoscenze sui principali fattori di rischio di MTA.

3.7. Piano regionale di sorveglianza e monitoraggio sanitario sulla fauna selvatica: dal 2006 in applicazione a specifici Regolamenti CE, sono state attivate azioni di monitoraggio sanitario degli animali selvatici presenti sul territorio della Regione. Il monitoraggio riguarda la rilevazione di circolazione di agenti eziologici di zoonosi o altre malattie soggette a denuncia obbligatoria. Il piano si pone come obiettivi ottenere informazioni sullo stato sanitario delle popolazioni selvatiche, valutare il rischio per le popolazioni domestiche di animali da reddito e per l'uomo e raccogliere informazioni per considerare l'impatto di alcune malattie sulla dinamica di popolazione ospite. Le azioni previste coinvolgono i Servizi Veterinari delle AUSL, gli Uffici Faunistici Provinciali e la Polizia provinciale, gli Enti di gestione dei Parchi, gli Ambiti Territoriali di Caccia (ATC). È coordinato dalla Regione Emilia-Romagna che si avvale del supporto tecnico dell'IZSLER (analisi di laboratorio e elaborazione dati) e della consulenza di ISPRA. Il piano prevede che per ciascuna malattia siano individuati animali indicatori da sottoporre alle indagini di laboratorio che saranno svolte dagli IZSLER. Otto delle nove malattie individuate come prioritarie dal piano nazionale della prevenzione sono coperte dal sistema di sorveglianza, tra queste in particolare: la Trichinellosi che ha dato recenti epidemie in Toscana, Basilicata e Sardegna, la West Nile disease il cui agente virale ha come reservoir popolazioni avicole selvatiche, l'Influenza Aviaria per la quale, in caso di focolai negli allevamenti, sono previsti onerosi interventi finalizzati alla eradicazione. Attualmente si

prevede di ottimizzare le azioni del piano attraverso la definizione di mappe di unità territoriali di gestione che includano dati di abbondanza delle specie oggetto di interesse gestionale da correlare con la localizzazione delle principali attività zootecniche e la implementazione di strumenti idonei a migliorare le azioni di sorveglianza passiva (segnalazioni di mortalità nella fauna selvatica), individuata come strumento più efficace per la rilevazione precoce (early detection) dell'ingresso di un agente patogeno sul territorio regionale.

3.8. Flusso informativo prescrizione e somministrazione esercizio fisico: I percorsi di Esercizio Fisico Adattato ed Attività fisica adattata saranno estesi a tutto il territorio regionale trasformando queste attività da progetto sperimentale ad attività ordinaria rivolta a tutta la popolazione target. Questo passaggio esige una valutazione costante sui processi avviati e sul loro impatto sulla salute. I flussi informativi coordinati dai Servizi di Medicina dello sport consentiranno di raccogliere, omogeneamente su tutto il territorio regionale, i dati sull'utilizzo dei percorsi da parte di operatori sanitari e sul livello di adesione ed aderenza da parte dei cittadini. Sarà possibile inoltre valutarne efficienza ed efficacia sia attraverso indicatori specifici appositamente raccolti che con l'incrocio con i dati di mortalità, delle schede di dimissione ospedaliera e dei flussi della specialistica ambulatoriale e farmaceutica. La raccolta avverrà attraverso una base di dati online appositamente sviluppata e coinvolgerà diverse strutture delle Aziende Sanitarie, oltre alla rete dei MMG, nonché le Palestre etiche/sicure.

Il piano operativo

L'impostazione del nuovo Piano Nazionale pone obiettivi di salute molto sfidanti, pur mantenendo alta l'attenzione ai temi della sostenibilità ed efficacia degli interventi da realizzare. Le Regioni, con i Piani Regionali, indicano le strategie e gli indirizzi da seguire per il raggiungimento degli obiettivi di salute in ambito regionale e forniscono le indicazioni operative per le Aziende che dovranno, tenendo conto degli specifici contesti territoriali, declinare a livello locale il Piano e realizzare le azioni previste.

Dal punto di vista organizzativo il Piano è stato costruito sulla base di questa visione e su un'analisi critica dell'esperienza acquisita con i precedenti Piani regionali della prevenzione. Con il Piano 2010-2013 è iniziato un percorso che ha visto un complessivo rafforzamento dell'attenzione delle Aziende agli interventi di promozione della salute, il consolidamento dei programmi di popolazione già attivi con risultati di qualità, una più diffusa attenzione alla innovazione e alla ricerca e sperimentazione di pratiche efficaci per conseguire risultati di salute.

Occorre mettere a frutto l'esperienza e le competenze acquisite per incentivare ancor più la trasversalità e l'integrazione delle azioni per promuovere stili di vita favorevoli alla salute, affrontando globalmente i quattro principali fattori di rischio e coinvolgendo maggiormente le comunità nel realizzare interventi di dimostrata efficacia ed equità.

Nel contempo occorre sempre più porre attenzione alla pianificazione e alla scelte organizzative messe in campo per garantire la sostenibilità e l'efficacia degli interventi di prevenzione.

Per sostenere questo percorso si è considerato il setting in cui le diverse attività e i progetti che compongono il piano andranno a svilupparsi, quale elemento portante della nuova progettazione. Si sono pertanto individuati 4 setting su cui agire: l'ambiente di

lavoro, l'ambiente sanitario, la scuola e la comunità, quest'ultima declinata secondo tre direttrici: programmi di popolazione, interventi età-specifici e interventi per patologia.

Nell'ambito di ogni setting sono stati predisposti progetti che rispondono in modo ampio ed integrato ai diversi obiettivi posti dal PNP con il coinvolgimento di gruppi di lavoro trasversali, composti da operatori dei diversi servizi regionali e delle AUSL.

Nelle schede predisposte sono illustrati anche gli indicatori del Piano regionale che consentiranno di seguire l'avanzamento dei progetti individuati e contestualmente il raggiungimento degli obiettivi fissati per la nostra regione dal Piano nazionale.

In analogia con quanto efficacemente sperimentato con il precedente Piano per monitorare il percorso del PRP e coordinare a livello regionale l'insieme delle attività il piano operativo prevede un gruppo di Monitoraggio del PRP 2015-2018 con una composizione rappresentativa dei diversi settori coinvolti nel Piano in una logica di forte integrazione.

A livello locale le Aziende sanitarie dovranno predisporre un atto di programmazione per il triennio 2016-2018 che indichi il contributo che ogni azienda porterà per l'attuazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute previsti nel nuovo PRP, promuovendo sinergie e integrazione tra i servizi territoriali e i servizi e presidi ospedalieri, al fine di orientare le attività verso la convergenza e il rafforzamento dei messaggi di promozione della salute, favorendo l'informazione e gli interventi di prevenzione nei processi assistenziali e la costruzione di alleanze con enti e associazioni locali e valorizzando la partecipazione alla rete HPH (Health Promoting Hospital and Services) a cui tutte le Aziende sanitarie della Regione aderiscono.

Il ri-orientamento dei servizi sanitari è la risposta – indispensabile – del Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai nuovi bisogni di salute della popolazione, per offrire azioni preventive, programmi di popolazione e modalità innovative di presa in carico di patologie e condizioni di sofferenza largamente diffusi nella cittadinanza.

Il Piano nazionale indica come indispensabile un sempre più deciso riorientamento dei Dipartimenti di Sanità pubblica che devono “assumere all'interno delle AUSL, questo ruolo di regia sia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia di governance degli interventi di prevenzione non erogati direttamente costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra stakeholder (istituzionali e no) che connetta il territorio al governo regionale e nazionale”.

Pertanto particolare attenzione dovrà essere posta a garantire la continua crescita e l'aggiornamento delle competenze degli operatori dei Dipartimenti di Sanità pubblica, per metterli in grado di affrontare con piena autorevolezza le complessità dei temi connessi con l'igiene e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, svolgendo anche appieno il ruolo di advocacy per la promozione della salute.

Sommario

1 Programma n.1 - Setting Ambienti di lavoro

- 1.1 Sistema informativo regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro Emilia-Romagna (S.I.R.P.- E-R);
- 1.2 Promozione della salute nei luoghi di lavoro;
- 1.3 Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali in edilizia;
- 1.4 Tutela della salute e della sicurezza in agricoltura e silvicoltura;
- 1.5 Emersione e prevenzione malattie muscolo scheletriche;
- 1.6 Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno professionale;
- 1.7 Prevenzione del rischio stress lavoro correlato e promozione del miglioramento del benessere organizzativo e della Responsabilità sociale d'impresa;
- 1.8 Tutela della salute degli operatori sanitari.

2 Programma n.2 - Setting Comunità - Programmi di popolazione

- 2.1 Sviluppo rete epidemiologia ambientale;
- 2.2 Azioni di sanità pubblica nell'ambito delle procedure di VAS e di VIA;
- 2.3 Piano regionale dei controlli e della formazione sul REACH e CLP;
- 2.4 Ridurre le esposizioni ad amianto dei cittadini e dei lavoratori: Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna;
- 2.5 ComunicAzione per la salute;
- 2.6 Progetti di empowerment di comunità;
- 2.7 Advocacy per le politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti orientate alla salute;
- 2.8 Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità locali;
- 2.9 Alcol e Guida sicura: corsi infoeducativi per conducenti con infrazione art. 186 Cds;
- 2.10 Prevenzione degli infortuni stradali in orario di lavoro;
- 2.11 Sorveglianza epidemiologica e valutazione di impatto della prevenzione sulla diffusione dei tumori in Emilia-Romagna;
- 2.12 Implementazione e monitoraggio programmi di screening oncologici;
- 2.13 Sorveglianza Malattie Infettive;
- 2.14 Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio e monitoraggio dell'attività;
- 2.15 Interventi per promuovere il consumo di alimenti salutari;
- 2.16 Adozione di 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;

- 2.17 Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Alimentare (ORSA);
- 2.18 Rafforzamento e razionalizzazione delle attività di prevenzione in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare;
- 2.19 Realizzazione di campagne informative ai fini della prevenzione del randagismo;
- 2.20 La gestione delle emergenze del Dipartimento di Sanità Pubblica; malattie infettive, sicurezza alimentare, ambientali, chimiche, calamità naturali ed epidemiche degli animali;
- 2.21 Formazione e informazione per promuovere l'empowerment dei cittadini e degli operatori sanitari.

3 Programma n.3 - Setting Comunità - Programmi età specifici

- 3.1 Prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie;
- 3.2 AllattER - Promozione allattamento al seno;
- 3.3 Sicurezze;
- 3.4 Implementazione e monitoraggio di alcuni fra i principali screening neonatali;
- 3.5 Peer online;
- 3.6 Progetto adolescenza;
- 3.7 Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura;
- 3.8 Programma di ginnastica personalizzata a domicilio (Otago) e per piccoli gruppi;
- 3.9 Alimentazione anziano.

4 Programma n.4 – Setting Comunità – Programmi per condizione

- 4.1 Esercizio fisico e attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità;
- 4.2 Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregivers (badanti, donne precarie);
- 4.3 Progetto Oltre la Strada;
- 4.4 Educazione all'affettività e sessualità;
- 4.5 Giovani in Pronto Soccorso;
- 4.6 Corsi di secondo livello per conducenti con violazione ripetuta dell'art. 186 del Codice della strada;
- 4.7 Interventi di prossimità per la prevenzione dei rischi;
- 4.8 Promozione della salute nelle carceri;
- 4.9 Progetto Percorsi di Prevenzione e di Cura di Salute Mentale per l'Adolescenza e i Giovani Adulti (fascia 14 – 25 anni).

5 Programma n.5 – Setting Scuola

- 5.1 La mappa degli interventi riconducibili a Guadagnare salute rivolti alle Scuole Primarie e dell'Infanzia;
- 5.2 Infanzia a colori;
- 5.3 Progetto Paesaggi di Prevenzione;
- 5.4 Scuole Libere dal Fumo;
- 5.5 Scegli con gusto, gusta in salute;
- 5.6 Fra rischio e piacere;
- 5.7 Educazione all'affettività e sessualità;
- 5.8 Verso un lavoro più sicuro in Costruzioni e Agricoltura. La scuola promotrice di salute e di sicurezza
- 5.9 Promozione della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica.

6 Programma n.6 – Setting Ambito sanitario

- 6.1 Progetto fattibilità per un programma di medicina proattiva in popolazione di età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT;
- 6.2 La lettura integrata del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute;
- 6.3 Organizzare e realizzare interventi di iniziativa per cittadini identificati come “fragili”;
- 6.4 Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con Diabete Mellito;
- 6.5 Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari;
- 6.6 Prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche;
- 6.7 Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche;
- 6.8 Identificare precocemente le donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella (e dell'ovaio) e monitorarne l'andamento;
- 6.9 Anticipare le diagnosi e ridurre la trasmissione di HIV e TB;
- 6.10 Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali in specifici gruppi a rischio e monitoraggio dell'attività;
- 6.11 Monitoraggio dei consumi di antibiotici e campagne informative per l'uso appropriato di questi farmaci in ambito umano e veterinario;
- 6.12 Sistemi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

1. Setting Ambienti di lavoro

Il programma n. 1 “Setting lavoro” integra gli obiettivi esplicitamente richiamati al macro obiettivo 7 “Prevenire gli infortuni e le malattie professionali” con gli altri macro obiettivi declinati dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema diretto alla promozione ed alla tutela della salute che arricchisca il modello tradizionale di intervento, basato sull’obbligatorietà delle azioni, con azioni incentrate sulla volontarietà, in grado di realizzare un metodo di promozione della salute dei lavoratori che valorizzi il concorso e la collaborazione dei soggetti istituzionali, delle parti sociali, delle imprese e dei professionisti. Le strategie e le azioni, infatti, devono tenere conto non soltanto delle funzioni proprie ed esclusive del Servizio Sanitario, ma anche dell’integrazione con gli altri soggetti competenti in materia, al fine di assicurare ai cittadini una buona qualità della vita lavorativa, intesa come fonte di equilibrio per i singoli e la società.

L’impianto progettuale del programma coglie le indicazioni fornite dal PNP, ne recepisce le strategie e gli obiettivi, incorpora, armonizzandoli nella propria pianificazione, gli obiettivi fissati dai Piani nazionali di settore predisposti in attuazione del DPCM 17 dicembre 2007, nonché le azioni determinate dagli adempimenti disciplinati dal quadro normativo di riferimento, in particolare dal D.Lgs. 81/08.

Si tratta di un programma articolato ed integrato che, preso atto degli ottimi risultati registrati in regione in termini di riduzione degli infortuni e di emersione delle malattie professionali, prevede una progettazione diretta a valorizzare la precedente esperienza regionale e ad integrarla nelle strategie nazionali, nel rispetto del quadro europeo di riferimento che garantisce la partecipazione delle istituzioni e delle parti sociali, sia nella fase di programmazione sia in quella operativa.

In questo contesto il Comitato Regionale di Coordinamento, previsto dall’art. 7 del D.Lgs 81/08 ed istituito in questa regione con la DGR n. 963/08, conferma la sua azione quale generatore e fautore di politiche condivise in materia di prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro. Il PNP assegna al Comitato rilevanti funzioni. Lo individua quale sede elettiva di integrazione con le Parti sociali per lo sviluppo di azioni dirette al sostegno del ruolo della bilateralità e dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza nonché per la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative e per l’adozione volontaria da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale. Il PNP, coerentemente con il DPCM 21 dicembre 2007, assegna, inoltre, al Comitato ed in particolare al suo Ufficio operativo, il coordinamento dell’attività di vigilanza tra le AUsl e gli altri Enti aventi competenza in materia, con l’obiettivo di implementare azioni volte ad includere nelle tradizionali strategie preventive, quelle dirette al contrasto dell’illegalità e delle forme irregolari di lavoro coerentemente alle indicazioni della strategia comunitaria 2007-2012, che individua le azioni dirette al contrasto dell’illegalità quali idonei strumenti a supporto dello sviluppo sociale e della sostenibilità dei sistemi di sicurezza sociali (Comunicazione della Commissione europea, COM (2014) 332).

La realizzazione e la valutazione delle azioni previste nel programma richiede lo sviluppo di una strategia che porti al perfezionamento dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni. Il progetto denominato “Sistema informativo regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro” è pianificato al fine di garantire il coordinamento tecnico scientifico unitario della produzione dei flussi informativi e delle sorveglianze in essere, la loro integrazione ed implementazione. Il sistema informativo è posto a supporto di tutti i progetti del setting e, per quanto necessario, degli altri progetti di interfaccia. Il sistema di reportistica deve, inoltre, assicurare la costruzione del profilo di salute di popolazione e la

produzione di documentazione analitica a supporto della pianificazione delle attività e alla verifica dei risultati ottenuti.

Gli interventi diretti alla promozione della salute costituiscono uno degli elementi fondanti il PNP. Il programma, riprendendo il D.Lgs. 81/08, valorizza un sistema di promozione della salute dei lavoratori che si pone in un'ottica più ampia rispetto al solo adempimento di obblighi normativi ed è realizzato attraverso il concorso e la collaborazione di soggetti istituzionali e delle parti sociali. I luoghi di lavoro sono individuati come contesto privilegiato per la realizzazione di iniziative rivolte ai lavoratori e finalizzate all'equità sociale e di salute. I luoghi di lavoro sono infatti un contesto pertinente allo scopo, considerata l'alta concentrazione di persone di varia identità socio demografica, spesso non facilmente raggiungibile con altri mezzi, su cui pesano numerose disuguaglianze di salute. Il progetto "Promozione della salute nei luoghi di lavoro" assume nell'ambito del programma un ruolo centrale, ad esso fanno riferimento tutte le altre progettualità del setting, al fine di garantire sistematicità e coerenza negli interventi diretti alla promozione della salute.

Il programma "Setting lavoro" prevede azioni dirette alla riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali, nonché azioni dirette all'emersione del fenomeno tecnopatico. In questa regione il calo degli infortuni è stato in linea con il dato nazionale, mentre l'emersione delle malattie professionali ha fatto registrare incrementi sensibilmente maggiori rispetto ad altre regioni (le malattie professionali denunciate all'INAIL, nel 2013 rispetto al 2008, sono aumentate del 57,6%); condizione che rende oggettivamente arduo ottenere ulteriori e significativi aumenti. In continuazione con il precedente Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 ed in linea con i documenti di indirizzo nazionale sono stati individuati come settori prioritari di intervento l'Agricoltura e le Costruzioni, in ragione dell'osservata frequenza e gravità degli infortuni, ed i comparti lavorativi ove si concentrano i fattori di rischio delle patologie neoplastiche e delle patologie da sovraccarico biomeccanico. Il programma pone, inoltre, particolare attenzione al tema dello stress lavoro correlato, individuato come il secondo problema di salute legato all'attività lavorativa più segnalato in Europa, e alla promozione del miglioramento del benessere organizzativo, cui si associano i temi della differenza di genere, dell'invecchiamento della popolazione lavorativa e della maggiore condizione di rischio legata all'essere lavoratore straniero.

In coerenza con il PNP è posta quindi particolare attenzione al tema delle malattie professionali e di quelle correlate al lavoro. Le azioni sono dirette alla loro prevenzione ed in concordanza con lo specifico obiettivo centrale, alla loro emersione anche attraverso lo sviluppo di forme strutturate di collaborazione tra operatori sanitari. Quest'ultima azione, pur declinata in ogni progetto del programma, è coordinata e pianificata a livello regionale o di Azienda USL. Il programma, infatti, prevede l'attivazione di percorsi di informazione, formazione e assistenza diretti ai medici competenti e, con peculiarità diverse, ai medici di medicina generale e medici ospedalieri, sui rischi legati agli ambienti di lavoro e sugli eventuali danni alla salute ad essi correlati. Tali percorsi sono volti a sostenere l'emersione delle malattie e la correttezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali. L'approccio è quindi orientato alla prevenzione ed alla tutela, anche allo scopo di garantire la dovuta difesa sociale in termini assicurativi, riabilitativi e di reinserimento al lavoro.

La riduzione degli infortuni sul lavoro ed in particolare di quelli gravi e mortali, costituisce l'altro elemento fondante del programma. Particolare rilievo assume a questo fine l'attività di vigilanza ed in particolare la sua qualità. Questa Regione ha già affrontato il tema con alcuni provvedimenti quali la DGR 200/2013 (Linee guida Regionali per le AUSL sulle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo da parte dei Dipartimenti

di Sanità Pubblica) e la Circolare regionale n. 10/2014 (Linee di indirizzo della vigilanza nei luoghi di lavoro). In coerenza alle linee guida in materia di controlli definite dall'Intesa sancita in Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, sono definiti i principi fondanti l'attività di vigilanza: programmazione della vigilanza in base alle indicazioni nazionali e regionali ed in base a criteri di priorità del rischio, preventivamente definiti e dichiarati, chiarezza della regolazione anche attraverso l'elaborazione di liste degli obblighi e degli adempimenti che gravano sulle imprese adeguatamente pubblicizzate, coordinamento delle attività di controllo, formazione e aggiornamento del personale, pubblicità e trasparenza dei risultati dei controlli.

L'approccio è quindi orientato a soddisfare le indicazioni dettate dal PNP, volte a migliorare da una parte l'efficacia dell'attività di controllo e dell'altra la compliance da parte dei destinatari delle norme. In quest'ultima azione particolare rilevanza assumono interventi di tipo proattivo, diretti alla realizzazione di attività orientate al supporto del mondo del lavoro con la finalità di facilitare l'accesso dei cittadini e delle imprese alle informazioni, nonché alla diffusione di strumenti di autovalutazione del livello di sicurezza raggiunto nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale.

Il programma n. 1 "Setting Ambienti di lavoro" si propone di contribuire alla realizzazione di alcuni Obiettivi centrali dei Macro Obiettivi 1,5 e 7. In particolare:

- 6 schede sono riferite a progetti dedicati alla prevenzione infortuni e malattie professionali declinate per comparto produttivo (edilizia, agricoltura e ambiente sanitario) o per tipo di rischio (stress lavoro correlato, rischio cancerogeno, malattie muscolo scheletriche) rispondendo così agli indicatori 7.2.1, 7.3.1, 7.4.1, 7.5.1, 7.7.1, 7.8.1.

Per quanto riguarda gli standard degli indicatori di esito 7.2.1 e 7.7.1, questi sono raggiunti attraverso la realizzazione dei progetti previsti dal programma (Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali in edilizia, Tutela della salute e della sicurezza in agricoltura e silvicoltura, Emersione e prevenzione delle malattie muscolo scheletriche, Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno professionale, Prevenzione del rischio stress lavoro correlato) e il lavoro complessivo svolto dalle Unità Operative, competenti in materia, dei Dipartimenti di Sanità pubblica delle AUsl.

- 1 scheda definisce il sistema informativo regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro rispondendo così all'indicatore centrale 7.1.1
- 1 progetto è dedicato alla promozione della salute nei luoghi di lavoro per il contrasto dei 4 fattori di rischio di Guadagnare salute: fumo, alcol, sedentarietà e basso consumo di frutta e verdura dando così un contributo agli indicatori codificati come: 1.4.1, 1.5.1, 1.6.1, 1.7.1, 1.8.1, 1.9.1 e 5.3.2

Alcuni obiettivi del setting Ambienti di lavoro vengono realizzati con interventi integrati programmati in altri setting e precisamente:

- programma n. 2 "Setting comunità programmi di popolazione" per quanto riguarda il tema dell'incidentalità stradale (indicatori centrali 5.1.1, 5.2.1, 5.3.1, e 5.3.2), il tema dei programmi di controllo sulla sicurezza chimica (indicatori centrali 8.7.1 e 8.8.1) e il tema dell'amianto (indicatore centrale 8.9.1);
- programma n. 5 "Setting scuola" in particolare in riferimento allo sviluppo delle competenze in materie di sicurezza sul lavoro nei futuri lavoratori (indicatore centrale 7.6.1).

Schede di progetto

Programma 1 - Setting Ambiente di lavoro

Codice progetto e nome	1.1 - Sistema Informativo Regionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro Emilia-Romagna (S.I.R.P.- E-R)
Descrizione	Sviluppo, integrazione e gestione dei diversi sistemi informativi relativi ai rischi e ai danni da lavoro, alle attività di prevenzione e alle violazioni rilevate in vigilanza. Supporto alle politiche attive in materia, all'indirizzo e alla pianificazione delle attività del Sistema regionale della prevenzione e strumento per la valutazione dei risultati conseguiti.
Gruppo beneficiario prioritario	Decisori istituzionali aventi competenza in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro.
Setting identificato per l'azione	Setting Lavoro
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	DTL, INAIL, Enti Locali e loro aggregazioni, Rappresentanze delle Imprese e dei lavoratori, Enti Bilaterali/Organismi Paritetici, Patronati, Operatori Sanitari, Collegi e Ordini professionali, Società Scientifiche.
Prove di efficacia	Documento del Gruppo di Lavoro Nazionale Flussi Informativi INAIL-Regioni "Utilizzo dei sistemi informativi correnti per la programmazione delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro" e relativa bibliografia. Linee guida per la rilevazione e la definizione dei casi di mesotelioma maligno e la trasmissione delle informazioni da parte dei Enti Operativi Regionali. Linee Guida per la rilevazione a livello regionale, dei casi di tumore dei seni nasali e paranasali e fattibilità della attivazione di tali sistemi di sorveglianza epidemiologica.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Le reportistiche previste dal progetto saranno utilizzate anche dagli altri progetti del MO7 e concorreranno alla definizione dei profili di salute di popolazione previsti per i diversi ambiti territoriali. L'alimentazione dei flussi informativi previsti dipende da diversi soggetti: INAIL, Coordinamento delle Regioni, Medici Competenti, Registri Tumori, Servizi PSAL, singole aziende aventi obblighi di notifica.
Attività principali	Rapporto annuale relativo all'attività complessiva del progetto. Produzione di un rapporto annuale diretto all'analisi delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro e delle violazioni rilevate in vigilanza dagli SPSAL e dalle UOIA regionali, nonché delle attività del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs. 81/08 e relative articolazioni territoriali. Monitoraggio annuale dei danni da lavoro: gestione dei Flussi Informativi INAIL-Regioni, del Sistema di sorveglianza delle malattie professionali (MALPROF) e degli infortuni mortali e gravi (Infor.MO) con produzione di un report annuale. Monitoraggio annuale dei rischi da lavoro: elaborazione dei dati del flusso informativo articolo 40, allegato 3 B), D. Lgs. 81/08 e dei dati dell'archivio regionale dei registri degli esposti a sostanze cancerogene con produzione di rapporto annuale. Produzione di un rapporto annuale, in raccordo con il progetto cancerogeni, relativo al Registro regionale mesoteliomi, al Registro regionale tumori naso sinusali e al progetto per la ricerca dei tumori a bassa frazione eziologica condotto con l'approccio OCCAM.
Rischi e management	Mancate, inadeguate o tardive forniture dei dati che alimentano i diversi sistemi osservazionali. Difficoltà nell'accesso a dati sensibili nominativi.

	Monitoraggio della completezza, adeguatezza e tempestività dei flussi in ingresso e azioni di sensibilizzazione/sollecitazione verso i soggetti inadempienti.
Sostenibilità	Il progetto è realizzabile a fronte dei finanziamenti regionali assegnati ad hoc e previsti per le singole attività

Cronogramma progetto 1.1 "Sistema Informativo Regionale per la Prevenzione nei luoghi di lavoro Emilia-Romagna (S.I.R.P.- E-R)"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Rapporto annuale relativo all'attività complessiva del progetto ivi compresa la produzione di report relativi all'analisi delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, delle violazioni rilevate in vigilanza, delle attività del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08 e relative articolazioni territoriali		X				X				X				X
Monitoraggio annuale dei danni da lavoro: produzione di report regionali annuali (Flussi Informativi Inail – Regioni, Sistema di sorveglianza delle malattie professionali - MALPROF, Analisi degli infortuni mortali e gravi)		X				X				X				X
Monitoraggio annuale dei rischi da lavoro: elaborazione dei dati del flusso informativo ex articolo 40, allegato 3 B), D. Lgs. 81/08 e dei dati dell'archivio regionale dei registri degli esposti a sostanze cancerogene, con produzione di rapporto annuale						X				X				X
Produzione di un rapporto annuale, in raccordo con il progetto cancerogeni, relativo al Registro regionale mesoteliomi, al Registro regionale tumori naso sinusali e dal 2017 anche al progetto per la ricerca dei tumori a bassa frazione eziologica						X				X				X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
<i>Rapporto annuale relativo all'attività complessiva del progetto</i>	<i>RER</i>	<i>NA</i>	<i>//</i>	<i>Rapporto annuale</i>	<i>Rapporto annuale</i>	<i>Rapporto annuale</i>
Report sui dati di attività SPSAL - UOIA	Gestionali SPSAL UOIA	NA	Report attività 2012-2014	Report attività 2013-2015	Report attività 2014-2016	Report attività 2015-2017
Report sui dati delle violazioni riscontrate in vigilanza	Gestionali SPSAL UOIA	NA	Report 2014 su dati 2013	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report attività Comitato di Coordinamento Regionale ex art. 7 D.Lgs 81/08		NA	Report 2014 su dati 2012	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report regionale su infortuni e malattie professionali	Flussi informativi INAIL-Regioni e MAL. PROF.	NA	Report 2014 su dati 2012	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report regionale infortuni mortali	Infor.Mo.	NA	//	Report biennale		Report biennale
Report su relazioni art. 40 (mappa dei rischi)	INAIL	NA	//	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report su esposti professionali a cancerogeni	Registri esposti	NA	//		Report annuale	Report annuale
Report Registro regionale mesoteliomi	Registro mesoteliomi	NA	Report anno 2014	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report Registro regionale ReNaTuNS	Registro ReNaTuNS	NA	//	Report annuale	Report annuale	Report annuale
Report Registro regionale ricerca tumori a bassa frazione eziologica (approccio OCCAM)	Registri tumori/SDO	NA	//		Report annuale	Report annuale

Codice progetto e nome	1.2 - Promozione della salute nei luoghi di lavoro
Descrizione	Il progetto, riprendendo il D. Lgs. 81/08, si pone in un'ottica più ampia rispetto al semplice adempimento di obblighi e, in coerenza con i principi della responsabilità sociale, valorizza un sistema di promozione della salute dei lavoratori attraverso il concorso e la collaborazione di soggetti istituzionali e delle parti sociali. Viene particolarmente sottolineato il ruolo del medico competente quale figura privilegiata a collaborare all'attuazione da parte dell'azienda di programmi volontari di promozione della salute, anche in considerazione del tessuto produttivo della regione caratterizzato principalmente da aziende di piccole dimensioni. Il progetto connota gli ambienti di lavoro, contesto già orientato alla prevenzione, come setting privilegiato per programmi di promozione della salute rivolti ai lavoratori e finalizzati all'equità sociale e di salute, considerata l'alta concentrazione di persone di varia identità socio demografica, su cui pesano maggiormente molte disuguaglianze di salute e spesso non facilmente raggiungibili con altri canali. Obiettivi specifici: • Promuovere nei luoghi di lavoro, attraverso i soggetti aziendali della prevenzione, interventi di miglioramento globale del contesto lavorativo, coniugando l'ottica tradizionale di rispetto della normativa specifica di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori con l'ottica di promozione della salute, con particolare riferimento ai temi del programma Guadagnare Salute (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica) • Favorire un ruolo attivo del medico competente nell'orientare i lavoratori verso scelte e comportamenti favorevoli alla salute e nel contrastare stili di vita dannosi (quali l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol e di altre sostanze, l'alimentazione non corretta, la sedentarietà, la mancata adesione ai programmi di screening attivati dal Servizio Sanitario Regionale, ecc.).
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori di tutti i comparti lavorativi
Setting identificato per l'azione	Setting Lavoro
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Soggetti aziendali della prevenzione (Medico competente, RLS, Datori di lavoro, RSPP), Parti sociali, Associazioni dei medici competenti, AUSL, INAIL, famiglie e contesto amicale/parentale dei lavoratori
Prove di efficacia	• Esperienze e strumenti per la promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro (Piemonte Doors) • Costa G., Bassi M., Marra M. et al (a cura di) L'equità di salute in Italia, Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, edito da fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014 • Modello Transteorico del Cambiamento dal Prof. Carlo di Clemente, cofondatore del Modello insieme a J. Prochaska • European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) che ha curato la redazione della pubblicazione "Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone prassi " tradotta in italiano dalla Regione Lombardia e dal Dors della Regione

	Piemonte La rete WHP Lombardia dei Luoghi di lavoro che promuovono salute
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Progetto con approccio trasversale rispetto ai vari determinanti di salute, intersettoriale (connessione con il setting Comunità e con il Setting Scuola) Il progetto prevede, inoltre, una stretta collaborazione tra i professionisti che si occupano di medicina del lavoro (medici del SPSAL e medici competenti privati e delle AUSL) e con esperti nei settori delle dipendenze patologiche, dell'alimentazione, dello sport, della fisiatria, ecc.. nell'ottica di programmi che affrontino più di un tema in modo integrato.
Attività principali	Rapporto annuale sull'attività del progetto. Corso regionale sull'approccio motivazionale al cambiamento per operatori SPSAL/AUSL. Definizione delle azioni positive nel campo della promozione della salute da proporre alle aziende, con particolare riferimento ai temi del programma Guadagnare Salute (fumo, alcol, alimentazione e attività fisica) e definizione delle modalità di adesione al progetto (scheda aziendale con indicazione delle azioni positive che saranno realizzate). Predisposizione degli strumenti a supporto dei medici competenti (schede individuale per la promozione della salute). Presentazione e condivisione del progetto, in tutte le province, con le parti sociali e con i medici competenti. Predisposizione di accordi, protocolli, documenti di indirizzo a sostegno degli interventi di promozione della salute nelle aziende. Corso sull'approccio motivazionale rivolto ai medici competenti della regione. Corsi di formazione per RSPP e RLS sui temi della promozione della salute nei luoghi di lavoro e sui contenuti del progetto. Sperimentazione del progetto con aziende pilota. Estensione, previa valutazione dell'esperienza pilota, del progetto ad almeno 100 aziende, coinvolgendo circa 30.000 lavoratori.
Rischi e management	Rischi: - Scarsa motivazione da parte degli operatori AUSL nei confronti di un approccio innovativo - Cambiamento culturale da parte delle aziende e dei medici competenti - Difficoltà di raggiungere lavoratori più svantaggiati - costi aggiuntivi in termini di tempo e impegno per le aziende, maggiore impegno dei medici competenti Management: - corsi di formazione per gli operatori AUSL - iniziative informative e formative rivolta ai soggetti aziendali della prevenzione - monitoraggio dell'adesione al progetto - definizione di sistemi di valorizzazione delle esperienze aziendali, formazione ECM per i medici competenti
Sostenibilità	Il progetto è realizzabile nell'ambito delle ordinarie risorse assegnate alle AUSL. La realizzazione di alcune specifiche attività è subordinata a finanziamenti regionali dedicati.

Per quanto riguarda le aziende la sostenibilità varia in funzione delle attività messe in campo anche se in generale non sono previsti investimenti significativi, può incidere la congiuntura economica non favorevole per le aziende.

Cronogramma progetto 1.2 "Promozione della salute nei luoghi di lavoro"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Rapporto annuale sull'attività del progetto			X				X				X			
Corso regionale sull'approccio motivazionale al cambiamento per operatori SPSAL/AUsl coinvolti			X	X										
Definizione delle azioni positive da proporre alle aziende (con particolare riferimento a fumo, alcol, alimentazione e attività fisica) e definizione delle modalità di adesione al progetto (scheda aziendale con indicazione delle azioni positive che saranno realizzate)			X	X										
Predisposizione degli strumenti a supporto dei medici competenti (scheda individuale per la promozione della salute)			X	X										
Presentazione e condivisione del progetto, in tutte le province, con le parti sociali e con i medici competenti					X	X								
Predisposizione di accordi, protocolli, documenti di indirizzo a sostegno degli interventi di promozione della salute					X	X	X							

nelle aziende														
Corso sull'approccio motivazionale rivolto ai medici competenti della regione (almeno 1 corso per area vasta)					X	X								
Corsi di formazione per RLS e RSPP sui temi della promozione della salute nei luoghi di lavoro e sui contenuti del progetto						X	X	X	X					
Sperimentazione del progetto con aziende pilota						X	X	X	X	X				
Estensione, previa valutazione dell'esperienza pilota, del progetto ad almeno 100 aziende, coinvolgendo circa 30.000 lavoratori											X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Rapporto annuale sull'attività del progetto	Gruppo di progetto	NA	//	1 rapporto annuale	1 rapporto annuale	1 rapporto annuale
n. di corsi di formazione degli operatori dei Servizi e sull'approccio motivazionale al cambiamento	Report regionale	NA	//	1 corso regionale		
Predisposizione scheda aziendale di adesione al progetto con indicazione delle azioni positive che saranno realizzate	Gruppo di progetto	NA	//	Evidenza scheda di adesione aziendale		
Predisposizione degli strumenti a supporto dei medici competenti (scheda individuale per la promozione della salute)	Gruppo di progetto	NA	//	Evidenza scheda individuale per la promozione della salute		
N. di percorsi attivati di formazione dei medici competenti sull'approccio motivazionale al cambiamento, in relazione all'adozione di stili di vita favorevoli alla salute	Report regionale	NA	//	3 (1 per ogni area vasta)		
N° di percorsi attivati di formazione rivolti a RSPP e RLS sui temi della promozione della salute nei luoghi di lavoro e sui contenuti del progetto	Report regionale	NA	//		1 per provincia	
<i>N° aziende partecipanti al progetto</i>	<i>Report regionale</i>	<i>NA</i>	<i>//</i>	<i>Almeno 5 aziende in una provincia pilota</i>	<i>Almeno 1 azienda in ogni provincia</i>	<i>almeno 100 aziende a livello regionale</i>
N° lavoratori coinvolti	Report regionale	NA	//			almeno 30.000

Codice progetto e nome	1.3 - Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali in edilizia
Descrizione	Il comparto delle costruzioni edili si caratterizza per l'elevata frequenza degli infortuni gravi e mortali. L'andamento indicizzato di questi infortuni mostra una graduale diminuzione, ma gli indici di questo comparto permangono superiori alla media degli altri comparti. Il numero di malattie professionali denunciate e riconosciute del comparto costruzioni è in aumento anche in relazione agli altri comparti: nell'anno 2012 hanno raggiunto il 16% del complesso delle malattie professionali denunciate. Le malattie osteoarticolari rappresentano la stragrande maggioranza delle malattie professionali riconosciute superando l'80% del totale, mentre le malattie tumorali oggetto di denuncia pur essendo in aumento, sono sicuramente sottostimate. Le azioni del Piano dedicano particolare attenzione al miglioramento delle condizioni di sicurezza e di salute del lavoro in edilizia, attraverso attività di controllo sull'applicazione della normativa e di promozione della cultura della prevenzione, attraverso azioni di informazione, formazione e assistenza anche in linea con il Piano Nazionale Edilizia.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori del comparto edilizia
Setting identificato per l'azione	Cantieri edili
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	DTL, INAIL, Enti Locali e loro aggregazioni, Rappresentanze delle Imprese e dei lavoratori, Enti Bilaterali/Organismi Paritetici, RLS, Patronati, Operatori Sanitari, Imprese edili, Coordinatori per la sicurezza, Scuole edili, Istituti per Geometri, Collegi e Ordini professionali.
Prove di efficacia	Laitinen H, Marjamäki M, Paivarinta K. - The validity of the TR safety observation method on building construction. Accident Analysis and Prevention (1999); "Don't lament, reinvent!" – H. Frumkin (America's Journal of Industry Medicine 2002 Dec.; 42(6):526-528); "Evaluation of three interventions to promote workplace health and safety: evidence for the utility of implementation intentions" – P. Sheeran, M. Silverman (Social Science and Medicine 2003 May; 56(10):2153-63); Darragh AM, Stallones L, Bigelow PL, Keefe TJ. - Effectiveness of the HomeSafe Pilot Program in Reducing Injury Rates Among Residential Construction Workers, 1994–1998. Am. J. Ind. Med. (2004); Gangwar M, Goodrum PM. - The effect of time on safety incentive programs in the US construction industry. Construction Management and Economics (2005); Gunningham N., Sinclair D. - Multiple OHS Inspection Tools: Balancing Deterrence and Compliance in the Mining Sector. Working Paper 55, National Research Centre for OHS Regulation, the Australian National University (2007); "Van der Molen HF, Lehtola MM, Lappalainen J, Hoonakker PLT, Hsiao H, Haslam R., Hale AR, Verbeek J. Interventions for preventing injuries in the construction industry. Cochrane Database of Systematic Reviews (2007); "Is OSHA working for working people?" – D. Michaels (New Solutions 2008; 18(3):391-403); Gilardi L., Fubini L., Bena A. - Interventi per la prevenzione degli infortuni sul lavoro nel comparto delle costruzioni. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute Regione Piemonte (2008); Baldasseroni A. e Olmpei N. - Dossier EBP e Lavoro L'efficacia degli interventi per la prevenzione degli infortuni sul lavoro (2009);

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Setting Scuola Comitato Regionale Di Coordinamento ex Art.7 D.Lgs. 81/08 e sue articolazioni provinciali Assessorato Regionale Scuola, Formazione Professionale, Università e Lavoro Assessorato Regionale Opere Pubbliche, Edilizia Altri Servizi dell'Assessorato Regionale alla Salute Ordine Dei Medici, Medici Competenti Enti Bilaterali/Organismi Paritetici Istituti per Geometri
Attività principali	Implementare il sistema informativo regionale con i dati per la registrazione dell'attività di vigilanza nel comparto costruzioni e dei cantieri attivi sul territorio, oltre ai dati previsti per i registri regionali e nazionali per gli infortuni gravi e mortali e per le malattie professionali (INFORMO, MALPROF). Attivare percorsi di informazione, formazione, assistenza tra SPSAL e medici competenti, medici di medicina generale e medici ospedalieri, in sinergia con i Piani del Setting ambienti di lavoro, sui rischi del comparto edilizia e gli eventuali danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali. Sviluppare nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento, ex art.7 D.Lgs 81/08, la collaborazione con il coordinamento delle scuole edili al fine di realizzare percorsi formativi a favore di lavoratori, preposti, dirigenti, RLS e RLST e di sito inerenti la sicurezza e la salute del lavoro, secondo contenuti dell'art.37 del D.Lgs.81/08 e degli Accordi Stato Regioni Province autonome n° 223 del 21.12.2011 e n°53 del 22/02/2013, anche promuovendo l'adozione di buone prassi inerenti la sicurezza sul lavoro nei cantieri. Partecipare alla predisposizione di materiali regionali da utilizzare per la formazione dei MMG/MO/medici competenti sulle malattie professionali. Attivare percorsi di informazione, formazione e assistenza nei confronti dei soggetti della prevenzione nel settore edile, tra cui i coordinatori della sicurezza. Sviluppare azioni di supporto, nell'ambito della bilateralità, a sostegno delle funzioni di RLS e RLST e di sito. Elaborare un progetto formativo per gli istituti per geometri, in coordinamento col setting Scuola (Progetto Verso un lavoro più sicuro in Costruzioni e Agricoltura). Attivare una vigilanza orientata alla verifica della organizzazione del cantiere, della gestione dei processi produttivi di fase e dei requisiti tecnici, supportata dal sistema informativo regionale di invio e gestione delle Notifiche Preliminari, che privilegia i cantieri a rischio potenziale più elevato (grandi opere, palchi e fiere). Attivare la vigilanza coordinata con DTL ai fini di assicurare la proporzionalità, tramite l'utilizzo del sistema telematico regionale di invio e gestione delle notifiche preliminari promossa nell'ambito dell'Ufficio Operativo del Comitato art.7 D.Lgs. 81/08 e adottata nell'ambito degli Organismi Provinciali - sezioni permanenti afferenti al medesimo Comitato regionale di Coordinamento. Attivare la vigilanza congiunta con DTL e/o altri Enti da organizzare sulla base di programmi condivisi nell'ambito dell'Ufficio Operativo del Comitato art.7 D.Lgs. 81/08 e adottati nell'ambito degli Organismi Provinciali - Sezioni permanenti afferenti al medesimo Comitato regionale di Coordinamento. Effettuare attività di controllo sulla appropriatezza della sorveglianza sanitaria nel comparto edilizia. Attivare una vigilanza specifica mirata su impianti elettrici di cantiere, effettuare le verifiche periodiche previste dal DLgs 81/08 di attrezzature di lavoro e di impianti. Implementare le liste di controllo per il contrasto degli infortuni più frequenti e gravi e delle malattie

	professionali, da adottarsi nell'ambito dell'Ufficio Operativo Regionale e da presentare al Comitato regionale ex art. 7 D.Lgs 81/08. Le stesse sono utilizzate nell'attività di vigilanza ai fini della qualità e dell'omogeneità dell'azione di controllo e sono promosse come strumento di autocontrollo da parte delle imprese. Organizzare le iniziative formative dirette al personale ispettivo compartecipate dal personale ispettivo delle DTL. Implementare le attività di vigilanza effettuata adottando le indicazioni della D.G.R. 200/2013 (<i>Linee guida Regionali per le AUSL sulle metodologie di esercizio della funzione di vigilanza/controllo da parte dei dipartimenti di Sanità Pubblica</i>) e della Circolare Reg. Emilia-Romagna n. 10/2014 (<i>Linee di indirizzo vigilanza nei luoghi di lavoro</i>) in attuazione del decreto legge 9 febbraio 2012, n° 5, convertito in legge 4 aprile 2012, n° 35 e utilizzando la lista di controllo adottata nell'ambito dell'Ufficio Operativo del Comitato regionale ex art. 7 D.Lgs 81/08.
Rischi e management	RISCHI Rapporti con enti e istituzioni esterne al S.S.R.; coinvolgimento di Istituzioni normalmente estranee alle problematiche inerenti la tutela della salute nei luoghi di lavoro. Variazioni in atto nel comparto: prevalenza di micro cantieri. MANAGEMENT Attivazione a livello regionale e locale di accordi con le Associazioni di riferimento per Operatori sanitari in generale e Medici Competenti; Attivazione in seno all'Ufficio Operativo del Comitato Regionale ex art.7 D.Lgs.81/08 di strategie di collaborazione con altri Enti e Assessorati regionali. Attivazione in seno ai comitati provinciali - sezioni permanenti di progetti di coordinamento puntuale con DTL e di accordi definiti per l'organizzazione di vigilanza congiunta anche con gli altri Enti
Sostenibilità	Il progetto è realizzabile nell'ambito delle ordinarie risorse assegnate alle AUSL. La realizzazione di alcune specifiche attività è subordinata al mantenimento di finanziamenti regionali dedicati.

Cronogramma progetto 1.3 "Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali in edilizia"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Rapporto annuale dell'attività del progetto.			X				X				X			
Attivazione di percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri, in sinergia con i Piani del Setting ambienti di lavoro, sui rischi e gli eventuali danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali						X				X				X
Promozione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs 81/08 di forme di collaborazione con il coordinamento delle scuole edili per realizzare percorsi formativi a favore di lavoratori, preposti, dirigenti, RLS, RLST e di sito in materia di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori e promozione di buone prassi inerenti la sicurezza sul lavoro nei cantieri				X				X						
Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali ivi comprese liste di controllo per la vigilanza in cantiere, finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo						X				X				X
Attivazione di Vigilanza coordinata con DTL ai fini di assicurare la proporzionalità, tramite l'utilizzo a regime del sistema			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

telematico regionale Sico														
Attivazione di Vigilanza congiunta con DTL e/o altri Enti da organizzare sulla base di programmi promossi nell'ambito dell'Ufficio Operativo Regionale del Comitato art.7 D.Lgs. 81/08 e adottati nell'ambito degli Organismi Provinciali-sezioni permanenti			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effettuazione di attività di controllo sulla della sorveglianza sanitaria nel comparto edilizia			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione di vigilanza specifica mirata su impianti elettrici di cantiere			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effettuazione di verifiche periodiche previste dal DLgs 81/08 di attrezzature di lavoro e di impianti			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione degli operatori SPSAL e DTL addetti alla vigilanza			X				X							
Attivazione di vigilanza orientata alla verifica della organizzazione del cantiere, supportata dal sistema informativo regionale di invio e gestione delle Notifiche Preliminari per privilegiare i cantieri a rischio potenziale più elevato, nonché le grandi opere, i palchi e le fiere			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione di vigilanza effettuata secondo le procedure di qualità e con la lista di controllo definita a livello regionale			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Evidenza Rapporto annuale dell'attività del progetto	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri, finalizzati all'emersione e denuncia delle malattie professionali	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	10
Evidenza di programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs 81/08 delle iniziative realizzate in collaborazione con il coordinamento delle scuole edili al fine di individuare percorsi formativi a favore di lavoratori, preposti, dirigenti, RLS e RLST	Verbale Comitato Regionale di Coordinamento	NA	No	Sì	Sì	Sì
Evidenza di adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali ivi comprese liste di controllo per la vigilanza in cantiere, finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	Sì	Sì	Sì
Numero di cantieri interessati da vigilanza specifica mirata su impianti elettrici	Rilevazione ad hoc	NA	500	500	500	500
% di esecuzione diretta delle verifiche periodiche di attrezzature di lavoro e di impianti.	Rilevazione ad hoc	N. verifiche effettuate/n. verifiche richieste x100	n.d.	80%	80%	80%
% interventi di vigilanza nei cantieri edili	Rilevazione ad hoc	N. cantieri visitati/N. notifiche preliminari pervenute nell'anno precedente x100	14,68%	15%	15%	15%
% interventi di vigilanza effettuata secondo le procedure di qualità e con la lista di controllo definita a livello regionale	Rilevazione ad hoc	N. di cantieri ispezionati seguendo procedure e liste di controllo/N. di cantieri ispezionati x100	0	50%	70%	80%

Codice progetto e nome	1.4 - Tutela della salute e della sicurezza in agricoltura e silvicoltura
Descrizione	Nel comparto agricoltura e silvicoltura si rileva una scarsa consapevolezza, da parte degli addetti, dei rischi infortunistici e di malattia professionale cui sono esposti. Dalla vigilanza effettuata emerge una criticità nel rispetto delle norme di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, con particolare riferimento alla valutazione dei rischi, alla sorveglianza sanitaria da parte dei Medici Competenti e ai requisiti di sicurezza delle macchine e attrezzature agricole e degli impianti. Le aziende della regione sono prevalentemente piccole realtà imprenditoriali, con una popolazione lavorativa particolare (lavoratori stagionali, lavoratori stranieri spesso con basso titolo di studio), caratterizzate da una eterogenea tipologia di fasi di lavoro e dal frazionamento delle stesse. Le azioni del Piano dedicano particolare attenzione al miglioramento delle condizioni di sicurezza e di salute del lavoro agricolo, attraverso attività di controllo sull'applicazione della normativa e di promozione alla cultura della prevenzione, attraverso azioni di informazione, formazione e assistenza anche in linea con il Piano Nazionale Agricoltura e Selvicoltura. L'evidenza dei risultati del Piano saranno il consolidamento della diminuzione degli infortuni, anche gravi e mortali, il miglioramento delle attrezzature ed impianti, il miglioramento nell'uso dei prodotti fitosanitari, l'aumento della sorveglianza sanitaria e da una conseguente emersione delle malattie professionali.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori agricoli
Setting identificato per l'azione	Luoghi di lavoro in ambiente agricolo e forestale
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Enti bilaterali, Associazioni di categoria, OOSS, Istituti agrari, Assessorato Regionale Agricoltura, operatori sanitari
Prove di efficacia	Rautanen RH e al. Intervention for preventing injuries in the agricultural industry Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23 Reynolds SJ et al. Effectiveness of roll protective structures in reducing farm tractor fatalities. Am J Prev. Med. 2000 May, 18 (4 suppl): 63-9 Keifer MC Effectiveness of interventions in reducing pesticide overexposure and poisonings Am J Prevev Med 2000May, 18 (4 suppl.): 80-9 ISPESL – C.R.P.A “Sistemi e Tecnologie di sicurezza per la movimentazione, il contenimento e il trattamento dei bovini”. C.R.P.A. notizie; Tecnograf Reggio Emilia 2008. Linee guida EPPO/OEPP n. 181 sullo svolgimento di prove di efficacia di prodotti fitosanitari Università di Pisa - Servizio Prevenzione e Protezione – Dipartimento di Produzione Animali “Manuale di sicurezza per le attività con i bovini”. Pisa 2007. Manuela Peruzzi, Mario Gobbi, Gianluca Marangi, Bruno Ferro – SPISAL ULSS 20 Verona Stefania Dolci, Laura Gaburro, Andrea Fiorio – SPISAL ULSS 21 Legnago "Il rischio da sovraccarico biomeccanico in agricoltura: dalla valutazione del rischio alle misure di prevenzione e buone prassi ergonomiche", 14 febbraio 2013,

	Regione Veneto: Manuale per un lavoro sicuro in agricoltura, 2° Edizione: 2013,
Trasversalità (intersectoriale, multisectoriale) per il progetto	Setting Scuola Comitato Regionale di Coordinamento ex Art.7 D.Lgs. 81/08 e sue articolazioni provinciali Assessorato Regionale Scuola, Formazione Professionale, Università e Lavoro Assessorato Regionale Agricoltura Ordine dei Medici, medici Competenti Enti Bilaterali/Organismi Paritetici Istituti agrari
Attività principali	Rapporto annuale dell'attività del progetto. Attivare percorsi di informazione, formazione, assistenza tra SPSAL e medici competenti, medici di medicina generale e medici ospedalieri, in sinergia con i Piani del Setting ambienti di lavoro, sui rischi del comparto agricoltura e gli eventuali danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali. Attivare percorsi di assistenza alle aziende agricole sul percorso della valutazione del rischio e sull'individuazione delle misure di prevenzione e protezione, con priorità alla sorveglianza sanitaria. Attivare iniziative sull'obbligatorietà alla certificazione e al referto in occasione di sospetta o certa diagnosi di malattia professionale. Condividere in seno al Comitato regionale di coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08 la progettazione di studi di valutazione dell'esposizione degli addetti all'uso di prodotti fitosanitari nelle coltivazioni più importanti della Regione Emilia-Romagna. Condividere con l'Ente bilaterale agricoltura (EBARER) nuovi strumenti per la formazione dei lavoratori agricoli per ottemperare all'obbligo dell'art.37 del D.Lgs 81/08. Progettare e promuovere buone prassi inerenti soluzioni di sicurezza da adottare nelle aziende agricole. Proporre e progettare con le imprese agricole studi di esposizione all'uso dei fitosanitari condivise in seno al Comitato Regionale di coordinamento. Elaborare un progetto formativo per gli istituti agrari, in coordinamento col setting scuole (vedi setting scuole MO 7.6.). Rafforzare le attività di Vigilanza congiunta con DTL e/o altri Enti definendo criteri di priorità d'intervento, modalità organizzative e strumenti, sulla base di programmi condivisi nell'ambito dell'Ufficio Operativo del Comitato art.7 D.Lgs. 81/08 e adottati nell'ambito degli Organismi Provinciali- sezioni permanenti afferenti al medesimo Comitato regionale di Coordinamento. Effettuare attività di controllo sulla appropriatezza della sorveglianza sanitaria nel comparto agricoltura Effettuare le verifiche periodiche previste dal D.Lgs 81/08 di attrezzature di lavoro e di impianti. Mantenere il gruppo di lavoro regionale esistente con un rappresentante per territorio, con eventuale integrazione di rappresentanti regionali dell'Assessorato Agricoltura. Implementare e rendere disponibili l'utilizzo di liste di controllo e di altri strumenti, al fine di garantire criteri omogenei su tutto il territorio regionale Attuare una Vigilanza nelle aziende agricole e nelle altre attività collegate al settore agricolo, rispettando i livelli previsti dal Piano Nazionale Agricoltura e Selvicoltura, secondo protocollo regionale (600 Unità Locali) con attenzione particolare ad una strategia proattiva della vigilanza. Implementare la Vigilanza integrata con i Servizi del DSP sulla commercializzazione e l'impiego di fitosanitari con interventi congiunti o coordinati

	Attivare corsi di Formazione degli operatori del DSP per uniformare e condividere le attività di prevenzione e vigilanza.
Rischi e management	Rischi Tutte le attività presuppongono, per una fattiva e duratura realizzazione degli obiettivi, la condivisione e la partecipazioni alla loro realizzazione di Enti pubblici e Forze sociali. Tutto questo non è scontato, pertanto sarà necessario mettere in campo risorse tecniche ma anche politiche per costruire questa rete di alleanze. Management Ricerca la condivisione in seno al Comitato Regionale di coordinamento ex art. 7 DLgs 81/08 delle strategie, prioritariamente tra gli Assessorati Regionali partecipanti. Stipulare accordi essenzialmente a livello regionale con enti: INAIL e DTL per incidere a livello della progettazione territoriale.
Sostenibilità	Il progetto è realizzabile nell'ambito delle ordinarie risorse assegnate alle AUSL. La realizzazione di alcune specifiche attività è subordinata al mantenimento di finanziamenti regionali dedicati.

Cronogramma progetto 1.4 "Tutela della salute e della sicurezza in agricoltura e silvicoltura"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Rapporto annuale dell'attività del progetto.			X				X				X			
Attivare percorsi di informazione, formazione, assistenza tra SPSAL e medici competenti, medici di medicina generale e medici ospedalieri, in sinergia con i Piani del Setting ambienti di lavoro, sui rischi del comparto agricoltura e gli eventuali danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali.						X				X				X
Attivare percorsi di assistenza alle aziende agricole sul percorso della						X				X				X

valutazione dei rischi e sull'individuazione delle misure di prevenzione e protezione, con priorità alla sorveglianza sanitaria														
Attivare iniziative informative sull'obbligatorietà alla certificazione al referto in occasione di sospetta o certa diagnosi di malattia professionale						X				X				X
Condividere in seno al Comitato Regionale di coordinamento ex art. 7 DLgs 81/08 la progettazione di studi di valutazione dell'esposizione degli addetti all'uso di prodotti fitosanitari nelle coltivazioni più importanti della Regione Emilia-Romagna.			X											
Condividere con l'Ente bilaterale agricoltura (EBARER) nuovi strumenti per la formazione dei lavoratori agricoli per ottemperare all'obbligo dell'art.37 del DLgs 81/08.			X											
Progettare e promuovere buone prassi inerenti soluzioni di sicurezza da adottare nelle aziende agricole										X				
Proporre e progettare alle imprese agricole studi di esposizione all'uso dei fitosanitari condivise in seno al Comitato Regionale di coordinamento.										X				
Elaborare un progetto formativo per gli istituti agrari, in coordinamento col setting scuole (vedi setting scuole MO 7.6.)			X											
Rafforzare le attività di Vigilanza congiunta con DTL e/o altri Enti definendo criteri di priorità d'intervento, modalità organizzative e strumenti, sulla base di programmi condivisi nell'ambito dell'Ufficio Operativo del Comitato art.7 D.Lgs. 81/08 e adottati nell'ambito degli Organismi Provinciali- sezioni permanenti afferenti al medesimo Comitato regionale			X			X				X				X

di coordinamento														
Effettuare attività di controllo sulla appropriatezza della sorveglianza sanitaria nel comparto agricoltura			X			X				X				
Effettuare le verifiche periodiche previste dal D.Lgs 81/08 di attrezzature di lavoro e di impianti.		X				X				X				X
Mantenere il gruppo di lavoro regionale esistente con un rappresentante per territorio, con eventuale integrazione di rappresentanti regionali dell'Assessorato Agricoltura.						X				X				X
Adozione di atti di indirizzo nazionale e regionale ivi comprese liste di controllo e di altri strumenti per la vigilanza in agricoltura finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo.						X				X				X
Attuare una Vigilanza nelle aziende agricole e delle altre attività collegate al settore agricolo, rispettando i livelli previsti dal Piano Nazionale Agricoltura e Selvicoltura, secondo protocollo regionale (600 Unità Locali) con attenzione particolare ad una strategia proattiva della vigilanza.						X				X				X
Implementare la Vigilanza integrata con i Servizi del DSP sulla commercializzazione e l'impiego di fitosanitari con interventi congiunti o coordinati.						X				X				X
Attivare corsi di Formazione degli operatori del DSP per uniformare e condividere le attività di prevenzione e vigilanza.						X				X				X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Evidenza Rapporto annuale dell'attività del progetto	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri finalizzati all'emersione e denuncia delle malattie professionali.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	10
Evidenza di programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs 81/08 delle iniziative promosse anche in collaborazione con i soggetti della bilateralità al fine di individuare percorsi informativi, formativi e di assistenza a favore dei lavoratori dell'agricoltura.	Verbale Comitato Regionale di Coordinamento	NA	No	Sì	Sì	Sì
% di esecuzione diretta delle verifiche periodiche di attrezzature di lavoro e di impianti.	Rilevazione ad hoc	N. verifiche effettuate/n. verifiche richieste x100	n.d.	80%	80%	80%
Evidenza di adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali ivi comprese liste di controllo per la vigilanza in agricoltura, finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	Sì	Sì	Sì
<i>N. di aziende agricole e delle altre attività collegate al settore agricolo oggetto di vigilanza controllate nell'anno, con attenzione particolare ad una strategia proattiva della vigilanza</i>	<i>Rilevazione ad hoc</i>	<i>NA</i>	<i>600</i>	<i>600</i>	<i>600</i>	<i>600</i>

Codice progetto e nome	1.5 - Emersione e prevenzione malattie muscolo scheletriche
Descrizione	Il progetto si propone di contribuire alla riduzione delle malattie professionali e degli infortuni da sovraccarico biomeccanico nei comparti a maggior rischio, mediante azioni integrate individuate sulla base delle caratteristiche dei comparti. È prevista, in particolare, la predisposizione di strumenti condivisi per la valutazione dei rischi e la individuazione e promozione di soluzioni tecniche. Il progetto prevede inoltre azioni dirette a migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività della vigilanza attraverso un approccio proattivo.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori
Setting identificato per l'azione	Ambienti di Lavoro
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	DTL, INAIL, Enti Locali, Università Rappresentanze delle Imprese e dei lavoratori, Enti Bilaterali/Organismi Paritetici, Patronati, Operatori Sanitari, Collegi e Ordini professionali.
Prove di efficacia	Esiste una consolidata evidenza che testimonia la stretta relazione fra disturbi muscolo-scheletrici e attività con sovraccarico biomeccanico, in particolare: – Work. 2012;41 Suppl 1:2765-7. Prevention of MSD within OHSMS/IMS: a systematic review of risk assessment strategies. Yazdani A, Wells R. – Rheumatology (Oxford). 2012 Feb;51(2):230-42. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. Palmer KT, Harris EC, Linaker C, Barker M, Lawrence W, Cooper C, Coggon D. – Appl Ergon. 2008 Jan;39(1):1-14. Epub 2007 May 15. Intervention practices in musculoskeletal disorder prevention: a critical literature review. Denis D., St-Vincent M, Imbeau D, Jettao C, Nastasia I.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Comitato Regionale di coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08 e sue articolazioni provinciali. Altri Servizi dell'Assessorato Regionale alla Salute, Ordine dei Medici, Medici Competenti Enti Bilaterali/Organismi Paritetici.

Attività principali	Implementare il sistema informativo regionale con i dati derivanti dall'attività di vigilanza in materia di rischio da sovraccarico biomeccanico. Implementare i registri regionali e nazionali con i dati previsti per le malattie professionali (MALPROF). Attivare percorsi di informazione, formazione, assistenza tra SPSAL e medici competenti, medici di medicina generale e medici ospedalieri sui rischi da sovraccarico biomeccanico e i danni alla salute ad esso correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali. Partecipare alla predisposizione di materiali regionali da utilizzare per la formazione dei MMG/MO/medici competenti sulle malattie professionali. Promuovere nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08, in collaborazione con gli Enti bilaterali, iniziative di informazione, formazione, assistenza rivolte a RSPP e RLS, RLST e RLS di sito per favorire una corretta valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico. Predisporre e promuovere strumenti di valutazione dei rischi da sovraccarico biomeccanico per comparti a maggior rischio, in particolare agricoltura ed edilizia, in collaborazione con gli Enti bilaterali. Realizzare e implementare una banca delle soluzioni ergonomiche per il sovraccarico biomeccanico. Implementare le liste di controllo per il contrasto degli infortuni e delle malattie professionali più frequenti e gravi, da adottarsi nell'ambito dell'Ufficio Operativo Regionale e da presentare al Comitato regionale ex art. 7 D.Lgs. 81/08. Le stesse sono utilizzate nell'attività di vigilanza ai fini della qualità e dell'omogeneità dell'azione di controllo e sono promosse come strumento di autocontrollo da parte delle imprese. Realizzazione di piani di vigilanza per comparti e attività a maggior rischio, in particolare agricoltura ed edilizia, attraverso un approccio proattivo con l'utilizzo della lista di controllo. Audit, nell'ambito dei servizi, relativamente alla attività di vigilanza svolta per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche da sovraccarico biomeccanico. Rapporto annuale dell'attività del progetto
Rischi e management	Rapporti con Enti ed Istituzioni esterni al SSR. Attivazione a livello regionale e locale di accordi con Enti, e altri soggetti.
Sostenibilità	Il progetto è realizzabile nell'ambito delle ordinarie risorse assegnate alle AUsl. La realizzazione di alcune specifiche attività è subordinata al mantenimento di finanziamenti regionali dedicati

Cronogramma progetto 1.5 "Emersione e prevenzione malattie muscolo scheletriche"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Rapporto annuale dell'attività del progetto e Implementare con i dati previsti i registri regionali e nazionali per le malattie professionali (MALPROF).			X				X				X			
Implementare il sistema informativo regionale con i dati derivanti dall'attività di vigilanza in materia di rischio da sovraccarico biomeccanico.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informazione, formazione, assistenza tra SPSAL e medici competenti, medici di medicina generale e medici ospedalieri e ambulatoriali sui rischi da sovraccarico biomeccanico e i danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promuovere nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento, in collaborazione con gli Enti bilaterali, iniziative di informazione, formazione, assistenza rivolta a RSPP e RLS, RLST e RLS di sito per favorire una corretta valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Predisporre e promuovere strumenti di valutazione dei rischi da sovraccarico biomeccanico per comparti a maggior rischio, in particolare agricoltura ed edilizia, in collaborazione con gli Enti bilaterali.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzare e implementare una banca delle soluzioni ergonomiche per il sovraccarico biomeccanico.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definire le liste di controllo per il contrasto degli infortuni e delle malattie professionali più frequenti e gravi, da adottarsi nell'ambito dell'Ufficio Operativo Regionale e da presentare al Comitato regionale ex art. 7 D.Lgs 81/08.			X	X	X	X	X	X	X	X				
Formazione degli operatori dei Servizi incaricati dell'attività di vigilanza.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzazione di piani di vigilanza per comparti e attività a maggior rischio, in particolare agricoltura ed edilizia, attraverso un approccio proattivo, con l'utilizzo della lista di controllo.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Audit, nell'ambito dei servizi, relativamente alla attività di vigilanza svolta per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche da sovraccarico biomeccanico.						X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Evidenza del rapporto annuale dell'attività del progetto.	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri finalizzati all'emersione e denuncia delle malattie professionali.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	10
Evidenza di programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex. Art. 7 D.Lgs 81/08 delle iniziative promosse in collaborazione anche con gli Enti bilaterali, in tema di informazione, formazione, assistenza rivolta a RSPP e RLS, RLST e altri soggetti per favorire una corretta valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico.	Verbale Comitato regionale di coordinamento	NA	No	Sì	Sì	Sì
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivate iniziative di informazione, formazione e assistenza rivolte a RSPP e RLS, RLST.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	9
Evidenza di adozione di atti di indirizzo nazionale e regionali ivi comprese liste di controllo, finalizzate a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	Sì	Sì	Sì
N. Aziende controllate per il rischio di sovraccarico biomeccanico.	Rilevazione ad hoc	NA	100	100	150	200
% di operatori addetti alla vigilanza formati	Rilevazione ad hoc	$\frac{\text{N. operatori formati}}{\text{N. operatori}} \times 100$	50%	60%	75%	100%

Codice progetto e nome	1.6 - Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno professionale
Descrizione	Il progetto riprende e sviluppa le linee di intervento attuate nel precedente PRP 2010-2013, con la finalità di migliorare le conoscenze epidemiologiche sull'esposizione, di contribuire alla emersione dei tumori professionali, anche attraverso l'incremento della collaborazione tra gli operatori sanitari, di perseguire la massima efficacia ed omogeneità nelle attività di vigilanza e prevenzione, e di avviare azioni di comunicazione del rischio e di promozione della salute.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori, popolazione generale
Setting identificato per l'azione	Ambienti di Lavoro
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	DTL, INAIL, Enti Locali e loro aggregazioni, rappresentanze delle imprese e lavoratori, enti bilaterali e/o organismi paritetici, RLS, operatori sanitari, patronati.
Prove di efficacia	Kauppinen T. et al.: "Occupational exposure to carcinogens in the European Union" Occup Environ Med 2000; 57:10-18 Mirabelli D., MD, Kauppinen T. "Occupational Exposures to carcinogens in Italy: an update of CAREX database";, INT J OCCUP ENVIRON HEALTH 2005;11:53-63; Mirabelli D.: Evidence of effectiveness and prevention of occupational cancer; Epidem e prev, 2009 Jul-Oct; 33(4-5 suppl 2); Sorensen G.: Preventing Chronic disease in the workplace: a workshop report and recommendations; Am J of Pub Health, Suppl 1, 2011, vol 101, No S1; The burden of occupational cancer in Great Britain Overview report Prepared by the Health and Safety Laboratory, the Institute of Environment and Health, the Institute of Occupational Medicine and Imperial College London for the Health and Safety Executive 2012; Cogliano V.J. et al.: "Preventable Exposures Associated With Human Cancers" JNCI Vol. 103, Issue 24 December 21, 2011 Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla Sanità - Commissione oncologica regionale "sorveglianza sanitaria ex-esposti ad amianto" Dicembre 1999 Survival of Patients with Stage I Lung Cancer Detected on CT Screening The International Early Lung Cancer Action Program Investigators - N Engl J Med 2006;355:1763-71. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening The National Lung Screening Trial Research Team -N Engl J Med 2011;365:395-409 Quaderni del Ministero della Salute – n. 15 – Stato dell'arte e prospettive in materia di contrasto alle patologie asbesto correlate – Maggio-Giugno 2012; Ministero della salute - Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 - Azione centrale prioritaria concernente la definizione di documenti tecnici di sintesi delle evidenze scientifiche a supporto della programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi di prevenzione oncologica nella popolazione a rischio; The Helsinki declaration on management and elimination of asbestos-related diseases – 10-13 February, Espoo - Finland

Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Progetto Sistema informativo regionale per la prevenzione e sicurezza sul lavoro – Emilia-Romagna (SIRP - E-R) Progetto: Sorveglianza epidemiologica e valutazione di impatto della prevenzione sulla diffusione dei tumori in Emilia-Romagna Progetto: Ridurre le esposizioni ad amianto dei cittadini e dei lavoratori: Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna Comitato di Coordinamento regionale art. 7 D.Lgs. 81/08 Altri Servizi Assessorato Regionale alla Salute Enti Bilaterali e/o organismi paritetici Altri settori AUSL (Cure Primarie, Ospedale)
Attività principali	Implementazione del sistema informativo regionale con i dati derivanti dall'attività di vigilanza in materia di rischio cancerogeno e dall'archivio regionale degli esposti a cancerogeni professionali ex art. 243 D.Lgs. 81/08. Completamento dell'architettura del sistema regionale di registrazione dei tumori occupazionali ex art. 244 del D.lgs. 81/08, con particolare riferimento a: mantenimento del COR Mesoteliomi (REM), implementazione del COR Tumori naso-Sinusali (Tu.N.S.) e istituzione del COR Tumori a Bassa Frazione Eziologica. Costituzione del gruppo di lavoro regionale tra Registri tumori di popolazione e registri specializzati per la gestione armonizzata del flusso dati sui casi di tumori occupazionali (referenti COR) e stesura di un protocollo di procedure per la condivisione dei dati. Attivazione dei percorsi di informazione, formazione, assistenza tra SPSAL e medici competenti, medici di medicina generale e medici ospedalieri e ambulatoriali sui rischi collegati all'esposizione a cancerogeni professionali e i danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali. Partecipazione alla predisposizione di materiali regionali da utilizzare per la formazione dei MMG/MO/medici competenti sulle malattie professionali Progettazione delle strategie per la comunicazione del rischio cancerogeno occupazionale all'interno delle Case della Salute e realizzazione di materiali divulgativi. Mantenimento dell'attuale programma di assistenza rivolti agli ex esposti a CVM Mantenimento degli attuali programmi sperimentali di assistenza rivolti agli ex esposti ad amianto Sviluppo delle azioni di supporto nell'ambito della bilateralità a sostegno delle funzioni di RLS e RLST e RLS di sito. Implementazione delle liste di controllo per il contrasto degli infortuni e delle malattie professionali più frequenti e gravi, da adottarsi nell'ambito dell'Ufficio Operativo Regionale e da presentare al Comitato regionale ex art. 7 D.Lgs. 81/08. Le stesse sono utilizzate nell'attività di vigilanza ai fini della qualità e dell'omogeneità dell'azione di controllo e sono promosse come strumento di autocontrollo da parte delle imprese. Inserimento nei programmi annuali di attività degli SPSAL di un piano specifico di vigilanza, secondo le linee di indirizzo regionali, nei comparti in cui è nota la presenza di cancerogeni professionali, adottando un approccio di tipo proattivo e utilizzando liste di controllo predisposte a livello regionale, con particolare riferimento agli

	aspetti legati alla valutazione dei rischi, al rispetto del divieto di esposizione al fumo passivo, alla congruità dei protocolli di sorveglianza sanitaria ed alle misure di contenimento del rischio cancerogeno. Rapporto annuale dell'attività del progetto.
Rischi e management	Rischi Rapporti con Enti esterni al SSR; acquisizione SDO; coinvolgimento di figure sanitarie estranee alle tematiche occupazionali. Management Attivazione di accordi a livello regionale con INAIL nazionale; raccordo con registri tumori di popolazione per la gestione dei registri specializzati (ReM, Tu.N.S., Bassa Frazione eziologica); Attivazione di tavoli a livello delle aziende sanitarie per coinvolgimento settore Ospedaliero e MMG; Azioni facilitatorie sui Dipartimenti di cure primarie da parte del corrispondente livello regionale; alleanze con gli Ordini professionali e le Società Scientifiche;
Sostenibilità	Il progetto è realizzabile nell'ambito delle ordinarie risorse assegnate alle AUsl. La realizzazione delle attività in capo ai COR ReM, ReNaTuNS, bassa frazione eziologica e delle attività di comunicazione del rischio richiede il mantenimento di finanziamenti regionali dedicati.

Cronogramma progetto 1.6 "Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno professionale"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Produzione di un report annuale dell'attività del progetto e implementazione sistema informativo regionale con i dati dell'attività di vigilanza e dell'archivio regionale degli esposti a cancerogeni professionali			X				X				X			
Produzione report annuali su ReM e ReNaTUNS			X				X				X			
Avvio COR Bassa Frazione e produzione relativo Report annuale							X				X			
Costituzione del gruppo di lavoro regionale tra Registri tumori di popolazione e registri specializzati per la gestione armonizzata del flusso dati sui casi di tumori occupazionali (referenti COR) e stesura di un protocollo di procedure per la condivisione dei dati	X	X												
Produzione report annuale attività di sorveglianza ex-esposti a CVM ed ex esposti ad amianto, ove presenti			X				X				X			
Attivazione di percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri, in sinergia con i Piani del Setting ambienti di lavoro, sui rischi e gli eventuali danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali														
Progettazione di strategie di comunicazione del rischio cancerogeno professionale all'interno delle Case della Salute e realizzazione materiali divulgativi per comunicazione del rischio			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementazione delle liste di controllo per il contrasto del rischio cancerogeno da adottarsi nell'ambito dell'Ufficio Operativo Regionale e da presentare al Comitato regionale ex art. 7 D.Lgs 81/08. Le stesse sono utilizzate nell'attività di vigilanza ai fini della qualità e dell'omogeneità dell'azione di controllo e sono promosse come strumento di autocontrollo da parte delle imprese.		X	X	X										
Inserimento nei programmi annuali di attività degli SPSAL di un piano specifico di vigilanza, secondo le linee di indirizzo regionali, nei comparti in cui è nota la presenza di cancerogeni professionali, adottando un approccio di tipo proattivo e utilizzando liste di controllo predisposte a livello regionale, con particolare riferimento agli aspetti legati alla valutazione dei rischi, al rispetto del divieto di esposizione al fumo passivo, alla congruità dei protocolli di sorveglianza sanitaria ed alle misure di contenimento del rischio cancerogeno.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08 di iniziative promosse in collaborazione con i soggetti della bilateralità in tema di informazione, formazione e assistenza rivolte a RLS, RLST e altri soggetti.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Evidenza del rapporto annuale dell'attività	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì
Evidenza di programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento ex. Art. 7 D.Lgs 81/08 delle iniziative promosse in collaborazione anche con gli Enti bilaterali, in tema di informazione, formazione, assistenza rivolta a RSPP e RLS, RLST e altri soggetti.	Verbale Comitato regionale di coordinamento	NA	No	Sì	Sì	Sì
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri finalizzati all'emersione e denuncia delle malattie professionali.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	10
<i>Numero di Aziende a rischio cancerogeno controllate</i>	<i>Rilevazione ad hoc</i>	<i>NA</i>	<i>180</i>	<i>(+ 10%) 198</i>	<i>(+10%) 218</i>	<i>(+10%) 240</i>

Codice progetto e nome	1.7 - Prevenzione del rischio stress lavoro correlato e promozione del miglioramento del benessere organizzativo e della responsabilità sociale d'impresa
Descrizione	I mutamenti del mondo del lavoro hanno determinato un forte aumento dei rischi psicosociali, in particolare delle condizioni di disagio e malessere da stress lavoro correlato (SLC), strettamente legate a condizioni organizzative non adeguate. In questo contesto, particolare rilievo assume il tema dello stress lavoro correlato. Lo stress è il secondo problema di salute legato all'attività lavorativa maggiormente segnalato in Europa. Da un sondaggio di opinione europeo è emerso che più della metà dei lavoratori considera lo stress lavoro-correlato come elemento presente nel proprio luogo di lavoro. Le cause più comuni sono la riorganizzazione o la precarietà del lavoro, orari di lavoro prolungati o un carico di lavoro eccessivo, molestie. Adottando un idoneo approccio, è possibile prevenire e gestire con efficacia i rischi psicosociali e lo stress lavoro-correlato, a prescindere dalle caratteristiche o dalle dimensioni dell'impresa, e affrontarli con la stessa logica e sistematicità riservate ad altre questioni di salute e sicurezza sul lavoro. Intervenire in materia di controllo dello stress lavoro correlato costituisce, inoltre, un dovere giuridico stabilito dalla direttiva quadro 89/391/CEE e ribadito dagli accordi quadro tra le parti sociali sullo stress lavoro-correlato e sulle molestie e la violenza sul luogo di lavoro. Al contempo, al fine di migliorare la qualità del lavoro e della vita lavorativa, è opportuno promuovere azioni che implicino il coinvolgimento delle imprese, sia attraverso l'adozione di programmi di responsabilità sociale (RSI) in coerenza con gli obiettivi fissati dalla Legge regionale 17/2005 "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro", sia attraverso la valorizzazione e l'adozione delle buone pratiche.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	INAIL, DTL, Rappresentanze delle Imprese e dei lavoratori, Enti Bilaterali/Organismi Paritetici, Società Scientifiche, Patronati, Operatori Sanitari, Collegi e Ordini professionali, Soggetti aziendali della prevenzione (Datori di Lavoro, Medici Competenti, RSPP, RLS/RLST).
Prove di efficacia	Commissione Europea – Libro verde. Promuovere un quadro europeo per la responsabilità sociale delle imprese – 2001; Piano d'azione nazionale sulla Responsabilità sociale d'impresa 2012-2014; Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulle misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni -2004; ISPESL – Rischi psicosociali, partecipazione attiva e prevenzione. Ricerca nazionale nel settore del credito – 2009; La valutazione del rischio da stress lavoro correlato – INAIL – 2011; Coordinamento Tecnico Interregionale Prevenzione Luoghi Lavoro – Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare 18 novembre 2010 del Ministero del Lavoro e

	delle Politiche Sociali – 2012; Coordinamento Tecnico Interregionale Prevenzione Luoghi Lavoro – Piano formativo per gli operatori dei Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro – 2012.
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per il progetto	Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7, Organismi Provinciali – sezioni permanenti, Associazioni imprenditoriali, Organizzazioni Sindacali, Associazioni delle figure aziendali della prevenzione (MC e RSPP), Università, Regione Emilia-Romagna - Direzione Generale Attività Produttive.
Attività principali	Implementare il sistema informativo regionale con i dati derivanti dall'attività di vigilanza in materia di stress lavoro correlato. Attivare percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri, in sinergia con i Piani del Setting ambienti di lavoro, sui rischi e gli eventuali danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali Consolidamento del ruolo del Comitato regionale di coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81, quale momento di rafforzamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato economico sociale e tecnico scientifico, diretto a promuovere programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende, l'adozione volontaria da parte delle imprese di "buone prassi" ai fini del miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro e ad avviare percorsi di responsabilità sociale. Elaborazione di un progetto formativo per gli operatori SPSAL e realizzazione delle relative iniziative formative in tema di Responsabilità Sociale d'Impresa (RSI) e di sviluppo di competenze relative alla promozione del benessere organizzativo. Organizzazione di iniziative di informazione e promozione rivolte alle Associazioni delle Imprese e alle Organizzazioni Sindacali a livello regionale e di singole AUsl, in materia di adozione volontaria da parte delle imprese di buone prassi e di miglioramento del benessere organizzativo. Coinvolgimento di imprese per sperimentare l'adozione volontaria di specifici progetti di miglioramento del benessere organizzativo, favorendo la partecipazione dei soggetti aziendali della prevenzione. Elaborazione e diffusione dei risultati. Predisposizione di una lista di controllo diretta alla verifica delle modalità di attuazione dell'obbligo di valutazione e gestione del rischio SLC, da adottarsi nell'ambito dell'Ufficio operativo del Comitato regionale di coordinamento. Formazione degli operatori dei Servizi incaricati dell'attività di vigilanza. Realizzazione di iniziative informative nei confronti delle Parti sociali nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento e a livello di Azienda USL. Implementazione dell'attività di vigilanza diretta alla riduzione del rischio SLC, attraverso un approccio proattivo, con l'utilizzo della lista di controllo.
Rischi e management	Rischi: necessità di formazione per gli operatori SPSAL, rapporti con Enti esterni al SSR, modifica culturale nell'approccio all'organizzazione da parte del mondo del lavoro (aziende, lavoratori e loro rappresentanze) Management: attivazione di tavoli con le parti sociali, coinvolgimento delle associazioni delle figure aziendali della

	prevenzione
Sostenibilità	Il progetto è realizzabile nell'ambito delle ordinarie risorse assegnate alle AUSL. La realizzazione di alcune specifiche attività è subordinata al mantenimento di finanziamenti regionali dedicati

Cronogramma progetto 1.7 "Prevenzione del rischio stress lavoro correlato e promozione del miglioramento del benessere organizzativo e della responsabilità sociale d'impresa"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Rapporto annuale dell'attività del progetto e implementare del sistema informativo regionale con i dati derivanti dall'attività di vigilanza in materia di stress lavoro correlato			X				X				X			
Attivare percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri, in sinergia con i Piani del Setting ambienti di lavoro, sui rischi e gli eventuali danni alla salute ad essi correlati, volti a favorire l'emersione e l'appropriatezza dei percorsi medico legali per il riconoscimento delle malattie professionali						X				X				X
Programmazione nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento di azioni di promozione dirette all'adozione volontaria da parte delle imprese di buone prassi e di programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende						X				X				X

Elaborazione di un progetto formativo per gli operatori SPSAL e realizzazione delle relative iniziative formative in tema di Responsabilità Sociale d'Impresa e di sviluppo di competenze relative alla promozione del benessere organizzativo.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effettuazione di iniziative di informazione e promozione rivolte alle Associazioni delle Imprese e alle Organizzazioni Sindacali a livello regionale e di singole AUSL, in materia di adozione volontaria da parte delle imprese di buone prassi e di miglioramento del benessere organizzativo						X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coinvolgimento di imprese per sperimentare l'adozione volontaria di specifici progetti di miglioramento del benessere organizzativo. Elaborazione e diffusione dei risultati.											X	X	X	X
Predisposizione di una lista di controllo diretta alla verifica delle modalità di attuazione dell'obbligo di valutazione e gestione del rischio SLC, da adottarsi nell'ambito dell'Ufficio operativo del Comitato regionale di coordinamento	X													
Formazione degli operatori dei Servizi incaricati dell'attività di vigilanza su SLC	X	X	X											
Realizzazione di iniziative informative nei confronti delle Parti sociali nell'ambito del Comitato regionale di coordinamento e a livello di Azienda USL	X	X		X				X				X		
Implementazione dell'attività di vigilanza diretta alla riduzione del rischio SLC, attraverso un approccio proattivo, con l'utilizzo della lista di controllo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Evidenza Rapporto annuale dell'attività del progetto	Rilevazione ad hoc		No	Si	Si	Si
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione, formazione, assistenza diretti ai medici competenti, ai medici di medicina generale e ai medici ospedalieri	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	10
Evidenza di programmazione da parte del Comitato regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs 81/08 delle iniziative di informazione e promozione rivolte alle Associazioni delle imprese e alle organizzazioni sindacali in materia di adozione volontaria da parte delle imprese di buone prassi e di miglioramento del benessere organizzativo e di prevenzione dello stress lavoro-correlato e di promozione della responsabilità sociale d'impresa.	Verbale Comitato Regionale di Coordinamento	NA	No	Si	Si	Si
Evidenza di adozione di atti di indirizzo nazionale e regionali ivi comprese liste di controllo, finalizzate a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo.	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	Si	Si	Si
Numero aziende controllate mediante l'utilizzo di lista di controllo interna	Rilevazione ad hoc	NA	50	70	90	100
% di operatori addetti alla vigilanza sullo stress lavoro-correlato e alla promozione del benessere organizzativo formati rispetto al totale degli operatori SPSAL	Rilevazione ad hoc	N. operatori formati/N. operatori x 100	0	10%	20%	30%
Numero di Dipartimenti di Sanità Pubblica in cui vengono attivati percorsi di informazione e promozione rivolte alle Associazioni delle Imprese e alle Organizzazioni Sindacali in materia di adozione volontaria da parte delle imprese di buone prassi e di miglioramento del benessere organizzativo	Rilevazione ad hoc	NA	Assente	3	6	10

Codice progetto e nome	1.8 - Tutela della salute degli operatori sanitari
Descrizione	Il progetto si propone di affrontare i principali rischi biologici ai quali sono esposti gli operatori addetti all'assistenza, con l'obiettivo di promuovere sia la sicurezza dell'operatore sia quella del paziente anche attraverso la definizione di obiettivi integrati di intervento e lo sviluppo di sinergie per la valutazione integrata del rischio clinico e del rischio occupazionale.
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori sanitari e socio-sanitari delle Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna; studenti; specializzandi.
Setting identificato per l'azione	Ambiente di lavoro in ambito socio-sanitario
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari e socio-sanitari; RLS, Sindacati; specializzandi; studenti; pazienti; Associazioni di volontariato; visitatori.
Prove di efficacia	Tutte le misure di prevenzione descritte nel campo "Attività principali" sono fortemente raccomandate e riconosciute efficaci sulla base di solidi presupposti razionali e forti evidenze anche se, per alcune, non sono disponibili studi scientifici conclusivi. • Accordo Stato, Regioni e Province autonome: "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati" del 7 febbraio 2013. • Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of HIV/AIDS Prevention). Occupational HIV Transmission and Prevention among Health Care Workers. August 2011. • David K. Henderson et al. SHEA Guideline for Management of Healthcare Workers Who Are Infected with Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and/or Human Immunodeficiency Virus Infection Control and Hospital Epidemiology March 2010, vol. 31, no.3. • Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Postexposure Management. Recommendations and Reports / Vol. 62 / No. 10 December 20, 2013. • Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA, Heneine W, Thomas V, Cheever LW, Gomaa A, Panlilio AL; US Public Health Service Working Group. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to human immunodeficiency virus and recommendations for postexposure prophylaxis. Infect Control Hosp Epidemiol. 2013 Sep;34(9):875-92. • Ministero della Salute, Centro Nazionale AIDS, Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, Consulta delle Associazioni per la lotta contro l'AIDS e Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali. Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1. Dicembre 2014. • Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. Immunization of Health-Care Personnel. MMWR Recommendations and Reports (ACIP) November 25, 2011 Vol. 60 No. 7. • Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 • Regione Emilia-Romagna. Linee di indirizzo e criteri d'uso dei dispositivi medici con meccanismo di

	sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio e da punta. Agg. febbraio 2015.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Coinvolge diversi Servizi/UU.OO aziendali: Prevenzione e protezione, Sorveglianza sanitaria, Gestione del rischio clinico, Direzione medica e infermieristica, Igiene ospedaliera, Servizi del Dipartimento di sanità pubblica.
Attività principali	Per la prevenzione della tubercolosi: • aggiornare e tenere aggiornata la valutazione del rischio di Struttura/Reparto coerentemente a quanto indicato nella nota regionale PG/2014/301130, del 26/8/2014: "Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli operatori delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna"; • garantire e valutare la corretta applicazione delle misure di prevenzione standard e di quelle specifiche in relazione alle modalità di trasmissione di questa infezione; • sottoporre allo screening per l'infezione tubercolare latente (ITBL) gli operatori e i soggetti ad essi equiparati, al momento dell'assunzione o dell'inizio del tirocinio e periodicamente in funzione del rischio evidenziato; Per la prevenzione delle malattie trasmesse per via ematica: • garantire e valutare la corretta applicazione delle misure di prevenzione standard e di quelle specifiche in relazione alle modalità di trasmissione di queste infezioni; • aggiornare periodicamente, in base alle nuove e più aggiornate evidenze, il protocollo per la gestione post-esposizione degli operatori coinvolti; • pianificare l'introduzione controllata e progressiva dei Dispositivi medici con meccanismo di sicurezza in base alle priorità e previa realizzazione di specifici programmi di formazione e addestramento individuale rivolti al personale interessato. Per le malattie infettive prevenibili da vaccino: • completare lo screening immunologico degli operatori, in particolare per morbillo e varicella; • offrire attivamente agli operatori le vaccinazioni previste dal PNPV: sia quelle per ridurre il rischio professionale, sia quelle indicate per le persone di ogni età appartenenti a gruppi a rischio, sia quelle raccomandate per ridurre il rischio verso i pazienti; • promuovere la cultura delle vaccinazioni fra gli operatori sanitari anche attraverso l'organizzazione di programmi formativi. Nell'ambito del Gruppo di lavoro regionale, istituito per affrontare e dirimere aspetti giuridici e medico-legali della valutazione dell'idoneità lavorativa, indicare i criteri per la valutazione dell'idoneità degli operatori portatori di HIV, HCV, HBV e di quelli che rifiutano le vaccinazioni. Definire criteri e contenuti necessari per lo sviluppo di un programma informatizzato, unico a livello regionale, per la gestione delle attività di sorveglianza sanitaria, comprese quelle riguardanti il rischio biologico.
Rischi e management	Disponibilità delle risorse umane per garantire la continuità al progetto.
Sostenibilità	Il progetto è sostenibile nell'ambito dei finanziamenti assegnati alle Aziende sanitarie. Lo sviluppo del programma informatizzato per la gestione delle attività di sorveglianza sanitaria richiede finanziamenti dedicati.

Cronogramma progetto 1.8 "Tutela della salute degli operatori sanitari"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Prevenzione della tubercolosi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prevenzione delle malattie trasmesse per via ematica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estensione coperture vaccinali per le malattie infettive prevenibili da vaccino	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicazione criteri per la valutazione dell'idoneità degli operatori portatori di HIV, HCV, HBV e di quelli che rifiutano le vaccinazioni.	X	X	X	X	X	X								
Definizione criteri e contenuti necessari per lo sviluppo di un programma informatizzato, unico a livello regionale, per la gestione delle attività di sorveglianza sanitaria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% di Aziende sanitarie che effettuano la valutazione del rischio TB secondo le Linee di indirizzo regionali	Rilevazione ad hoc	N. Aziende sanitarie che hanno aggiornato la valutazione del rischio TB / n. Az. sanitarie x100	nd	70%	85%	100%
Evidenza documentale dei criteri per la valutazione dell'idoneità al lavoro degli operatori portatori di HIV, HCV e HBV.	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì		
% di Aziende sanitarie che hanno effettuato la classificazione dei reparti in base al rischio di trasmissione delle malattie prevenibili da vaccino e definito le procedure per estendere le coperture vaccinali negli operatori.	Rilevazione ad hoc	N. Aziende sanitarie che hanno effettuato la classificazione / n. Aziende sanitarie x100	< 50%	70%	85%	92%
Evidenza documentale di criteri e contenuti per lo sviluppo di un programma informatizzato per la gestione delle attività di sorveglianza sanitaria, comprese quelle per il rischio biologico.	Rilevazione ad hoc	NA	No	No	Sì	

2. Setting Comunità – Programmi di popolazione

La buona salute è una risorsa significativa per lo sviluppo sociale, economico e personale e può essere favorita od ostacolata da fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici. È importante quindi che la promozione della salute punti a rendere favorevoli queste condizioni agendo attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute in senso collettivo e individuale.

Dalla condivisione della Carta di Ottawa nel 1986 fino al documento Health 2020 (2013), questa idea di base, e le conseguenti strategie, ha guidato le riflessioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e, dai Piani per la Salute ai Piani Regionali della Prevenzione, ha orientato la progettazione della Regione Emilia-Romagna.

Questa visione della salute e delle sue profonde interconnessioni con il mondo esterno ai servizi sanitari trova ulteriore consolidamento nei programmi e nelle strategie del nuovo Piano regionale della Prevenzione dell'Emilia-Romagna. In particolare i programmi del Setting Comunità – Programmi di popolazione si rivolgono all'intera popolazione e alle comunità e possono pertanto essere realizzati solo con il coinvolgimento attivo dei cittadini, degli Enti Locali, delle associazioni, delle imprese e di tutti i diversi attori della comunità che devono poter dare il loro contributo nelle fasi di progettazione, esecuzione e valutazione dei progetti.

Il profilo di salute ha fornito un quadro puntuale dello stato di salute della nostra popolazione, ha indicato priorità e ambiti specifici su cui orientare le azioni del piano regionale.

Per quanto riguarda la promozione di stili di vita salutari il Profilo di salute della nostra Regione ha evidenziato come ci siano ancora margini di miglioramento, nonostante l'impegno profuso con i precedenti PRP. Ad es. nella nostra Regione la prevalenza di fumatori è in linea col dato nazionale, ma è più alta rispetto alle altre regioni del Nord Italia, il consumo di alcol a rischio coinvolge circa un adulto su cinque, un valore in linea con le regioni del Nord, ma anche in questo caso più alto rispetto alla media nazionale, una persona adulta su cinque in Emilia-Romagna è sedentaria e questa condizione è più diffusa nelle donne, nelle persone svantaggiate sotto il profilo socio- economico e in quelle con patologie croniche.

Per promuovere il cambiamento degli stili di vita e raggiungere risultati di salute occorre porsi in questo Piano obiettivi sfidanti, costruire progetti in grado di raggiungere gran parte della popolazione regionale, che siano in grado di contrastare le disuguaglianze di salute e di mettere a sistema azioni integrate e intersettoriali.

La promozione della salute non considera, come fattori determinanti, unicamente interventi e attività volti a rafforzare le conoscenze e le capacità individuali, bensì anche misure tese a modificare le condizioni economiche e ambientali in modo che incidano positivamente sulla salute dell'individuo e della popolazione. Il miglioramento dell'ambiente di vita, per creare condizioni favorevoli la salute, dipende dall'intervento di molteplici soggetti istituzionali e professionali diversamente competenti, quali gli amministratori e il personale degli Enti Locali, i gestori della mobilità e del sistema viario, gli urbanisti, i professionisti degli studi di progettazione edilizia. Per ottenere risultati efficaci è necessario coordinare le diverse attività e condividere obiettivi comuni. Il ruolo del Servizio sanitario in questo campo è sempre più rilevante e vario, non solo con la ricerca sul campo e il monitoraggio degli effetti, ma anche con un'azione di advocacy, che si deve esplicare in tutte le attività svolte dai Dipartimenti di Sanità pubblica, nelle valutazioni preventive, nelle analisi d'impatto sulla salute delle trasformazioni territoriali e delle nuove attività, ma anche nelle attività di vigilanza e controllo.

In quest'ottica i progetti di questo setting affrontano i temi indicati dal PNP 2014-2018 con particolare attenzione all'approfondimento delle conoscenze sui possibili impatti delle matrici ambientali sulla salute (aria, alimenti, sostanze chimiche, amianto ...) e agli strumenti interdisciplinari per una loro adeguata valutazione preventiva, promuovendo e consolidando l'esperienza di integrazione realizzata con ARPA e con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale.

Si lavorerà alla costruzione di strumenti per la messa in rete e la condivisione delle risorse e delle esperienze presenti nei territori per promuovere salute e per offrire ai cittadini vere e proprie "mappe delle opportunità" di salute sostenendo l'attivazione di iniziative per la promozione dell'attività fisica e di una mobilità più sicura e sostenibile in collaborazione con gli Assessorati regionali competenti e l'Osservatorio regionale sicurezza stradale. Tutti questi interventi dovranno trovare una attuazione attraverso il consolidamento e l'ampliamento delle reti presenti nelle diverse realtà territoriali delle AUSL, infatti i programmi di promozione della salute hanno un maggiore successo se sono integrati nella vita quotidiana delle comunità, basati sulle tradizioni locali e condotti da membri della comunità stessa.

Si confermano, nel presente Programma, gli interventi di popolazione di comprovata efficacia per screening oncologici e vaccinazioni al fine di consolidare i buoni risultati già raggiunti. Per tutti e tre gli screening oncologici la copertura dei test nella popolazione della nostra Regione è in aumento, e si colloca tra i valori tra i più alti in Italia (88% per la cervice, 85% per la mammella e 72% per il colon-retto). Una valutazione particolare va invece riservata alle coperture vaccinali che, in Emilia-Romagna, pur essendo elevate e superiori alla media nazionale, negli ultimi anni stanno registrando un calo a causa della perdita di fiducia della popolazione nelle vaccinazioni. Tale tendenza va invertita, il rapporto di fiducia deve essere ricostruito e ciò richiede da parte degli operatori sanitari sempre più professionalità, conoscenze approfondite sulla materia, capacità di comunicare e di creare empatia con l'utente.

Per quanto riguarda le malattie trasmissibili, la Regione Emilia-Romagna ha costruito un sistema di sorveglianza delle malattie infettive che, oltre a rispondere a quanto richiesto dalle normative europee e nazionali incluse le sorveglianze speciali, si è arricchito nel tempo con nuovi ambiti di interesse, anche utilizzando il patrimonio informativo regionale delle banche dati correnti. Gli specifici progetti del setting 2 relativi a queste ultime tematiche sono orientati a garantire il mantenimento ed il consolidamento degli ottimi risultati raggiunti favorendo la formazione, l'informazione ed il coinvolgimento sempre più attivo degli operatori sanitari delle aziende sanitarie e ospedaliere, dei MMG e PLS. In modo ampio e integrato vengono anche affrontati i temi della promozione di una sana alimentazione e delle attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria consolidando e migliorando la qualità degli interventi dell'autorità di controllo ufficiale e il sistema informativo a supporto di una maggior conoscenza e di un miglior coordinamento delle attività della sicurezza alimentare tra i diversi attori coinvolti.

Un percorso fortemente integrato ed interdisciplinare viene proposto per affrontare la definizione di procedure che supportino il coordinamento nella gestione delle emergenze in Sanità pubblica. Le esperienze vissute nella nostra regione negli ultimi anni, dall'epidemia di Chikungunya del 2007, al terremoto, ai focolai di aviaria, hanno evidenziato come sia fondamentale presidiare il coordinamento e l'integrazione delle attività che i diversi Servizi dei Dipartimenti svolgono in collaborazione con gli enti coinvolti nel sistema di protezione civile e contestualmente consolidare le competenze degli operatori anche in tema di emergenze e comunicazione del rischio.

Fondamentale per la realizzazione di tutti i progetti del setting e del piano è la costruzione di solide competenze in tutti gli operatori coinvolti per mettere in grado il sistema di affrontare con piena autorevolezza le complessità odierne dei temi della promozione della salute e della prevenzione. Occorre promuovere, in collaborazione con il Centro regionale Luoghi di prevenzione, le Università e le Scuole di formazione, percorsi formativi orientati alla prevenzione, che integrino i curricula tecnico-specialistici anche con nuove competenze e con la diffusione di strumenti innovativi per favorire i cambiamenti di stile di vita e per supportare di adeguate modalità di comunicazione in grado di trasmettere in modo appropriato i contenuti di sanità pubblica e favorire l'adesione ai programmi di sanità pubblica. Allo scopo di diffondere informazioni e conoscenze sullo stato di salute della popolazione e sul vantaggio di salute ottenibile aderendo agli interventi di sanità pubblica si procederà alla programmazione di uno specifico percorso dedicato a MMG e PLS figure strategiche per la comunicazione con i pazienti e per la promozione di uno stile di vita sano.

Il programma n. 2 "Setting Comunità - Programmi di popolazione" si propone di contribuire alla realizzazione di alcuni Obiettivi centrali dei Macro Obiettivi 1, 5, 6, 8, 9 e 10. In particolare:

- 4 schede sono riferite a progetti dedicati all'attività rivolte all'approfondimento delle conoscenze sui possibili impatti dell'ambiente sulla salute e alla formazione su tali tematiche degli operatori sanitari (supporto alle politiche ambientali, strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute, REACH/CPL, Piano amianto) rispondendo così agli indicatori centrali 8.1.1e2, 8.2.1e2, 8.3.1, 8.4.1, 8.5.1 e 2 e 3, 8.7.1, 8.8.1, 8.9.1
- Le successive 4 schede sono riferite ad azioni intersettoriali di promozione della salute nei diversi ambiti e di empowerment di comunità (costruzione di Mappe delle opportunità, advocacy per le politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti orientate alla salute ed alla sicurezza degli spostamenti, creazione di occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità locali), progetti che soddisfano gli indicatori centrali 1.1.1e2, 5.3.1, 5.1.1, 5.2.1,
- 2 progetti illustrano ulteriori specifiche azioni che la Regione mette in campo per la prevenzione dell'incidentalità stradale attraverso corsi infoeducativi per conducenti con infrazione art. 186 Cds e con interventi sui luoghi di lavoro dando così un contributo agli indicatori codificati come: 5.1.1, 5.2.1, 5.3.2
- 2 progetti sono dedicati all'ambito della prevenzione dei tumori e sono riferiti alla Sorveglianza epidemiologica e valutazione di impatto della prevenzione sulla diffusione dei tumori e alla gestione programmi di screening oncologici (indicatori centrali 1.12.1, 1.13.1, 1.14.1e2)
- 1 scheda illustra il sistema di sorveglianza delle malattie infettive e la successiva tratta della Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali, rispondendo così agli indicatori centrali 9.1.1, 9.2.1, 9.3.1, 9.4.1, 9.6.1, 9.7.2, 9.8.1
- La scheda successiva risponde agli indicatori centrali 1.7.1, 1.8.1e2 e 10.10.2: illustra le iniziative e interventi messi in atto per favorire le scelte di salute, l'informazione e l'educazione nutrizionale, la socializzazione e il supporto al cambiamento dei

comportamenti alimentari nella popolazione generale, con particolare attenzione ai gruppi di popolazione più vulnerabili;

- Altri 4 progetti rispondono a tutti gli altri indicatori centrali del MO 10 sul rafforzamento delle attività di prevenzione sulla sicurezza alimentare e la Sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano nazionale Integrato Controlli (rimane escluso il solo indicatore 10.10.1 sull'implementazione del flusso informativo relativo al monitoraggio del Tsh neonatale, la cui attività è prevista nel setting 3);
- Una scheda specifica prevede la pianificazione di piani regionali integrati e condivisi per la gestione delle emergenze di sanità pubblica (malattie infettive, sicurezza alimentare, ambientali, chimiche, calamità naturali ed epidemiche degli animali) rispondendo agli indicatori centrali: 9.9.1, 10.5.2, 10.5.3.
- Infine con l'ultima scheda viene prevista la pianificazione della formazione degli operatori sanitari a supporto dei programmi di prevenzione e della comunicazione e informazione dei cittadini (indicatori centrali 6.4.1, 8.5.3, 8.11.1, 8.12.1)

I Programmi di popolazione Setting Comunità proprio per la loro caratteristica di essere rivolti a tutta la popolazione sono da valutare anche come una integrazione ai programmi degli altri setting per contribuire al raggiungimento degli obiettivi centrali.

Schede di progetto

Programma 2 - Setting Comunità - Programmi di popolazione

Codice progetto e nome	2.1 - Sviluppo rete epidemiologia ambientale
Descrizione	Il progetto ha l'obiettivo di migliorare la conoscenza del rapporto tra inquinanti ambientali e salute attraverso il monitoraggio degli inquinanti a cui è esposta la popolazione e il potenziamento della sorveglianza epidemiologica, nonché la formazione degli operatori della prevenzione sul tema ambiente e salute e comunicazione del rischio. Da tempo la Regione Emilia-Romagna è impegnata a sostenere studi e approfondimenti su questo tema sia attraverso progetti direttamente finanziati (es. Monitor e Supersito), sia partecipando come capofila o unità operativa in diversi progetti finanziati dal CCM (es. CCM 2009-Sorveglianza epidemiologica di popolazioni residenti in siti contaminati; CCM 2010-Sorveglianza epidemiologica sullo stato di salute della popolazione residente intorno agli impianti di trattamento rifiuti). Queste attività sono state possibili grazie alla forte integrazione tra strutture regionali (le Direzioni Generali Sanità e Ambiente), i Dipartimenti di Sanità pubblica delle AUSL, ARPA, Istituto Zooprofilattico. La partecipazione a questi studi ha consentito un forte sviluppo delle competenze in ambito analitico, nelle valutazioni di esposizione, nella valutazione del rischio tossicologico e nella gestione e conduzione di studi epidemiologici. Il presente Piano Regionale della Prevenzione rappresenta l'occasione per potenziare le relazioni interistituzionali già attivate in relazione ai progetti regionali condotti negli ultimi anni e per meglio definire compiti e ruoli. Si lavorerà quindi per la creazione di una rete a supporto dell'attività di epidemiologia ambientale, strutturata da snodi di riferimento con cui i diversi portatori di interesse e Istituzioni potranno confrontarsi in fase di risposta alle richieste di conoscenza sul rapporto ambiente-salute, e per la pianificazione e realizzazione di eventuali studi motivati da interessi specifici locali. La rete avrà il duplice obiettivo di accrescere e diffondere sul territorio le conoscenze, affiancando gli operatori locali nella gestione delle problematiche su ambiente e salute, e produrre risultati di buona solidità scientifica, collaborando con il livello locale nel reperimento delle informazioni e gestione delle indagini. In riferimento, poi, agli studi di esposizione su contaminanti ambientali si conferma l'interesse a lavorare sull'inquinamento atmosferico date le specifiche condizioni del bacino padano e l'adozione nel 2014 del Piano regionale per la qualità dell'aria (PAIR 2020). In particolare si completerà lo studio denominato Supersito, approvato con DGR n. 428/2010 finalizzato al miglioramento delle conoscenze sulle emissioni, sui processi di formazione e sulla composizione degli inquinanti secondari in atmosfera, nonché alla valutazione del rischio per la salute umana tramite metodi di risk assessment tossicologico e indagini epidemiologiche sugli effetti a breve e lungo termine dell'esposizione della popolazione a inquinamento atmosferico. La comprensione della relazione tra salute ed esposizione a inquinanti atmosferici verrà inoltre approfondita in specifiche situazioni locali caratterizzate dalla presenza di impianti industriali che destano preoccupazioni nella popolazione: • uno studio sulla città di Ravenna in rapporto all'inquinamento da traffico, riscaldamento, industrie e porto; • ulteriori approfondimenti sull'esposizione alle emissioni da inceneritore a Parma e Modena; • uno studio sui cementifici e sul loro impatto in relazione all'utilizzo di combustibili tradizionali e alternativi. Questo lavoro sull'inquinamento atmosferico sarà completato con studi e approfondimenti sugli effetti sulla salute da esposizione a contaminanti ambientali presenti in matrici diverse dall'aria ed esplicitanti il loro effetto

	per via alimentare. Questo lavoro è già stato avviato con l'istituzione di un "Gruppo regionale per il monitoraggio ed il controllo dei contaminanti nell'ambiente, nelle produzioni animali e nelle produzioni vegetali della Regione Emilia-Romagna" avvenuta con DGR 735/2011 che ha gestito la fase di approfondimenti conoscitivi richiesti dal Ministero della salute sui Siti di Interesse Nazionale (SIN). Questa esperienza si è rivelata utile e da confermare con la finalità di definire e attuare un piano di monitoraggio integrato tra componente ambientale e alimentare che consenta di meglio identificare i possibili inquinanti presenti nel territorio e eventuali aree a rischio sulla base della definizione delle fonti di emissione presenti o in via di realizzazione.
Gruppo beneficiario prioritario	La popolazione è il principale destinatario del progetto per le ricadute degli studi e approfondimenti condotti dalla rete di epidemiologia ambientale; in questa logica si configurano come soggetti beneficiari anche gli operatori di AUSL, ARPA, IZSLER che faranno parte della rete e che verranno sostenuti con una formazione specifica per orientare il loro lavoro.
Setting identificato per l'azione	La Comunità
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Enti Locali; Direzioni generali della Regione Emilia-Romagna; Aziende sanitarie; ARPA; IZSLER; Comitati e Associazioni.
Prove di efficacia	NA
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto è per definizione caratterizzato da un'ampia trasversalità proponendosi appunto l'obiettivo di coinvolgere in una rete strutturata Enti e Istituzioni diverse.
Attività principali	Definizione e formalizzazione della rete di epidemiologia ambientale con individuazione dei nodi e delle specifiche competenze Organizzazione e realizzazione di iniziative di formazione declinate in modo specifico rispetto al target da raggiungere che è rappresentato da: operatori coinvolti nella rete (DSP, ARPA, IZS), altri operatori non direttamente impegnati nella rete, MMG e PLS Finalizzazione degli studi in corso: • Supersito • S.In.A.T.Ra (Ravenna) • Sorveglianza sanitaria del termovalorizzatore – Il progetto P.A.I.P (Parma), • Attività di studio epidemiologico e di biomonitoraggio sull'esposizione all'inceneritore di Modena Stesura rapporti dei risultati ottenuti dagli studi condotti e divulgazione. Avvio di uno studio dedicato ai cementifici e al loro impatto in relazione all'utilizzo di combustibili tradizionali e alternativi. Supporto alle attività di informazione/comunicazione legate a specifici interessi e richieste. Supporto alla pianificazione e realizzazione di nuovi studi di interesse specifico locale o legati a indicazioni nazionali (ad es. decreto CEM e altri). Istituzione del Gruppo regionale per il monitoraggio ed il controllo dei contaminanti nell'ambiente, nelle produzioni animali e nelle produzioni vegetali. Definizione e implementazione del piano di monitoraggio integrato tra componente ambientale e alimentare.

Rischi e management	Occorre presidiare la programmazione integrata delle attività, anche per contenere l'eventuale frammentazione legata a puntuali interessi e richieste locali.
Sostenibilità	Le esperienze già in corso confermano l'efficacia delle azioni e la sostenibilità del progetto.

Cronogramma progetto 2.1 "Sviluppo rete epidemiologia ambientale"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Definizione e formalizzazione della rete di epidemiologia ambientale	X	X	X	X										
Progettazione e realizzazione iniziative di formazione operatori			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Finalizzazione studi in corso			X	X			X	X			X	X		
Elaborazione dati e produzione report sugli studi in corso					X	X			X	X			X	X
Ideazione e realizzazione progetto cementifici		X	X	X	X	X	X	X	X					
Istituzione gruppo contaminanti	X	X												
Definizione piano di monitoraggio integrato ambiente/alimenti		X				X				X				X
Implementazione piano di monitoraggio integrato ambiente/alimenti			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Adozione atto istitutivo della rete di epidemiologia ambientale	Ricognizione ad hoc	NA	No		Sì	
Adozione atto istitutivo del gruppo regionale contaminanti	Ricognizione ad hoc	NA	No	Sì		
<i>N.ro report finali degli studi avviati</i>	<i>Ricognizione ad hoc</i>	<i>NA</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>1</i>
N.ro articoli pubblicati sulla letteratura scientifica	Ricognizione ad hoc	NA	1	1	3	1
% operatori formati	Ricognizione ad hoc	n.ro operatori formati (esterni e interni alla rete) / n.ro operatori target x 100	10	10	30	50

Codice progetto e nome	2.2 - Azioni di sanità pubblica nell'ambito delle procedure di VAS e di VIA
Descrizione	Le trasformazioni del territorio e l'ambiente nel quale viviamo e lavoriamo sono fondamentali determinanti di salute. Questa consapevolezza deve influenzare l'operatore della sanità pubblica, così come proponenti, progettisti e urbanisti, nel momento in cui si va progettare da un lato e valutare dall'altro, una trasformazione territoriale e le sue potenziali ricadute in termini di salute per la popolazione. Ciò significa considerare anche la pianificazione e la gestione delle città e dei quartieri quali elementi fondamentali capaci di intervenire su abitudini comportamenti individuali, qualità della vita e fattori di rischio individuale. C'è una forte esigenza di fornire indirizzi, metodi e strumenti per riquilibrare le valutazioni effettuate dagli operatori della sanità pubblica, e le indicazioni date ai proponenti per sviluppare adeguatamente la componente salute nell'ambito delle procedure di VAS e di VIA. A questa esigenza risponde anche il progetto CCM "Tools for HIA" (t4HIA), del quale la Regione Emilia-Romagna è capofila, che rappresenta il completamento di un percorso iniziato nel 2007 con il progetto Moniter, poi proseguito con il progetto CCM VISPA nel 2010. Il progetto è iniziato il 23 marzo 2015 e si concluderà nel marzo 2016, ed avrà come esito l'elaborazione di Linee Guida, condivise con 11 partner di progetto (10 regioni e una Provincia Autonoma), contenenti gli strumenti per valutatori e quelli per proponenti, in particolare per l'elaborazione della componente salute delle procedure di VAS e VIA..
Gruppo beneficiario prioritario	Personale sanitario dei Dipartimenti di Sanità Pubblica
Setting identificato per l'azione	Operatori della Prevenzione, pianificatori in tema di urbanistica
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Direzioni Generali Pianificazione territoriale, Mobilità e qualità urbana, Ambiente; Università, Architetti, urbanisti, pianificatori; ARPA, altri attori istituzionali (Ministero della Salute, ISS, CNR)
Prove di efficacia	Esistono numerosi documenti e direttive europee sul tema della Valutazione di Impatto sulla Salute (Carta di Ottawa, Consensus Conference di Gotheborg, Protocollo di Kiev, Direttiva Europea sulla VIA – Valutazione di Impatto Sanitario - e sulla VAS – Valutazione Ambientale Strategica), che sottolineano come la VIS possa essere uno strumento efficace nel prevenire impatti dannosi per la salute (ECHP WHO, Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper, European Centre for Health Policy, Brussels, 1999), così come per formulare raccomandazioni sul monitoraggio e la gestione di detti effetti (National Research Council of the National Academies. IMPROVING HEALTH IN THE UNITED STATES. The role of Health Impact Assessment. National Academy of Sciences, Washington D.C., 2011). La Commissione Europea ha incluso aspetti della salute umana nelle proprie direttive sulla valutazione d'impatto ambientale, oltre a prevedere la graduale introduzione, a partire dal 2003, di procedure di valutazione di impatto integrate per tutte le principali iniziative presentate nella strategia politica annuale oppure in seguito nel programma di lavoro della Commissione (COM 2002/0276 final).

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto prevede per la sua realizzazione la collaborazione con diversi stakeholders coinvolti nei percorsi di valutazione di VIA e di VAS (Enti Locali, ARPA, consulenti privati, progettisti, architetti, urbanisti, ingegneri) oltre al Ministero della Salute, ISS per l'indirizzo e il coordinamento nazionale delle attività.
Attività principali	Prosecuzione del progetto CCM "Tools for HIA – Linee Guida VIS" e formazione del personale dei Dipartimenti di Sanità pubblica Sperimentazione dell'applicazione degli strumenti a casi concreti.
Rischi e management	Per quel che riguarda il progetto "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA", i rischi principali sono relativi all'alto numero di partner coinvolti nel progetto e al raccordo tra essi e con gli stakeholders.
Sostenibilità	Il progetto "Linee Guida VIS - Tools for HIA" è finanziato dal Ministero della Salute, tramite CCM.

Cronogramma progetto 2.2 "Azioni di sanità pubblica per orientare alla salute le trasformazioni"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Organizzazione dell'attività di formazione sull'ambiente costruito		X	X	X										
Realizzazione e valutazione della formazione					X	X	X	X	X	X	X	X		
Progetto CCM "Linee Guida VIS - Tools for HIA"	X	X	X											

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Almeno 1 corso su Ambiente costruito per area vasta con almeno il 70% degli operatori che si occupano di pianificazione territoriale	Rilevazione ad hoc	N. operatori che hanno frequentato il corso/N. operatori che si occupano di pianificazione territoriale x 100, riferito ad area vasta			100%	100%
Disponibilità contenuto tecnico linea guida	Rilevazione ad hoc	Disponibilità dei contenuti tecnici.		Sì		
Applicazioni per area vasta	Rilevazione ad hoc	Almeno 1 applicazione per area vasta per proponenti e valutatori.			100%	100%

Codice progetto e nome	2.3 - Piano regionale dei controlli e della formazione sul REACH e CLP
Descrizione	Il Progetto ha l'obiettivo di realizzare una rete per la gestione integrata tra imprese ed istituzioni delle politiche sul REACH e CLP, applicando ed implementando gradualmente il sistema dei controlli con le modalità informative, formative e di aggiornamento già esistenti nel territorio regionale. La gestione della rete riceverà il supporto specialistico del Coordinamento Regionale delle Autorità Competenti per il controllo dell'applicazione del REACH e del CLP (CRREACH) che nell'ambito dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP) delle AUSL e con l'ausilio specialistico dei laboratori ufficiali per il controllo REACH e CLP dell'ARPA Regione Emilia-Romagna e, sulla base delle necessità, di quelli di eccellenza interregionale accreditati e finanziati dal Ministero della Salute o dal Ministero dell'Ambiente, potrà aumentare nelle imprese e nei loro responsabili e consulenti, le conoscenze sulla sicurezza chimica con l'obiettivo di presidiare l'adozione dei principali adempimenti connessi all'applicazione dei citati Regolamenti Europei delle sostanze chimiche. La rete agirà per realizzare una crescita delle competenze principalmente attraverso attività di formazione ed aggiornamento accreditato per il personale competente dei DSP e dell'ARPA prevalentemente interessato al controllo delle sostanze chimiche presenti nei luoghi di vita e di lavoro e nell'ambiente. La crescita delle competenze del personale dei Servizi pubblici (DSP e ARPA) favorirà un'efficace comunicazione nei confronti dei Consulenti/Responsabili aziendali (RSPP, ASPP, ecc...) attraverso iniziative di informazione, di formazione ed aggiornamento strutturate, divulgate mediante web utilizzando gli sportelli telematici REACH e CLP dei DSP. Nell'ottica della massima divulgazione delle conoscenze e delle principali informazioni sull'applicazione del REACH e del CLP la rete continuerà ad avere il supporto e la collaborazione dell'Unione Regionale delle Camere di Commercio (UNIONCAMERE REGIONALE) implementando e migliorando la gestione dello Sportello Informativo Telematico REACH e CLP della Regione Emilia-Romagna, che agisce attraverso la rete europea di supporto alle imprese "Enterprise Europe Network" (EEN) e del mondo universitario (corso di MASTER dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia), al fine di continuare la diffusione di informazioni, materiali divulgativi ed informativi in materia di salute, sicurezza e ambiente prodotti dall'Agenzia Europea delle Sostanze Chimiche, dai Ministeri della Salute, dell'Ambiente e della tutela del Territorio e del Mare e dello Sviluppo Economico, dal CSC, da ISPRA, dal coordinamento tecnico delle Regioni e dal Comitato Tecnico di Coordinamento Nazionale sull'applicazione del REACH. Saranno realizzati corsi di formazione accreditati ECM rivolti agli operatori dei Servizi del Dipartimento Sanità Pubblica (SPSAL, SIP, SIAN) e dei Servizi competenti in materia di tutela ambientale dell'ARPA individuati ad espletare attività di prevenzione, di tutela della salute e della sicurezza chimica del consumatore e del lavoratore nei luoghi di vita e di lavoro e di tutela dell'ambiente. L'obiettivo prioritario del presente progetto è aumentare le conoscenze e le competenze nell'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP (normativa di prodotto orizzontale) nell'ambito delle normative sociali quali ad es. il D.Lgs.81/08 (salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), il D.Lgs.152/2006 (tutela dell'ambiente esterno), D.Lgs.334/99 (prevenzione dei pericoli e degli incidenti rilevanti), D.Lgs.150/2012 (uso sostenibile dei prodotti fitosanitari) e di prodotto verticali, quali i Regolamenti (CE) N.1107/2009 (fitosanitari), N.528/2012 (biocidi), N.1223/2009 (cosmetici), N.648/2004

	(detergenti), con la finalità di organizzare eventi di informazione/formazione/aggiornamento, quali corsi, seminari, convegni, ecc... finalizzati ad informare la popolazione (ad es. attraverso i medici di base, ecc...) e le imprese tramite i responsabili (RSPP, ASPP) e i consulenti (salute, sicurezza e ambiente) e i medici competenti nominati dai datori di lavoro. Parallelamente, si continuerà ad organizzare e garantire almeno il livello dell'attività di vigilanza e controllo realizzato nel territorio regionale nel periodo 2010-2014 e richiesto dai Piani Nazionali per il controllo del REACH e del CLP tramite la programmazione dei DSP e mediante un atto di indirizzo proposto entro il 15 febbraio di ogni anno fino al 2018 dal CRREACH per tramite del rappresentante del Servizio di Sanità Pubblica dell'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, in qualità di referente regionale e con la collaborazione dei coordinatori di DSP o loro sostituti individuati dalle singole delibere aziendali, quali coordinatori delle Autorità Competenti per i controlli sul REACH e sul CLP.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori, popolazione (consumatori), personale dei servizi pubblici competenti del DSP e dell'ARPA, medici competenti, Responsabili dei Servizi di prevenzione e protezione (RSPP, ASPP), consulenti e professionisti (salute, sicurezza e ambiente).
Setting identificato per l'azione	Operatori della prevenzione, imprese, popolazione generale
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Datori di lavoro, fabbricanti, importatori, fornitori, associazioni di categoria delle imprese, organizzazioni sindacali e dei consumatori, popolazione in generale, medici di base (di famiglia), medici di emergenza/urgenza, insegnanti di scuole di ogni ordine e grado, insegnanti e studenti universitari.
Prove di efficacia	Gli obiettivi da raggiungere e presenti negli indicatori di processo si basano sull'esperienza e le competenze del personale attualmente in forza nei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUsl e nei laboratori competenti dell'ARPA della Regione Emilia-Romagna.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Le attività prevedono il coinvolgimento dei diversi settori della prevenzione, con l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le competenze nell'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP (normativa di prodotto orizzontale) nell'ambito delle normative sociali quali ad es. il D.Lgs.81/08 (salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), il D.Lgs.152/2006 (tutela dell'ambiente esterno), D.Lgs.334/99 (prevenzione dei pericoli e degli incidenti rilevanti), D.Lgs.150/2012 (uso sostenibile dei prodotti fitosanitari) e di prodotto verticali, quali i Regolamenti (CE) N.1107/2009 (fitosanitari), N.528/2012 (biocidi), N.1223/2009 (cosmetici), N.648/2004 (detergenti), per garantire una adeguata informazione alla popolazione (ad es. attraverso i medici di base, ecc...) e le imprese tramite i responsabili (RSPP, ASPP) e i consulenti (salute, sicurezza e ambiente) e i medici competenti nominati dai datori di lavoro.
Attività principali	Svolgere attività ispettive nei luoghi di produzione, importazione, detenzione, commercio, vendita ed impiego di sostanze e miscele.

	Svolgere controlli sulla completezza, coerenza e correttezza delle informazioni contenute in etichettature o schede di dati di sicurezza delle sostanze e delle miscele pericolose messe a disposizione del consumatore o del lavoratore. Effettuare campionamenti e controlli analitici di sostanze e miscele pericolose per la salute, per la sicurezza dell'uomo e per l'ambiente. Realizzare corsi di aggiornamento accreditati ECM per operatori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna. Realizzare corsi di aggiornamento per operatori dell'ARPA della Regione Emilia-Romagna. Realizzare eventi di informazione, formazione ed aggiornamento per responsabili e consulenti aziendali (RSPP, ASPP, ecc...), per medici competenti, di base (di famiglia) ed ospedalieri di emergenza/urgenza, per professionisti (salute, sicurezza, ambiente), insegnanti di scuole di ogni ordine e grado, insegnanti e studenti universitari.
Rischi e management	Rischi: complessità delle determinazioni analitiche di sostanze pericolose in matrici complesse ed in prodotti del consumo (ad es. ftalati nei giocattoli, metalli pesanti negli articoli di bigiotteria, ecc...); rapporti con i diversi settori coinvolti interni e esterni al SSR (ad es. Unioncamere Regionale, Associazioni di categoria, Società scientifiche, ecc...) Management: attivazione di accordi, protocolli d'intesa, convenzioni con Enti esterni al SSR e coinvolti nella divulgazione delle informazioni e della cultura derivante dall'applicazione delle attività connesse al REACH e CLP
Sostenibilità	Il progetto regionale di formazione sul REACH e CLP è sostenuto dal finanziamento regionale proveniente dai proventi delle sanzioni relative all'applicazione della disciplina sanzionatoria del D.Lgs.758/94 ed eventualmente dai proventi relativi all'applicazione della disciplina sanzionatoria in materia di REACH (D.Lgs.133/2009) e CLP (D.Lgs.186/2011). Inoltre si precisa che l'attività della vigilanza e del controllo in materia di produzione, detenzione, commercio ed impiego delle sostanze pericolose nei luoghi di vita e di lavoro è un'attività istituzionale delle AUSL.

Cronogramma progetto 2.3 "Piano regionale dei controlli e della formazione sul REACH e CLP"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Svolgere attività ispettive nei luoghi di produzione, importazione, detenzione, commercio, vendita ed impiego di sostanze e miscele.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Svolgere controlli sulla completezza, coerenza e correttezza delle informazioni contenute in etichettature o schede di dati di sicurezza delle sostanze e delle miscele pericolose messe a disposizione del consumatore o del lavoratore.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effettuare campionamenti e controlli analitici di sostanze e miscele pericolose per la salute, per la sicurezza dell'uomo e per l'ambiente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzare corsi di aggiornamento accreditati ECM per operatori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzare corsi di aggiornamento per operatori dell'ARPA della Regione Emilia-Romagna.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzare eventi di informazione, formazione ed aggiornamento per responsabili e consulenti aziendali (RSPP, ASPP, ecc...), per medici competenti, di famiglia ed ospedalieri di emergenza/urgenza, per professionisti (salute, sicurezza, ambiente), insegnanti di scuole di ogni ordine e grado, insegnanti e studenti universitari.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N.visite ispettive all'anno programmate ed effettuate	Rilevazione ad hoc	NA	56	60	60	60
N.controlli all'anno su etichettature di pericolo o su Schede di Dati di Sicurezza (SDS)	Rilevazione ad hoc	NA	0	50	50	50
N.campionamenti	Rilevazione ad hoc	NA	9	15	15	15
N.corsi d'aggiornamento accreditati ECM per operatori dei DSP	Rilevazione ad hoc	NA		13	13	13
% di operatori dei Servizi del DSP formati per essere formatori in eventi rivolti all'esterno di informazione, formazione ed aggiornamento in materia di sostanze chimiche tal quali o presenti in miscele od in articoli	Rilevazione ad hoc	Personale formato/personale selezionato x100		30%	60%	90%
N.corsi d'aggiornamento accreditati ECM per operatori dell'ARPA	Rilevazione ad hoc	NA		2	2	2
N. eventi di informazione/formazione/aggiornamento, (corsi, seminari, convegni, ecc...) per l'applicazione del REACH e CLP	Rilevazione ad hoc	NA		13	13	13

Codice progetto e nome	2.4 - Ridurre le esposizioni ad amianto dei cittadini e dei lavoratori: Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna
Descrizione	Il progetto affronta le problematiche connesse alla presenza di manufatti contenenti amianto negli ambienti di vita e di lavoro. Il progetto va oltre quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) con la definizione e adozione di un Piano Amianto regionale che affronterà le problematiche in modo integrato fra i settori ambiente, salute e lavoro. Il Piano risponderà ai principali obiettivi e linee di attività indicate nel Piano Nazionale Amianto (PNA) in ottemperanza alla strategia indicata alla sezione Macro Obiettivo n. 8 - punto 2.A.2 del PNP di "Supportare la realizzazione del Piano Nazionale Amianto (a seguito di Accordo di Conferenza Stato-Regioni)". In coerenza con il PNA, il piano sarà articolato nelle tre macroaree: 1) <i>tutela della salute</i>, 2) <i>tutela dell'ambiente</i>; 3) <i>aspetti di sicurezza del lavoro</i>.
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione, lavoratori esposti ed ex esposti ad amianto, Proprietari di immobili e/o responsabili di attività con presenza di materiali contenenti amianto.
Setting identificato per l'azione	Comunità, lavoratori ed ex esposti.
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Lavoratori e loro rappresentanze, Patronati, Associazioni esposti o ex esposti, Associazioni familiari delle vittime, Cittadini e loro Associazioni, Medici di medicina generale o specialisti, Imprese di bonifica e di smaltimento rifiuti e loro Associazioni, Enti Pubblici, Gruppi ed Enti di ricerca.
Prove di efficacia	Vedi le indicazioni di "Background" e di "Interesse per la Sanità Pubblica" riportati nel "Piano Nazionale Amianto - Linee di intervento per un'azione coordinata delle amministrazioni statali e territoriali" - 2013. Altri riferimenti: A review of human carcinogens. Arsenic, Metals, Fibres and Dust. IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans. 100 part C. Lyon: IARC; 2012. World Health Organization (WHO). Asbestos: elimination of asbestos-related diseases. Fact sheet no. 343. Paris: WHO; 2010. Asbestos, asbestosis and cancer, the Helsinki Criteria for Diagnosis and Attribution 2014. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2014. Rapporto della seconda conferenza di consenso italiana sul mesotelioma della pleura. Med Lav 2013;104(3):191-202. Quarto Rapporto del Registro Nazionale Mesoteliomi. Settore Ricerca, Dipartimento di Medicina del Lavoro, INAIL 2012. Documento Progr. del Prog. CCM Min. Salute 2012 "Sperimentazione e validazione di un protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto, ai sensi dell'art. 259 D.Lgs 81/08".
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	La realizzazione del Piano Amianto richiede un approccio integrato fra i settori Ambiente, Salute e Lavoro sia a livello istituzionale che a livello di professionalità messe in campo, con coinvolgimento dei diversi stakeholder.
Attività principali	Definizione e adozione del Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna comprendente le seguenti attività: • definizione di criteri, percorsi e attivazione di archivi regionali dei lavoratori ex esposti ad amianto;

	• definizione di criteri, percorsi e attivazione di archivi regionali dei lavoratori attualmente esposti ad amianto; • definizione, sviluppo ed attivazione di un programma regionale di assistenza informativa e sanitaria dedicata ai lavoratori ex esposti ad amianto presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica della Regione; • promozione di procedure semplificate fra i diversi Enti Pubblici per la gestione delle azioni e dei provvedimenti derivanti dalla presenza di manufatti contenenti amianto; • promozione di procedure semplificate per la rimozione e smaltimento di piccole quantità di materiali contenenti amianto; • definizione e attivazione di un sistema informativo regionale per la gestione delle relazioni annuali ex art. 9 Legge 257/92, delle notifiche e dei piani di lavoro ex artt. 250 e 256 D.Lgs. 81/08; • comunicazione e informazione alla popolazione sui rischi legati alla presenza di amianto.
Rischi e management	La mancata definizione di un quadro normativo nazionale rende poco cogente una parte dei provvedimenti connessi alle attività di gestione del rischio amianto. Il sistema di gestione del piano integrato fra ambiente, salute e lavoro aumenta l'efficacia dei risultati ma ne rende più difficile il raggiungimento.
Sostenibilità	Si rimanda alla definizione dei contenuti specifici del Piano, dove saranno previste le risorse per lo svolgimento delle attività previste dal Piano Nazionale Amianto. La sostenibilità del piano sarà funzione del livello di integrazione in sistema dei settori Sanità (con i diversi ambiti dei Dipartimenti di Sanità Pubblica) e Ambiente (con ARPA).

Cronogramma progetto 2.4 "Ridurre le esposizioni ad amianto dei cittadini e dei lavoratori: Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Predisposizione e adozione del Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna	X	X	X	X										
Definizione di criteri, percorsi e attivazione di archivi regionali dei lavoratori ex esposti ad amianto (COR)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione di criteri, percorsi e attivazione di archivi regionali dei lavoratori attualmente esposti ad amianto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione, sviluppo ed attivazione di un programma regionale di assistenza informativa e sanitaria dedicata ai lavoratori ex esposti ad amianto presso i Dipartimenti di Sanità Pubblica della regione					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promozione di procedure semplificate fra i diversi Enti Pubblici per la gestione delle azioni e dei provvedimenti derivanti dalla presenza di manufatti contenenti amianto					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promozione di procedure semplificate per la rimozione e smaltimento di piccole quantità di materiali contenenti amianto					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione ed adozione di un sistema informativo regionale per la gestione delle relazioni annuali ex art. 9 Legge 257/92 e dei piani di lavoro ex artt. 250 e 256 D.Lgs. 81/08					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attività di comunicazione e informazione sul Piano amianto regionale e sui rischi legati all'amianto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Adozione con atto regionale del Piano Amianto Regionale Emilia-Romagna	Evidenza documentale	NA	No	Sì		
% di Dipartimenti di Sanità Pubblica che hanno svolto iniziative di informazione e comunicazione sul Piano amianto regionale e sui rischi legati all'amianto	RER	DSP che hanno svolto iniziative /totale DSP x 100		30%	60%	100%
<i>Produzione report del COR sui dati degli ex esposti</i>	<i>RER</i>	<i>NA</i>	<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Sì</i>	<i>Sì</i>

Codice progetto e nome	2.5 - ComunicAzione per la salute
Descrizione	La promozione della salute si attua prevalentemente con la costruzione di reti e di alleanze per la salute; pertanto le attività di comunicazione dovrebbero essere rivolte al loro consolidamento. Il livello minimo di funzionamento di una rete consiste nello scambio di informazioni sulle attività realizzate dai soggetti che la compongono: è perciò utile sistematizzare le informazioni per la promozione della salute cui partecipano i servizi regionali e le aziende sanitarie. A tal fine: – sarà costruita una “mappa delle opportunità”, che dovrà dare visibilità alle reti esistenti, facilitare l'accesso diretto dei cittadini alle attività, e supportare le campagne di comunicazione per la promozione della salute. Potrà infatti essere utilizzata anche dagli operatori sanitari per individuare percorsi che facilitino il cambiamento dello stile di vita dei cittadini utenti; – proseguiranno anche le campagne già consolidate ovvero la campagna per l'uso delle scale che dovrà interessare, oltre che gli edifici pubblici, anche altri luoghi accessibili al pubblico e luoghi di lavoro, soprattutto quelli caratterizzati da mansioni sedentarie; – si continuerà la collaborazione a siti internet nazionali sulla promozione dell'attività fisica; – proseguirà l'impegno a monitorare e rendicontare i progetti di promozione della salute attraverso la banca dati nazionale Pro.Sa che, attraverso la possibilità di confrontare la caratteristiche dei progetti con la griglia per la valutazione delle buone pratiche, rappresenta un utile strumento per la crescita delle competenze degli operatori di promozione della salute della Regione.
Gruppo beneficiario prioritario	Comunità, operatori sanitari, palestre etiche e sicure, associazioni
Setting identificato per l'azione	Comunità, case della salute, palestre etiche e sicure, MMG e PLS e altri operatori sanitari
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Associazioni che realizzano e sostengono interventi per la promozione di sani stili di vita. Centri per i servizi al volontariato, Operatori delle Cure Primarie, delle Medicine specialistiche Operatori di promozione della salute, addetti alla comunicazione, medici del lavoro
Prove di efficacia	WHO 2009; Interventions on diet and physical activity: what works: summary report in www.who.int valuta efficaci: – campagne con mass-media con attività di comunità a sostegno, come programmi nelle scuole e nelle comunità locali; – interventi nelle cure primarie, che sono collegati o coordinati con altri soggetti, come le organizzazioni delle comunità o le società sportive, o campagne di comunicazione con i mass media; – semplici messaggi collocati nei punti in cui si assumono le decisioni (come la scelta tra le scale e l'ascensore)
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto prevede il coinvolgimento di diversi operatori sanitari e non, ed affronta in modo integrato i diversi stili di vita.

Attività principali	Costruzione di una “mappa delle opportunità” attraverso il monitoraggio degli interventi di promozione della salute presenti sul territorio (come, per esempio, gruppi di cammino, palestre etiche e sicure, centri antifumo, servizi di sostegno all’allattamento al seno), utilizzando sia strumenti condivisi (come ad esempio la banca dati Pro.Sa) che specifici censimenti locali. La costruzione e il mantenimento della mappa richiederà l’individuazione in ogni azienda di referenti che ne curino l’aggiornamento costante e ne promuovano l’utilizzo come strumento per la creazione e il consolidamento della rete di alleanze per la promozione della salute Campagna di informazione verso la popolazione generale finalizzata alla diffusione della conoscenza e all’utilizzo della mappa delle opportunità Prosecuzione della campagna sull’uso delle scale attraverso annunci disposti nei punti in cui si sceglie tra scale e ascensore. Campagne di comunicazione a sostegno della mobilità ciclopedonale (Progetto “Advocacy per le politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti orientate alla salute”) Realizzazione, attraverso la creazione di apposite partnership pubblico-privato e collaborazioni interregionali, di una testata giornalistica on line specializzata nella diffusione di informazioni relative alla pratica dell’attività fisica e alla sua promozione.
Rischi e management	I rischi principali sono la difficoltà di creare di strumenti che incontrino il favore della popolazione e dei professionisti sanitari, e che siano pertanto diffusamente utilizzati e in grado di raggiungere anche i gruppi di popolazione più fragili e marginali. Per la gestione di questi rischi è indispensabile la consultazione di operatori sanitari e cittadini possibili utenti (attraverso piattaforme online, focus group, interviste o altro) nella fase di progettazione degli strumenti che saranno impiegati
Sostenibilità	La sostenibilità dipende grandemente dalla capacità del sistema sanitario di sviluppare e garantire il funzionamento di reti per la promozione della salute, in cui si attui uno scambio costante di informazioni sulle attività svolte che esitino in un aggiornamento costante della mappa.

Cronogramma progetto 2.5 "ComunicAzione per la salute"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Creazione della mappa delle opportunità	X	X	X	X										
Promozione della mappa verso la popolazione generale					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promozione della mappa verso operatori sanitari					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Campagne di comunicazione a sostegno dell'attività fisica			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Testata giornalistica on-line sulla promozione dell'attività fisica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Costruzione della mappa delle opportunità	Evidenza documentale	NA	Non presente	presente	presente	presente
Aggiornamento della mappa delle opportunità: N. AUsI che comunicano annualmente informazioni complete per l'aggiornamento della mappa	Evidenza documentale	NA	0	3	6	Tutte le AUsI
N. AUsI che promuovono la Campagna di comunicazione per la diffusione della mappa delle opportunità	Evidenza documentale	NA	0	0	4	Tutte le AUsI

Codice progetto e nome	2.6 - Progetti di empowerment di comunità
Descrizione	La Regione Emilia-Romagna è impegnata nell'affrontare i fattori di rischio per malattie croniche non trasmissibili e migliorare il benessere psico-sociale dei cittadini attraverso l'attivazione di percorsi di progettazione, interdisciplinare, intersettoriale e partecipata. Dal 2012 è attivo il percorso "Guadagnare salute in contesti di comunità", che ha comportato il censimento delle iniziative in corso, la costruzione di un percorso formativo comune per condividere linguaggi, metodologie ed esperienze e la redazione condivisa di un bando per facilitare la nascita di nuovi progetti di comunità (DGR 692/2012, 744/2013, 1715/2013). L'obiettivo del percorso è che le attività di promozione dell'empowerment, attualmente legate a progetti specifici, entrino tra le azioni ordinarie delle aziende sanitarie. Esiste generale consenso sul fatto che la partecipazione dei cittadini e il coinvolgimento della comunità negli interventi di promozione della salute sono fondamentali per migliorare l'empowerment individuale e di comunità, la salute generale e ridurre le disuguaglianze in salute. I programmi di promozione della salute hanno un maggiore successo se sono integrati nella vita quotidiana delle comunità, basati sulle tradizioni locali e condotti da membri della comunità stessa. Ciò comporta che le azioni che vengono condotte con le comunità non possano essere stabilite a priori, ma debbano rispondere alle caratteristiche sociali, ambientali, educative ed organizzative specificamente presenti. Per questo è indispensabile giungere ad una cornice metodologica comune, che consenta di adattare le attività alle caratteristiche locali mantenendo nel contempo la massima efficacia ed efficienza degli interventi proposti. A tal fine, i progetti già in corso vengono monitorati attraverso vari strumenti, tra cui una scheda di monitoraggio regionale unificata, raccolta semestralmente, tesa a valutare la rispondenza ai requisiti di buona pratica e al modello di progettazione e valutazione precede proceed con il contributo degli operatori impegnati nei progetti. Da tale percorso dovranno emergere le indicazioni per un modello condiviso di prosecuzione e/o estensione dei programmi di empowerment di comunità, che saranno attuati dalle AUSL a partire dal 2017. A livello centrale è prevista la prosecuzione delle attività di valutazione e supporto metodologico. Sono attese ricadute dei progetti di empowerment di comunità anche al di fuori delle comunità intervento, grazie all'aumento delle competenze degli operatori del sistema sanitario regionale. Secondo la letteratura, inoltre, i progetti condotti secondo la metodologia della ricerca-azione partecipata, possono più facilmente consentire l'identificazione di interventi candidabili alla disseminazione e sostenibili, in quanto sviluppati in collaborazione con le comunità.
Gruppo beneficiario prioritario	Tutta la popolazione residente nella comunità oggetto dell'intervento
Setting identificato per l'azione	Comunità
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	AUSL, Enti Locali, Scuole/Università, Associazioni di volontariato e rete dei servizi per il volontariato, Gruppi formali ed informali attivi nella comunità (con attenzione ai temi dell'equità)

Prove di efficacia	L'empowerment delle comunità è posto come obiettivo prioritario da parte delle più autorevoli istituzioni di tutela della salute pubblica. Rispetto alle modalità di intervento, tuttavia, le metanalisi mostrano la sostanziale assenza di lavori pubblicati in grado di confrontare l'efficacia delle diverse strategie rispetto ad outcome di salute primari, e c'è consenso nella letteratura sulla difficoltà intrinseca nel valutare questo tipo di indicatore (per il tempo necessario a produrre risultati e per l'eterogeneità delle comunità-intervento). Esiste forte consenso sul fatto che il coinvolgimento e la partecipazione delle comunità possano migliorare outcome intermedi come, appunto, l'empowerment, il capitale sociale, l'equità. Inoltre, empowerment e capitale sociale risultano essere maggiormente promossi quanto maggiore è il grado di partecipazione delle comunità al progetto stesso. La “participatory based research (ricerca azione-partecipata) e il modello di progettazione precede-proceed sono, rispettivamente, la metodologia di intervento e il modello di progettazione più promettenti in quest'ambito. Clinical and Translational Science Award – principles of community engagement – second edition – 2011 in http://www.atsdr.cdc.gov WHO The Ottawa charter for health promotion, 1986; WHO Europe Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, 2013, in http://euro.who.int WHO Europe, Community participation in local health and sustainable development. Approaches and techniques, 2002, in http://www.euro.who.int NICE, Community engagement – NICE public health guidance 9; 2008 in http://www.nice.org.uk/guidance/ph9 Zubaida Faridi, Jo Anne Grunbaum, Barbara Sajor Gray, et al.. Community based participatory research: necessary next steps <i>Prev Chronic Dis</i> 2011;8(3):A70 in www.cdc.gov Milton B, Attree P, French B, et al. <i>The impact of community engagement on health and social outcomes: a systematic review. 2012 Community Dev J</i>;47:316–34. DORS Partecipazione ed empowerment per la salute 2015 Fact sheet n.10 in http://www.dors.it 2011 A.Coppo, C.Tortone, la progettazione partecipata intersettoriale e con la comunità; Il punto su... Febbraio 2011, n.1 http://www.dors.it CCM progetto Azioni – report tecnico; 2011 in http://www.azioniperunavitaainsalute.it/il-progetto_RT WHO, Interventions on Diet and Physical Activity: What Works, 2009 in http://www.who.int
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per il progetto	I progetti di empowerment di comunità devono necessariamente agire sui tre assi sociale, sanitario ed educativo, migliorare in modo congiunto e trasversale i quattro fattori di rischio di guadagnare salute e, più in generale, agiscono sulla salute complessiva delle comunità attraverso lo sviluppo di empowerment e l'arricchimento del capitale sociale
Attività principali	Portare a termine i progetti pilota avviati in ciascuna AUsl, che coprono il 14,6% della popolazione, come da programma. Effettuare, attraverso strumenti quali-quantitativi e indicatori di processo e impatto, una valutazione dei progetti eseguiti, concepita anche come momento formativo attraverso la partecipazione degli operatori coinvolti. Individuare le linee strategiche per facilitare e promuovere il passaggio da progetto a processo ordinario, fornendo un modello, fondato su buone pratiche ed evidenze di letteratura, da utilizzare per la progettazione partecipata ed il monitoraggio degli interventi successivi. Realizzazione di progetti coerenti con le indicazioni formulate, che coinvolgano almeno una comunità per

	ciascun ambito territoriale.
Rischi e management	I rischi connessi ai progetti di comunità sono riconducibili all'eterogeneità delle comunità e al fatto che questo tipo di intervento non è ancora stato inserito tra le attività ordinarie degli operatori coinvolti e richiede una flessibilità organizzativa rilevante. Occorre garantire un gruppo di lavoro regionale di supporto all'individuazione della metodologia progettuale e alla valutazione dei progetti e la prosecuzione del percorso formativo comune. Anche nelle AUSL occorre assicurare un gruppo di operatori che segua la progettazione e la conduzione degli interventi e partecipi al percorso formativo.
Sostenibilità	Dopo una fase di avvio sostenuta anche con specifiche risorse, l'empowerment di comunità si caratterizza per il mantenimento nel tempo dei comportamenti virtuosi acquisiti, in quanto esiste un'ampia probabilità che i partecipanti si trasformino in promotori del cambiamento nei loro contesti di vita, oltre l'orizzonte temporale dei progetti promossi.

Cronogramma progetto 2.6 "Progetti di empowerment di comunità"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Conclusione dei progetti pilota in ciascuna AUSL	X	X	X											
Rendicontazioni intermedie e finali	X		X											
Valutazione dei progetti pilota	X	X	X	X										
Definizione nuovo programma alla luce delle valutazioni effettuate			X	X	X	X								
Realizzazione di progetti di empowerment di comunità							X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% di progetti pilota conclusi rendicontati	Rendicontazione specifica	Rendicontazioni pervenute/Progetti attivi (6) x 100		100%	NA	NA
<i>Relazione valutativa sui progetti realizzati</i>	<i>Report ad hoc</i>	<i>NA</i>	<i>No</i>	<i>Sì</i>	<i>Sì</i>	<i>Sì</i>
% di progetti di comunità attivati e rendicontati	Rendicontazione specifica	Rendicontazioni pervenute/Nuovi progetti attivi x 100			100%	100%

Codice progetto e nome	2.7 - Advocacy per le politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti orientate alla salute
Descrizione	Le caratteristiche strutturali dell'ambiente di vita condizionano diversi determinanti della salute, la pianificazione urbanistica ha pertanto un forte impatto sui trasporti, sui bisogni e sulle modalità di spostamento delle persone, sulle opportunità di aggregazione, socializzazione e sul senso di coesione sociale delle comunità. Le politiche dei trasporti rappresentano una modalità efficace per incrementare l'attività fisica dei cittadini, ridurre l'esposizione alle emissioni inquinanti e al rumore, ridurre il numero e la gravità degli incidenti stradali. L'implementazione capillare di tali politiche può giovare della collaborazione tra addetti alla pianificazione dei trasporti ed urbanistica, operatori della sanità e operatori ed associazioni impegnate nell'educazione e promozione della sostenibilità ambientale. Politiche di successo finalizzate a orientare le persone verso la scelta di forme di mobilità più salutari richiedono una combinazione di modifiche ambientali, campagne di informazione ad ampio raggio e interventi mirati alla promozione della mobilità attiva e sostenibile e all'educazione alla sicurezza stradale; questi interventi impattano certamente sulla salute di tutti i cittadini e le cittadine di ogni condizione sociale e fascia di età. Il Servizio Sanità Pubblica, nell'ambito dei lavori per il PRP 2010-2013 ha prodotto le "linee guida per la definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale", che rappresentano uno strumento per promuovere i contenuti di salute nelle politiche della pianificazione urbanistica. A partire infatti dal concetto che l'ambiente costruito è un determinante-favorente la promozione della salute, le linee guida offrono una visione d'insieme relativa ad ambiti quali la sicurezza stradale, il verde pubblico, la socializzazione, la promozione dell'attività fisica, l'accessibilità, la qualità ambientale. Particolare attenzione deve essere posta, nella progettazione degli ambienti di vita, alle fasce di popolazione più fragili, come bambini, anziani e disabili. Le caratteristiche dell'ambiente costruito possono facilitare le politiche a sostegno dell'invecchiamento attivo attraverso la creazione di spazi pubblici che, essendo a "misura di anziano", promuovono l'autonomia e favoriscono la riduzione dell'isolamento e il benessere sociale. La Regione Emilia-Romagna ha recentemente stipulato un protocollo di intesa con le realtà associative interessate allo sviluppo del sistema regionale della mobilità ciclo-pedonale (DGR n. 441 del 23/4/2015). Tale documento prevede azioni sulla mobilità che impattano fortemente sulla salute delle persone e sono volte a portare la quota di spostamenti in bicicletta dall'attuale 10% al 20% entro il 2020. Oltre a queste azioni, rivolte alla mobilità generale, sono previste azioni di sensibilizzazione focalizzate sul tema della mobilità attiva e sostenibile nel tempo libero e negli spostamenti casa-scuola e casa-lavoro. Gli spostamenti casa scuola e casa lavoro sono una delle principali cause della congestione di mezzi a motore e di inquinamento atmosferico nelle aree ad alta densità abitativa. Una mobilità più sostenibile può determinare, benefici sia per la salute delle comunità attraversate dal traffico veicolare che quella dei cittadini lavoratori, che, sfruttando forme di mobilità più salubri, sono meno esposti alla possibilità di incorrere in infortuni in itinere e possono acquisire uno stile di vita più attivo. Questi contenuti sono coerenti anche con le strategie per la prevenzione degli incidenti stradali, da realizzare attraverso una collaborazione degli operatori della Prevenzione con l'osservatorio regionale per la sicurezza

	stradale, al fine di promuovere interventi a tutela degli utenti deboli della strada, come pedoni e ciclisti, diffondere l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale da parte dei bambini e l'utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori.
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione, utenti della strada, popolazione scolastica, lavoratori
Setting identificato per l'azione	L'intera comunità
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori della AUSL (Direttori della attività sociosanitarie e dei distretti sociosanitari, operatori che partecipano ai percorsi per la pianificazione urbanistica, operatori di promozione della salute, medicina del lavoro, servizi di prevenzione e protezione aziendali, igiene e sanità pubblica, mobility manager, dipartimenti tecnici, servizi di comunicazione e marketing) Enti Locali, Rete Città Sane, Associazioni, Scuole, centri di educazione alla sostenibilità, Servizi regionali che si occupano di sanità pubblica, pianificazione urbanistica e dei trasporti, tutela dell'ambiente ed educazione alla sostenibilità ambientale
Prove di efficacia	Ci sono forti evidenze che le politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti a favore della mobilità attiva e sostenibile e rivolte a ridurre il numero di mezzi a motore circolanti contribuiscano ad aumentare il livello di attività fisica della popolazione e a ridurre il numero di incidenti stradali. Ci sono forti evidenze che il traffico veicolare a motore sia uno dei principali responsabili dell'inquinamento atmosferico delle città. C'è evidenza che utilizzare modalità di trasporto attivo per recarsi al lavoro riduca la mortalità per tutte le cause. C'è evidenza che l'incremento delle forme di mobilità attiva e sostenibile hanno un impatto economico favorevole sulle comunità locali. WHO Europe 2014 - Developing national action plans on transport, health and environment – a step by step manual for policy makers and planners: in http://www.euro.who.int Heath GW, Browson RC, Kruger J et al. 2006; The effectiveness of urban design and land use and transport policies to increase physical activity: a systematic review: J Phys Act Health 3 suppl 1 S 55-S76 in http://www.cdc.gov WHO 2009; interventions on diet and physical activity: what works: in http://www.who.int WHO Europe 2009; preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe: in http://www.euro.who.int WHO Europe 2013; Review of evidence on health aspects of air pollution – REVIHAAP Project: technical report: in http://www.euro.who.int WHO Europe 2014 Unlocking new opportunities - jobs in green and healthy transport: in http://www.euro.who.int WHO Europe 2014 Health economic assessment tools (HEAT) for cycling and walking – methods and user guide, 2014 update – economic assessment of transport infrastructures and policies: in

	http://www.euro.who.int
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Gli interventi a sostegno delle politiche urbanistiche e dei trasporti per la salute si caratterizzano per l'ampia trasversalità degli attori interessati e sono uno degli ambiti in cui è meglio riconoscibile il ruolo di advocacy dei servizi sanitari finalizzato a creare alleanze per la salute potenzialmente estensibili ad ogni settore della società; dovrebbero pertanto integrarsi con gli altri interventi che interessano le comunità locali.
Attività principali	Formazione, rivolta agli operatori dei Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende sanitarie che partecipano ai percorsi di pianificazione urbanistica e agli operatori referenti della promozione della salute sulle "Linee guida per la definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale" come strumento di advocacy verso gli enti, i servizi ed i professionisti del settore della pianificazione urbana. Azioni di comunicazione dei contenuti di salute a supporto dello sviluppo del sistema regionale della mobilità ciclopedonale, delineato nella DGR n. 441 del 23/4/2015, da svolgersi in accordo con gli enti sottoscrittori dell'intesa. Promuovere in tutte le AUSL l'attivazione di progetti nell'ambito delle attività scolastiche e con il coinvolgimento dei genitori, degli Enti Locali e della comunità, per l'utilizzo di forme di mobilità attiva e sostenibile per il percorso casa-scuola, sostenendo la formazione di pedibus e bicibus, coerentemente con le metodologie individuate nel Setting 5 Scuola. Monitorare le modalità di spostamento casa-lavoro di dipendenti e collaboratori delle Aziende sanitarie ai fini dell'elaborazione ed attuazione di una pianificazione aziendale della mobilità più attiva e sostenibile. Collaborazione con l'osservatorio regionale per la sicurezza stradale per attuare azioni a tutela degli utenti deboli della strada e per la prosecuzione degli interventi per promuovere l'uso degli strumenti di protezione individuali per i bambini e l'utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori.
Rischi e management	L'advocacy, in particolare riferita alle politiche che impattano sugli stili di vita, rappresenta una nuova modalità di lavoro per gli operatori che partecipano ai percorsi per la pianificazione territoriale (urbanistica e mobilità): occorre passare da un atteggiamento prescrittivo, di valutazione dei progetti presentati, ad un ruolo di interlocutori, in cui si interagisce costantemente con i titolari delle scelte politiche al fine di difendere la causa della salute. Per questa ragione si è immaginato un percorso di formazione che consenta di porre l'attenzione sull'intersectorialità e sullo sviluppo ed il rafforzamento delle reti.
Sostenibilità	L'azione è facilmente sostenibile dal punto di vista della Aziende sanitarie, in quanto è volta a ri-orientare il ruolo di operatori che partecipano a questi percorsi. Dal punto di vista della società, l'azione non solo è sostenibile, ma è in grado di produrre un impatto economico favorevole sulle realtà locali.

Cronogramma progetto 2.7 "Advocacy per le politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti orientate alla salute"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione sui contenuti delle Linee guida			X	X	X	X								
Azioni di comunicazione dei contenuti di salute legati alle trasformazioni urbane e a piani di mobilità	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione e sostegno ai percorsi casa-scuola	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborazione di piani nella AUsl per mobilità dei propri dipendenti			X	X	X	X								
Attuazione di piani in ogni AUsl per mobilità dei propri dipendenti									X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% di operatori dei DSP (urbanistica e promozione della salute) che hanno partecipato al corso di formazione	Rilevazione regionale	Aziende che inviano operatori/totale delle aziende x 100	0	100%		
% di Aziende sanitarie che elaborano ed attuano piani per incentivare la mobilità attiva e sostenibile dei dipendenti	Report delle attività svolte	Aziende sanitarie che attuano azioni specifiche/totale della Aziende della regione x 100	0	20%	50%	100%
% di Aziende sanitarie che attuano iniziative per la promozione della sicurezza degli utenti deboli della strada e per promuovere l'uso degli strumenti di protezione individuali per i bambini e l'utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori.	Rilevazione regionale	Aziende che attuano azioni specifiche/totale della aziende della regione x 100	0	20%	50%	100%

Codice progetto e nome	2.8 - Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità locali
Descrizione	La diffusione di occasioni di attività fisica in gruppo e di luoghi aperti alla cittadinanza in cui sia possibile lo svolgimento di attività fisiche e sportive sono metodi di comprovata efficacia per incrementare il livello di attività fisica della popolazione. Le AUSL del territorio, in collaborazione con i Comuni, promuoveranno l'estensione, sulla base delle esperienze già sviluppate, delle iniziative gratuite di attività fisica in gruppo, aperte a tutte la popolazione, avviate attraverso l'attivazione delle risorse della comunità. Le iniziative efficaci in tal senso includono gruppi di cammino, gruppi omogenei di cammino ed ogni altra forma di attività che abbia le caratteristiche di svolgersi su base regolare, durare nel tempo ed agire trasversalmente sui fattori di rischio favorendo il senso di comunità e l'arricchimento delle reti sociali dei partecipanti. Nell'organizzazione delle iniziative occorrerà tener conto dei fattori che maggiormente ostacolano la pratica dell'attività fisica, in modo da costruire interventi in grado di raggiungere le fasce di popolazione maggiormente esposte al fattore di rischio. Queste sono le persone meno allenate (e quindi con una bassa capacità funzionale e una ridotta possibilità di partecipare ad attività intense o di lunga durata e spesso già affette da patologie correlate all'inattività fisica), di basso reddito ed un basso livello di istruzione, le donne, gli stranieri e le persone di età più avanzata. Le stesse occasioni (gruppi di cammino o altro) potranno essere impiegate per veicolare alla cittadinanza messaggi volti a sensibilizzare alla mobilità attiva e sostenibile anche negli spostamenti della vita quotidiana. Parallelamente al sostegno alle opportunità sopra descritte, andranno consolidate le alleanze costituite in virtù del protocollo d'intesa con CONI, CIP ed Enti di promozione sportiva per promuovere lo sport per la salute e nella comunità locale. L'accordo già prevede l'attenzione agli aspetti di promozione della salute, di formazione e di socializzazione rispetto ai valori dell'agonismo, e l'aumento del numero di società sportive che offrono occasioni per fare attività fisica sul territorio aprendo le strutture a disposizione e creando occasioni di attività motoria alla popolazione oltre che ai praticanti abituali e agli agonisti. L'accordo è stato sostenuto negli anni scorsi anche attraverso l'erogazione dei contributi previsti dalla legge regionale in materia di sport. Questa ed altre forme di incentivazione saranno proseguite e potranno essere estese anche ad altri obiettivi. Saranno quindi adottate politiche che, anche attraverso ulteriori accordi con associazioni sportive, enti di promozione sportiva, palestre, Enti Locali, promuovano la funzione sociale delle società sportive, l'attenzione alle fasce meno agiate di cittadinanza e lo sviluppo di un'impiantistica (costruzione o modifica di impianti, in una logica di apertura alla popolazione) tesa a sostenere l'attività fisica della comunità locale oltre che la pratica agonistica. Anche sulla base delle criticità già riscontrate, si potranno prevedere forme di co-progettazione con il duplice obiettivo di incentivare alleanze tra sanità e mondo dello sport e favorire l'emergere di progetti di qualità anche

	da parte delle società sportive di minori dimensioni, ben inserite nelle comunità locali.
Gruppo beneficiario prioritario	Tutta la popolazione
Setting identificato per l'azione	l'intera comunità
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	AUSI (DSP, referenti per la promozione dell'attività fisica, distretti, comunicazione e marketing), Medici di Medicina Generale, Enti Locali, CONI e Comitato Italiano Paralimpico Associazioni di volontariato, Palestre etiche, Società ed Enti di promozione sportiva, Centri per i servizi al volontariato
Prove di efficacia	WHO 2000 Intervention on diet and physical activity: What works. In http://www.who.int
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	L'iniziativa si caratterizza come una azione di marketing sanitario per la promozione dell'attività fisica e deve svilupparsi con il coinvolgimento intersectoriale delle risorse della comunità (vedi "gruppi di interesse"). Le iniziative, inoltre, promuovendo la socializzazione e l'arricchimento delle reti sociali dei partecipanti in un contesto attento alle tematiche di salute, possono dare un contributo ad affrontare trasversalmente più fattori di rischio comportamentali. Le attività sono sinergiche con quanto previsto dal progetto 4.2.
Attività principali	Condivisione delle esperienze esistenti e delle modalità utilizzate per l'attivazione di occasioni di attività fisica in gruppo Attivazione di occasioni di attività fisica in gruppo nei territori attraverso la costruzione di reti e alleanze per mettere a frutto le risorse delle comunità locali Attuare forme di collaborazione con le società sportive affinché promuovano salute ed assumano un ruolo sociale e per la diffusione di impianti sportivi aperti alla cittadinanza.
Rischi e management	È necessario prevedere, dopo l'avvio delle iniziative di attività fisica in gruppo, un tempo adeguato per il loro consolidamento. Un altro rischio è costituito dalla possibilità che le occasioni di attività fisica offerta escludano le persone meno performanti (per esempio perché camminano troppo piano) o non raggiungano le persone appartenenti alle fasce di popolazione più esposte all'inattività fisica (anziani, persone con basso reddito e livello di istruzione, donne, stranieri). Nell'esperienza del precedente Piano della prevenzione, un rischio nella diffusione dei contenuti del protocollo d'intesa con coni, cip ed enti di promozione sportiva è stato costituito dalla disomogeneità territoriale della risposta alle proposte elaborate. La costruzione di alleanze a livello locale potrebbe, invece, essere agevolata dal lavoro comune su progetti sviluppati in loco e/o assecondando gli orientamenti espressi da società ed enti di promozione sportiva che mostrano spiccata sensibilità ai temi sopra descritti. La gestione di tutti questi rischi, a livello locale, consiste nel forte coinvolgimento dei Comuni (e quindi dei distretti) nell'organizzazione e nel supporto alle attività, e nell'individuazione di operatori che, a livello distrettuale, possano rappresentare le aziende e fare da punto di riferimento nei confronti degli altri attori coinvolti, monitorando anche l'andamento delle iniziative e sostenendole nel tempo.
Sostenibilità	I gruppi di cammino e le altre attività motorie di gruppo si sono dimostrati, nell'esperienza già acquisita nella nostra Regione, una forma di attività motoria gratuita, semplice da organizzare, gradita dalla cittadinanza e

sostenibile nel tempo, se realizzata con il sostegno delle Amministrazioni locali ed attraverso la mobilitazione di risorse presenti nella comunità locale.

Cronogramma progetto 2.8 "Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità locali"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Condivisione delle esperienze in essere	X	X												
Attivazione di forme di attività fisica gratuite aperte alla cittadinanza			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Accordi finalizzati alla promozione dello sport e dell'impiantistica sportiva per la salute						X				X				X
Sostegno allo sviluppo di progetti per la diffusione dello sport per la salute e dell'impiantistica aperta alla cittadinanza			X	X			X	X			X	X		
Sostegno all'attuazione di progetti condivisi per la diffusione dello sport e dell'impiantistica aperta alla cittadinanza	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X		X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N. di capoluoghi di provincia in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo	Rendicontazione delle attività	Capoluoghi di provincia in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo	7 su 9	8 su 9	9 su 9	9 su 9
% di distretti in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo in almeno il 20% dei Comuni (esclusi i capoluoghi di provincia)	Rendicontazione delle attività	Distretti che offrono occasioni di attività fisica in gruppo in almeno il 20% dei Comuni/N° totale dei distretti x 100	32%	40%	70%	100%
% di distretti in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo in almeno il 40% dei Comuni (esclusi i capoluoghi di provincia)	Rendicontazione delle attività	Distretti che offrono occasioni di attività fisica in gruppo in almeno il 40% dei Comuni/N° totale dei distretti x 100	14%	20%	40%	60%
% dei distretti in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo in almeno il 60% dei Comuni (esclusi i capoluoghi di provincia)	Rendicontazione delle attività	Distretti che offrono occasioni di attività fisica in gruppo in almeno il 60% dei Comuni/N° totale dei distretti x 100	5%	10%	20%	30%
Promozione di progetti per la diffusione dello sport per la salute e impiantistica aperta alla cittadinanza	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	2.9 - Alcol e Guida sicura: corsi infoeducativi per conducenti con infrazione art. 186 Cds
Descrizione	Il progetto dà applicazione in tutto il territorio regionale all'art.6 della L.125/2001 e recepisce le indicazioni del programma Guadagnare Salute che invita enti ed istituzioni preposte, al fine di prevenire e ridurre gli incidenti alcol-correlati, ad introdurre l'obbligatorietà di corsi di formazione/educazione <i>ad hoc</i>, a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti che hanno violato l'art. 186 del C.d.S." guida in stato di ebbrezza". Tali corsi di tipo infoeducativo vengono organizzati dalle AUsI utilizzando docenti formati in modo specifico e materiali didattici e metodologie condivisi a livello regionale. La durata dei corsi è di quattro ore, per gruppi di circa 25 partecipanti in moduli ripetuti con cadenza almeno mensile o bimestrale nei diversi territori nel corso di ogni anno. L'obbligatorietà dei corsi per tutti i conducenti con violazione dell'art.186 è legata alla rivalutazione dell'idoneità alla guida da parte delle Commissioni Mediche Locali.
Gruppo beneficiario prioritario	Conducenti di mezzi stradali che sono incorsi nella violazione dell'art. 186 del codice della strada.
Setting identificato per l'azione	Tutta la comunità territoriale
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Cittadini in possesso di patente di guida, guidatori professionali, CML, docenti dei corsi, Medici alcolisti, Autoscuole
Prove di efficacia	L'Osservatorio europeo di Lisbona (http://www.emcdda.europa.eu/best-practice) segnala prove di efficacia e raccomanda interventi psicoeducativi in favore di guidatori con episodi di guida sotto effetto di alcol. Il ritiro di patente viene segnalato come intervento efficace soprattutto se accompagnato da interventi che incidono sulla consapevolezza del rischio.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Coinvolge tutti i cittadini di una comunità, dotati di patente di guida e i diversi operatori delle AUsI coinvolti nei percorsi infoeducativi.
Attività principali	Formazione congiunta operatori dei servizi coinvolti Condivisione di un percorso d'invio e dei contenuti dell'intervento infoeducativo Attivazione degli incontri di gruppo con i conducenti, proposta di materiale formativo, utilizzo di filmati, compilazione di test d'ingresso e di questionario di apprendimento post. I corsi affrontano con i conducenti i seguenti punti: • gli incidenti stradali e le loro cause; • i danni umani, sociali ed economici degli incidenti stradali; • la complessità della performance di guida; • i fattori di rischio per la guida; • alcol: cinetica, effetti sulla guida, come calcolare l'alcolemia; • alcol, farmaci, sostanze stupefacenti: i rischi per la guida; • alcol e attività lavorativa: i rischi e la normativa;

	• gli artt. 186 e 187 del Codice della strada • il percorso di valutazione dell'idoneità alla guida previsto dalla CML; • raccomandazioni e consigli pratici per prevenire le problematiche alcol-correlate e non incorrere nella guida in stato di ebbrezza • Monitoraggio e valutazione degli interventi
Rischi e management	NA
Sostenibilità	Il coordinamento dei diversi operatori coinvolti comporta un impegno organizzativo per le AUSL

Cronogramma progetto 2.9 "Alcol e Guida sicura: corsi infoeducativi per conducenti con infrazione art. 186 Cds"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione congiunta operatori dei servizi coinvolti		X			X				X				X	
Condivisione di un percorso d’invio e dell’intervento infoeducativo			X				X				X			
Attivazione degli incontri di gruppo con i conducenti, proposta di materiale formativo, utilizzo di filmati, compilazione di test d’ingresso e di questionario di apprendimento post			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio e valutazione degli interventi						X				X				X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N° di AUSl che organizzano i corsi	Dati regionali raccolti da AUSl	NA	7/8	8/8	8/8	8/8
% di guidatori che hanno frequentato i corsi nell'anno sul totale dei guidatori con revisione dell'idoneità alla guida per violazione Art. 186	Dati regionali raccolti da CML	N. guidatori che hanno effettuato i corsi / guidatori con revisione di idoneità art. 186 x 100	70%	75%	80%	80%

Codice progetto e nome	2.10 - Prevenzione degli infortuni stradali in orario di lavoro
Descrizione	I dati INAIL nazionali confermano la gravità del fenomeno dell'incidentalità stradale sia in termini di infortuni sia in termini di eventi mortali: gli ultimi dati disponibili attestano che la circolazione stradale ha causato circa il 20% di tutti gli infortuni sul lavoro. Gli infortuni mortali su strada in Italia nel 2010 rappresentano oltre il 50% del totale dei morti sul lavoro (in occasione di lavoro + in itinere) ed in particolare quasi il 40% di quelli avvenuti in occasione di lavoro (esclusi, cioè, quelli in itinere). Su tale fenomeno, nel mondo del lavoro, incidono fattori che sono determinati dall'organizzazione del lavoro e dal sistema di sicurezza aziendale (il sistema di sicurezza delle imprese; gli orari di guida, di pausa, di lavoro e di riposo; la formazione dei lavoratori, il comportamento degli autisti, gli stili di vita tra cui quelli alimentari, lo stato di salute degli addetti; la manutenzione dei mezzi); le imprese devono valutare e gestire il rischio dell'incidentalità stradale come tutti gli altri rischi aziendali, anche se è fisicamente collocato all'esterno dell'azienda. I Servizi di prevenzione e vigilanza delle AUSL devono svolgere azione di prevenzione, di controllo e di assistenza, promuovendo momenti di informazione e /formazione e attivando reti con tutti i soggetti interessati a contrastare il fenomeno dell'incidentalità e migliorare la sicurezza stradale, operando per – aumentare la consapevolezza delle aziende e dei lavoratori sui rischi connessi al lavoro con riferimento soprattutto alle imprese che operano nel settore dell'autotrasporto di persone e merci. – creare sinergie tra soggetti impegnati, a diverso livello, nel campo della sicurezza stradale, attivare scambi di flussi informativi e controlli a rete tra i vari Enti per verificare le condizioni di lavoro degli addetti all'autotrasporto o operanti su strada. – aumentare la conoscenza in materia di sicurezza stradale, migliorare la capacità di analisi, gestione e controllo degli interventi nel campo della sicurezza stradale, fornire indicazioni metodologiche ed operative per la definizione delle priorità di intervento e per la pianificazione. – favorire la formazione degli operatori utilizzando metodologie didattiche attive ed innovative che contribuiscono a superare e a ridurre la resistenza al cambiamento, ad assimilare nuove conoscenze e modi di lavorare, e favorire altresì la consapevolezza di stili di vita non salutarizzati ad una loro modifica.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori che con qualsiasi forma contrattuale utilizzano mezzi propri o aziendali durante la propria attività lavorativa o comunque per raggiungere il luogo di lavoro, imprese, aziende del del territorio che utilizzano o si occupano di sistemi di trasporto su strada.
Setting identificato per l'azione	Lavoratori, imprese e operatori coinvolti nella prevenzione degli incidenti stradali
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Datori di Lavoro, Organizzazioni Sindacali, RLS, RLST, Medici competenti, associazioni che operano sul tema della sicurezza stradale e della mobilità sostenibile, popolazione utente della strada, Polizia municipale
Prove di efficacia	Diversi sono i lavori e le esperienze nazionali ed internazionali relative alle azioni volte alla prevenzione dagli incidenti stradali, sia a livello di WHO (vedi WHO: FACT SHEET #6 Road safety: Resources), sia a livello

	nazionale. Esse si rivolgono prevalentemente alla popolazione più generale, di cui la compagine lavorativa costituisce un sottoinsieme. Sono anche presenti azioni più specifiche sul tema del lavoro su strada ed in particolare sul comparto dell'autotrasporto con esperienze in Piemonte (d'Errico ed alt. – Mamo ed alt - Bena ed alt.), Toscana (Ariani ed alt.), ed altre regioni, e progetti parzialmente sovrapponibili al presente sono stati prodotti nel periodo di vigenza del precedente piano nazionale di prevenzione in Piemonte, Veneto ed altre regioni. Di rilievo infine il recente rapporto “Trasporto merci e sicurezza stradale in Emilia-Romagna: analisi dello stato di fatto e definizioni di azioni migliorative” (febbraio 2015) redatto da Regione Emilia-Romagna e Fondazione Istituto sui Trasporti e la Logistica. Operatività sono in atto in Regione nelle diverse Aziende (Modena, Bologna, Imola, Romagna – Cesena).
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Vi è un collegamento con il progetto “Promozione della salute nei luoghi di lavoro” a cui si rimanda per l'attività specifica. Il tema della sicurezza stradale è intrinsecamente multisettoriale in quanto investe diversi operatori professionali, diversi organi di vigilanza facenti capo a due riferimenti normativi privilegiati quali il Codice stradale (competenze di Motorizzazioni, polizie stradali e territoriali, ecc) ed il Testo unico sulla sicurezza del Lavoro (Sanità pubblica, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di Categoria, ecc)
Attività principali	– definizione di una check list da utilizzarsi nell'attività di vigilanza e controllo e attività di divulgazione presso gli operatori del settore di tale documentazione. – attivazione di interventi di vigilanza/prevenzione anche mediante l'utilizzo di flussi informativi provenienti da altri organi di vigilanza, volti a verificare la congruità delle valutazioni del rischio, l'adozione di azioni di miglioramento e l'efficacia del sistema di sicurezza aziendale. – individuazione degli ambiti cui attingere informazioni pertinenti all'attività da svolgere in modo coordinato (censimento, modalità di azione,...) ed attivazione di scambi di flussi informativi tra i soggetti appartenenti alla rete, sia in caso di incidenti stradali in orario di lavoro, sia in caso di violazioni amministrative al codice della strada che hanno relazione con la sicurezza e l'organizzazione del lavoro. – organizzazione di eventi informativi/formativi con gli interessati (lavoratori, organizzazioni datoriali e sindacali, RLS, RLST, Medici competenti, consulenti), privilegiando metodologie didattiche attive ed innovative che contribuiscono a superare e a ridurre la resistenza al cambiamento e ad assimilare nuove conoscenze e modi di lavorare. – attività di promozione di sani stili di vita nell'ambito del progetto specifico “La promozione della salute nei luoghi di lavoro”
Rischi e management	Difficoltà degli operatori Usl a riappropriarsi di spazi operativi che negli anni passati hanno scarsamente occupato in quanto, spesso, si sono delegate le problematiche connesse all'incidentalità stradale ad altri operatori istituzionali, specializzati (Polizia Stradale, Carabinieri, Polizie Municipali, ecc), non tenendo conto del fatto che il comparto del lavoro su strada è estremamente articolato e che sussistono tutta una serie di ambiti ove l'azione specialistica dei Servizi può essere utilmente esplicata. La criticità può essere superata con interventi formativi ad hoc nei confronti del personale di vigilanza. Difficoltà nello stabilire rapporti sinergici e di scambio dati con le altre realtà operanti nel settore. La criticità può essere superata con attivazione di canali proattivi improntati alla collaborazione, nei confronti dei

	responsabili degli organi di vigilanza e dei decisori politici sul territorio. Proficua può altresì rilevarsi un'azione della Regione attraverso i propri Uffici per le Politiche della Sicurezza
Sostenibilità	Le azioni previste dovrebbero essere sostenibili dai servizi, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto della vigilanza e controllo che rientra tra i compiti d'istituto. Si segnala la necessità di sostegni per le attività di controllo e di formazione fuori orario e per gli adeguamenti informatici dei flussi informativi.

Cronogramma progetto 2.10 "Prevenzione degli infortuni stradali in orario di lavoro"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Definizione di una lista di controllo da utilizzarsi nell'attività di vigilanza e controllo e divulgazione della stessa presso gli operatori del settore.	X	X	X	X	X	X								
Attivazione di interventi di vigilanza e controllo volti a verificare la congruità della valutazione del rischio e dell'adozione delle relative misure di miglioramento.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Evidenza di una lista di controllo da utilizzarsi nell'attività di vigilanza e controllo	Rilevazione ad hoc	NA	Sì	Sì	Sì	Sì
N. Aziende controllate per la verifica della congruità della valutazione del rischio dell'adozione delle relative misure di miglioramento.	Rilevazione ad hoc	NA	0	20	50	70

Codice progetto e nome	2.11 - Sorveglianza epidemiologica e valutazione di impatto della prevenzione sulla diffusione dei tumori in Emilia-Romagna
Descrizione	La valutazione di impatto dei programmi di prevenzione in oncologia necessita di un'attività di sorveglianza epidemiologica attraverso un efficace sistema di registrazione di tutti i tumori maligni insorgenti nella popolazione. Nell'ambito della "prevenzione primaria" il sistema di sorveglianza garantito dal registro tumori consente di valutare l'impatto delle criticità ambientali (lavorative, residenziali, voluttuarie), dei rischi legati alla trasmissione genetica di fattori predisponenti, nonché lo studio dei rischi di tipo familiare; la diffusione della profilassi vaccinale nei confronti di alcuni determinanti eziologici dei tumori (HPV, HBV) richiede inoltre una verifica di efficacia e offre le premesse per eventuali rimodulazione dei percorsi di prevenzione (screening cervicale). La sorveglianza legata alla diagnosi precoce dei tumori consente innanzitutto la valutazione di impatto dei programmi di screening oncologici (e della loro evoluzione), attraverso la individuazione dei casi intervallo, dei casi avanzati oppure diagnosticati al di fuori dei percorsi di screening o in età non interessate dal reclutamento; è inoltre possibile valutare l'impatto dei fenomeni di under e over diagnosi (ed eventuali criticità o eccessi nel trattamento). La registrazione sistematica di tutti i casi di tumore maligno incidenti nella popolazione regionale consente anche una fondamentale possibilità di indagine sulla tempistica e sull'appropriatezza dei vari percorsi individuali, dalla diagnosi, alla terapia e al follow-up, particolarmente importante in una fase di organizzazione della diagnosi e assistenza nel contesto dei percorsi-diagnostico-terapeutici e assistenziale che riguardano ormai una significativa quota di tumori
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione a rischio, popolazione bersaglio degli screening, popolazione in corso di trattamento o follow-up oncologico
Setting identificato per l'azione	Comunità, programmi di popolazione
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Popolazione a rischio oncologico o comunque nel contesto di percorsi di diagnosi, terapia e follow-up, decisori e operatori sanitari e delle politiche sociali, associazioni di pazienti, personale sanitario comunque coinvolto in ambito oncologico
Prove di efficacia	Piano Oncologico Nazionale 2010-2012 e 2014-2018; Piano Nazionale della prevenzione 2008-2011 e 2014-2018, Documento tecnico di indirizzo 2011-2013 per ridurre il carico di malattia del cancro (Ministero della Salute); DLgs 81/08 (Sorveglianza delle neoplasie di possibile origine lavorativa), Legge 17.12.2012 n.221 (Registri di patologia; Patto per la Salute 2014)
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Percorso multidisciplinare integrato e unitario, attivamente gestito da tutto il personale delle Aziende sanitarie coinvolto nei programmi di screening, nelle attività di prevenzione e sicurezza sul lavoro e di sanità pubblica.
Attività principali	Aggiornamento e coordinamento dei Registri tumori generali e di patologia presenti sul territorio regionale. Implementazione di un Registro tumori regionale unico, attraverso l'integrazione delle strutture esistenti Strutturazione Gruppo di lavoro regionale tra Registri tumori di popolazione e Registri delle neoplasie

	occupazionali (ReNaM, ReNaTuNS, Bassa frazione eziologica) per la gestione armonizzata dei flussi dati sui casi di tumore occupazionale Valutazione di impatto dei programmi di screening oncologici su tutta la popolazione regionale Analisi dell'impatto territoriale dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali (PDTA) dei programmi di screening oncologici con valutazione di appropriatezza e costi Organizzazione di eventi formativi e di confronto tra tutti gli operatori.
Rischi e management	Le varie azioni necessitano di un impegno per integrare gli attuali flussi informativi correnti e quelli derivanti dalle fonti che forniscono gli indicatori di impatto dei programmi di screening, non sempre immediatamente disponibili ad approcci analitici di tipo epidemiologico. L'attivazione di percorsi e strutture integrate è in grado di consentire l'ottimizzazione dell'uso delle risorse attualmente disponibili su questo settore
Sostenibilità	L'esperienza da tempo maturata dai Registri tumori della Regione Emilia-Romagna garantisce la sostenibilità di questo settore nell'ambito dell'attività ordinaria che fa capo alle Aziende e agli IRCCS coinvolti

Cronogramma progetto 2.11 "Sorveglianza epidemiologica e valutazione di impatto della prevenzione sulla diffusione dei tumori in Emilia-Romagna"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Coordinamento Registri tumori generali e di patologia: Formalizzazione e unificazione protocollo di acquisizione dati e di accesso ai medesimi per finalità di studio e ricerca		X												
Implementazione del Registro tumori regionale unico - Strutturazione protocollo organizzativo - Progetto di fattibilità - Pubblicazione di report annuali sull'incidenza, mortalità, sopravvivenza e prevalenza dei pazienti affetti da tumore	X	X	X X		X		X				X			
Gestione armonizzata dei flussi data sui casi di tumore occupazionale - Strutturazione del Gruppo di lavoro - Stesura di un protocollo di procedure per la condivisione dei dati	X		X											
Analisi dell'impatto dei programmi di screening oncologici: Pubblicazione di report regionali	X		X				X				X			
Analisi dell'impatto territoriale dei PDTA - Progetto di fattibilità delle linee-guida regionali - Analisi di appropriatezza e dei costi dei percorsi diagnostici e		X				X				X				X

assistenziali dei pazienti oncologici														
Attività formativa: Realizzazioni di corsi per operatori dei Registri		X				X				X				X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
<i>Copertura del territorio regionale da parte del Registro tumori regionale unico</i>	<i>Regione Emilia-Romagna</i>	<i>Pop. coperta /pop. regionale</i>	<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>75%</i>	<i>100%</i>

Codice progetto e nome	2.12 - Implementazione e monitoraggio programmi di screening oncologici
Descrizione	I programmi di screening oncologici dedicati ai tumori della cervice uterina e della mammella femminile sono attivi in Emilia-Romagna dalla metà degli anni 90, quello dedicati ai tumori del colon-retto è attivo dal 2005. Tutti i programmi sono regolati da Atti amministrativi regionali e dai relativi protocolli diagnostico-terapeutici (www.salute.regione.emilia-romagna.it). Dal 2010 il programma di screening mammografico fino ad allora attivo nella fascia di età tra i 50 e i 69 anni è stato allargato alle età 45-74 anni. Condizione risolutiva per garantire l'efficacia dei programmi è la loro estensione (proporzione di popolazione che riceve regolarmente l'invito) e l'adesione (proporzione di popolazione invitata che effettua il test di screening di I livello). L'attività di monitoraggio e supporto dei programmi in corso proseguirà per tutto il periodo 2015-2018 per garantire i livelli di copertura e adesione raggiunti, in linea con gli obiettivi specifici di programma. Dal 2005-2006 i programmi di screening regionali sono stati estesi alla popolazione domiciliata (oltre a quella residente). Attraverso il Decreto della Giunta Regionale n. 703 del 3 giugno 2013 (proroga del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012), la Regione Emilia-Romagna ha avviato la riconversione del programma di screening per il cancro della cervice uterina mediante pap-test di I livello per donne tra i 25 e 29 anni e con HPV-DNA test di I livello per donne tra i 30 e 64 anni. Nel 2014 è stato prodotto un protocollo diagnostico terapeutico (www. http://salute.regione.emilia-romagna.it) che definisce le modalità e il percorso della transizione al nuovo modello di screening. Durante il 2014 sono state espletate le gare di appalto per la fornitura dei materiali di trasporto dei campioni e per il test HPV.
Gruppo beneficiario prioritario	Donne in età 25-64 anni (screening cervicale); donne in età 45-74 anni (screening mammografico); uomini e donne in età 50-69 anni (screening coloretale). HPV-DNA test di I livello: donne in età 30-64 anni
Setting identificato per l'azione	Comunità, programmi di popolazione
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Popolazione coinvolta dai programmi, operatori coinvolti nei tre programmi di screening (operatori del centro screening, farmacie, ostetriche, anatomopatologi, ginecologi, radiologi, chirurghi, oncologi medici, radioterapisti, gastroenterologi), associazioni di pazienti.
Prove di efficacia	L'attività dei tre programmi di screening è attualmente normata dal DGR 582/2013 che ha deliberato i requisiti per l'accreditamento dei programmi di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon, recante i riferimenti scientifici e gli atti giuridici nazionali e regionali corrispondenti. Introduzione HPV-DNA test: Rapporti HTA su screening del cervicocarcinoma, Epidemiol, Prev 2012; 36(3, 4,5) suppl 1. http://www.epiprev.it/materiali/2012/EP3_4-2012-s/EPv36i3-4suppl1.pdf
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Percorso multidisciplinare integrato e unitario che coinvolge tutti gli operatori sanitari impegnati nei programmi di screening.

Attività principali	Estensione e adesione agli screening oncologici: sono previste attività formative e di promozione della qualità, di coordinamento e supporto, di monitoraggio del programma Per l'introduzione del test HPV-DNA: • emanazione dei provvedimenti amministrativi per la regolamentazione del nuovo programma di screening cervicale; • attività di comunicazione alla popolazione; • attività di formazione del personale alle nuove procedure; • attività di coordinamento e monitoraggio dell'avvio del programma; • implementazione monitoraggio del programma con tracciato-record individuale; • integrazione con l'anagrafe vaccinale (HPV).
Rischi e management	Le attività di formazione, promozione della qualità, coordinamento, supporto e monitoraggio sono declinate da anni in una serie di procedure formalizzate e sostenibili che consentono il completo controllo di tutte le fasi del processo e degli ambiti ad esso correlati. Il passaggio al nuovo programma prevede profonde modifiche organizzative e di tempistica nell'effettuazione del test primario e di tutte le successive fasi del protocollo. Occorre inoltre affrontare sostanziali cambiamenti nelle procedure diagnostiche di I livello e di organizzazione del lavoro del personale, che necessitano di un graduale percorso di adattamento. È stata conseguentemente predisposta una fase di transizione graduale che prevede, a partire dal 2015, un arruolamento progressivo della popolazione bersaglio, programmato in quattro fasi per favorire l'asestamento organizzativo delle aziende, con chiamata della fascia di età 50-64 anni durante il primo anno, 45-64 anni nel secondo, 41-64 anni nel terzo e 30-64 anni nel quarto.
Sostenibilità	La sostenibilità delle attività predisposte per i programmi di screening è garantita dalla consolidata esperienza maturata nell'arco degli ultimi 20 anni. Il passaggio al nuovo programma prevede profonde modifiche organizzative e di tempistica nell'effettuazione del test primario e di tutte le successive fasi del protocollo. Le attività disposte per la predisposizione del percorso e l'attento monitoraggio delle sue diverse fasi renderanno il passaggio al nuovo screening sostenibile nell'ambito dell'attività ordinaria che fa capo ai centri di screening e agli specialisti più direttamente coinvolti.

Cronogramma progetto 2.12 "Implementazione e monitoraggio programmi di screening oncologici"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Estensione e adesione agli screening oncologici														
Attività formative e di promozione qualità														
Aggiornamento PDTA, protocolli di sorveglianza e monitoraggio qualità nei tre programmi di screening		X				X				X				X
Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità in colposcopia e la concordanza diagnostica in cito-istologia cervicale		X				X				X				X
Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità e la concordanza diagnostica in radiologia senologica		X				X				X				X
Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità e la concordanza diagnostica in diagnostica istopatologica delle lesioni del colon-retto		X				X				X				X
Organizzazione e coordinamento di attività formative per il controllo di qualità sulle tecniche radiodiagnostiche in senologia		X				X				X				X
Attività di coordinamento e supporto														
Predisposizione e distribuzione di brochure informative-divulgative dei programmi secondo un modello regionale standard	X										X			
Raccolta, revisione e invio dei flussi		X		X		X		X		X		X		X

informativi screening verso l'Osservatorio Nazionale Screening														
Attività di monitoraggio														
Seminario regionale di studio sul monitoraggio dello screening cervicale				X				X				X		
Seminario regionale di studio sul monitoraggio dello screening mammografico				X				X				X		
Seminario regionale di studio sul monitoraggio dello screening coloretale				X				X				X		
Pubblicazione report annuale sul monitoraggio dei programmi di screening			X				X				X			
Introduzione del test HPV-DNA														
Emanazione del DGR sulla riconversione del programma di screening cervico-vaginale		X												
Promozione e coordinamento eventi di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione		X	X				X				X			
Formazione del personale														
Attività regionale di formazione del personale	X													
Coordinamento attività di formazione a livello aziendale e di Area Vasta		X	X			X				X				X
Coordinamento e monitoraggio dell'avvio del programma														
Attività di supporto e monitoraggio delle diverse fasi della riconversione del programma	X	X	X				X				X			X
Implementazione monitoraggio con tracciato-record individuale		X												
Integrazione anagrafica del programma con l'anagrafe del programma vaccinale contro l'HPV														X

Elenco indicatori (con evidenziati quelli sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Proporzione di popolazione bersaglio regionale invitata a partecipare al programma di screening cervicale	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. Invitata- inviti inesitati /pop. Bersaglio-escluse prima dell'invito x 100	100%	95-100%	95-100%	95-100%
Proporzione di popolazione bersaglio regionale invitata a partecipare al programma di screening mammografico	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. Invitata- inviti inesitati /pop. Bersaglio-escluse prima dell'invito x 100	100%	95-100%	95-100%	95-100%
Proporzione di popolazione bersaglio invitata a partecipare al programma di screening coloretale	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. Invitata- inviti inesitati /pop. Bersaglio-esclusi prima dell'invito x 100	100%	95-100%	95-100%	95-100%
Proporzione di popolazione regionale aderente all'invito a partecipare al programma di screening cervicale	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. aderente /pop. Invitata - inviti inesitati- escluse dopo invito x 100	60%	60%	60%	60%
Proporzione di popolazione regionale aderente all'invito a partecipare al programma di screening mammografico	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. aderente /pop. Invitata - inviti inesitati- escluse dopo invito x 100	70%	70%	70%	70%
Proporzione di popolazione regionale aderente all'invito a partecipare al programma di screening coloretale	Osservatorio Nazionale Screening	Pop. aderente /pop. Invitata - inviti inesitati- esclusi dopo invito x 100	50%	50%	50%	50%
Adozione di indirizzo di programmazione regionale per l'introduzione dello screening cervicale con HPV-DNA test	Regione Emilia-Romagna	NA	Adottato nel corso del 2015	-	-	-
Attuazione regionale del programma di screening cervicale con HPV-DNA test	Regione Emilia-Romagna	Popolazione invitata/popolazione da invitare x 100	Attivazione invito per la fascia di età 50-64 anni	Attivazione invito per la fascia di età 46-64 anni	Attivazione invito per la fascia di età 41-64 anni	Attuazione a regime degli inviti per la fascia di età 30-64 anni

Codice progetto e nome	2.13 - Sorveglianza Malattie Infettive
Descrizione	Il sistema di sorveglianza delle malattie infettive si basa sulla segnalazione obbligatoria da parte dei medici che ne vengono a conoscenza. Pur fornendo risultati già molto soddisfacenti per molte malattie, dal momento che si tratta di un sistema passivo basato sulla sensibilità degli operatori sanitari, è ancora oggetto di miglioramento in particolare per quelle malattie per le quali non c'è un'alta percezione del rischio. Oltre a questo, le informazioni relative alle malattie trasmissibili, possono essere integrate da altri flussi informativi quali le SDO, o i flussi dai laboratori. A tal proposito sono stati anche identificati, come richiesto dal livello nazionale, i laboratori di riferimento regionale per morbillo, rosolia, Malattie invasive Batteriche (pneumococco, meningococco, Hib), HIV, influenza, legionella, Ebola, malattie trasmesse da vettore (Chikungunya, Dengue, West Nile Disease, Leishmaniosi), malattia di Creutzfeldt Jacob e sindromi correlate. I laboratori di riferimento regionali garantiscono livelli di specializzazione più elevata e quindi, attraverso l'invio dei campioni dai laboratori periferici, regolamentato da delibere e circolari regionali, permettono di ridurre al minimo i casi di non corretta identificazione dell'agente eziologico e permettono di ottenere dati di sorveglianza regionale che completano e integrano quelli ottenuti tramite la segnalazione da parte dei clinici. Tutti dati provenienti dalle segnalazioni dei clinici e dai laboratori vanno a implementare l'archivio informatizzato delle malattie infettive, disponibile in Emilia-Romagna dal 1999. Tale sistema informatizzato è stato oggetto di profonda ristrutturazione e, dal 2012, il sistema regionale per la Sorveglianza delle Malattie Infettive (SMI) raccoglie, in modo centralizzato, sistematizzato ed in tempo reale via web, tutte le segnalazioni di malattie infettive dei Dipartimenti di Sanità pubblica delle AUSL della regione Emilia-Romagna, permettendo la massima condivisione delle informazioni e dei dati tra Regione e AUSL.
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione generale
Setting identificato per l'azione	Popolazione
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari delle aziende sanitarie e ospedaliere, MMG e PLS.
Prove di efficacia	“Gli Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno espresso la loro preoccupazione in una risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità nel 1995, invitando tutti gli Stati membri a rafforzare la sorveglianza delle malattie infettive, al fine di individuare tempestivamente le malattie riemergenti e di riconoscere nuove malattie infettive. L'Assemblea mondiale della sanità ha riconosciuto come il successo di questa risoluzione dipenda dalla capacità di ottenere informazioni sulle malattie infettive e dalla volontà di comunicare queste informazioni a livello nazionale e internazionale. Il miglioramento delle capacità di individuazione e sorveglianza, inoltre, porterà ad una migliore capacità nell'assegnare le priorità degli impegni della sanità pubblica.”
Trasversalità (intersettoriale,	Il sistema di sorveglianza coinvolge in modo integrato i servizi regionali della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali e per l'integrazione, l'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna, le Aziende

multisetoriale) per il progetto	sanitarie e ospedaliere e le Università
Attività principali	Miglioramento della raccolta e della condivisione dei dati di laboratorio e della loro informatizzazione per il miglioramento/mantenimento della frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie e per la corretta classificazione di caso secondo le normative vigenti. Sviluppo e implementazione di nuovi flussi ad hoc a partenza dai laboratori per valutare la fattibilità di sistemi di sorveglianza specifici basati sui soli dati di laboratorio (es: infezioni da <i>Chlamydia</i>) Ottimizzazione del sistema regionale ALERT, integrato in SMI, per la segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale. Aggiornamento continuo del sistema sulla base degli eventi prioritari. Sensibilizzazione dei clinici e dei laboratoristi alla segnalazione rapida delle infezioni; oltre alle malattie di classe prima, sono incluse nuove malattie o infezioni emergenti (MERS, Influenza da virus aviari ecc.) Mantenimento dell'attuale standard di informatizzazione delle segnalazione di malattia infettiva (100%). Monitoraggio, controllo e sensibilizzazione alla segnalazione SMI, al fine di mantenere gli attuali standard di segnalazione di eventi infettivi. Controllo routinario su specifiche patologie per valutare il tasso di mancata segnalazione (es: SDO, LAB). Analisi di fattibilità dell'integrazione di SMI con la cartella clinica informatizzata. Completamento dell'informatizzazione di tutte le sorveglianze speciali previste a livello nazionale e regionale. Armonizzazione e anonimizzazione della banca dati e predisposizione per il linkage con le altre banche dati regionali per elaborazioni trasversali (es: SDO, REM, AVR, ecc...)
Rischi e management	Rischi: per mantenere gli attuali ottimi livelli di segnalazione occorre il coinvolgimento attivo degli operatori sanitari dei DSP, degli Ospedali e dei MMG e PLS Management: occorre promuovere l'adesione al sistema di segnalazione attraverso il consolidamento e il coinvolgimento delle reti attraverso un costante aggiornamento e un adeguato ritorno informativo.
Sostenibilità	L'attività di sorveglianza, monitoraggio e raccolta dati relativa alle malattie infettive è già in atto e rientra tra gli obblighi del personale sanitario

Cronogramma progetto 2.13 "Sorveglianza Malattie Infettive"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Manutenzione dei i flussi già attivi per le sorveglianze di laboratorio e implementazione di quello relativo alle infezioni da <i>Chlamydia</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manutenzione dell'attuale sistema di ALERT e definizione dei percorsi per le nuove malattie emergenti	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Completamento dell'informatizzazione di tutte le sorveglianze speciali previste a livello nazionale e regionale	X	X	X	X	X	X								
Analisi di fattibilità e predisposizione di SMI alla ricezione informatizzata delle schede di segnalazione delle malattie infettive da parte dei MMG			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Progettazione e realizzazione di una nuova sorveglianza di laboratorio (infezioni da <i>Chlamydia</i>)	Flusso dati da laboratorio di riferimento	NA	No	Implementazione e avvio	Valutazione e messa a regime	Monitoraggio e analisi di qualità
Completamento informatizzazione sorveglianze speciali	SMI	N. schede di sorveglianza informatizzate/N. sorveglianze speciali attive x100	85%	100%		
Predisposizione di SMI alla ricezione informatizzata delle schede di segnalazione da parte dei MMG	SMI, Cartella clinica MMG informatizzata (SSI)	NA	Non predisposto	Analisi della fattibilità e predisposizione SMI e adeguamento cartella clinica	Test di comunicazione tra SMI e SSI	Messa in produzione del sistema di trasmissione informatizzato
Mantenimento dell'attuale standard di informatizzazione delle segnalazione di malattia infettiva	SMI	Eventi informatizzati/eventi segnalati x100	100%	100%	100%	100%

Codice progetto e nome	2.14 - Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio e monitoraggio dell'attività
Descrizione	Alte coperture vaccinali permettono di proteggere la popolazione e anche i soggetti più deboli, che non possono essere vaccinati, dalle malattie infettive prevenibili. Il monitoraggio dell'attività vaccinale a livello centrale attraverso l'informatizzazione dei dati vaccinali consente di costruire degli indicatori di copertura standardizzati e confrontabili. Inoltre una banca dati informatizzata costituisce uno strumento fondamentale per una corretta attività di vaccinovigilanza. Le coperture vaccinali in Emilia-Romagna sono sempre state elevate e superiori alla media nazionale. Tuttavia negli ultimi anni abbiamo registrato un calo delle coperture, fenomeno riscontrato anche in altre Regioni e più in generale in altre nazioni. Stiamo infatti attraversando un periodo storico di perdita di fiducia della popolazione nelle vaccinazioni, tale rapporto di fiducia deve essere ricostruito, e questo richiede da parte degli operatori sanitari sempre più professionalità, conoscenze approfondite sulla materia, capacità di comunicare e di creare empatia con l'utente. A questo scopo è importante anche dotarsi di un programma di comunicazione corretto, semplice ed efficace.
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione generale
Setting identificato per l'azione	Tutta la popolazione ma in particolar modo i bambini, gli anziani e i gruppi più fragili/a rischio
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari delle aziende sanitarie e ospedaliere, MMG e PLS, esperti di comunicazione, scuole.
Prove di efficacia	"Recommendations Regarding Interventions to Improve Vaccination Coverage in Children, Adolescents, and Adults" Task Force on Community Preventive Services; Am J Prev Med 2000;18 "Prevention of invasive diseases: strategies to increase vaccination coverage in children and adolescents." J Prev Med Hyg. 2012 Jun;53(2):125-9. "American Academy of Pediatrics - Policy Statement - Increasing Immunization Coverage" - PEDIATRICS Vol. 112 No. 4 October 2003
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Ambito sanitario, della scuola, della comunicazione
Attività principali	Completamento dell'anagrafe vaccinale regionale, caricamento dei dati storici di attività vaccinale, costruzione degli indicatori di copertura per coorte di nascita, anonimizzazione dei dati nominativi per operazioni di linkage con altre banche dati sanitarie (malattie infettive, SDO), monitoraggio dei rifiuti della vaccinazione e delle motivazioni. Ciò renderà possibile a regime (2018) il calcolo delle coperture vaccinali e il monitoraggio dei rifiuti alla vaccinazione direttamente dal livello regionale, superata la fase intermedia (2017) durante la quale si affiancherà la modalità attuale di invio e calcolo dalle AUSL con il nuovo sistema di calcolo regionale. Progetto linkage fra anagrafe Vaccinazione HPV e anagrafe screening collo dell'utero. A partire dal 2016 verranno introdotte nel calendario vaccinale regionale le nuove vaccinazioni previste dal

	Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale, di prossima emanazione. Tuttavia già a partire dall'ultimo quadrimestre del 2015 si procede alla sostituzione della vaccinazione contro il meningococco C con quella tetravalente contro il meningococco A,C,Y,W sia a 13-15 mesi che nell'adolescente a 13-14 anni. Tale anticipazione non comporta sedute vaccinali aggiuntive e quindi non impatta sulla organizzazione dei servizi vaccinali. Miglioramento dell'adesione alle vaccinazioni proposte nel calendario vaccinale regionale attraverso: - rafforzamento della rete di collaborazione con PLS, pediatri ospedalieri, consultori, punti nascita, medici specialisti, ginecologi; - attività di promozione in ambito scolastico; - riorganizzazione della rete degli ambulatori vaccinali con riduzione del numero e integrazione funzionale fra Dipartimento Cure Primarie e Sanità Pubblica; - formazione degli operatori sanitari; Definizione e implementazione del piano di comunicazione regionale su vaccinazioni. Nell'ambito del piano di comunicazione è prevista la partecipazione al progetto CCM: "Monitorare la fiducia del pubblico nei programmi vaccinali e le sue necessità informative sviluppando un sistema di decisione assistita per le vaccinazioni tramite il sito "vaccinarsi.org" e altri siti e social network specificatamente dedicati alle vaccinazioni", avente come ente partner la Regione Veneto. Nell'ambito di tale progetto verrà allineato il sito dell'AUSL della Romagna: perchevaccino.it al sito vaccinarsi.org per usufruire della medesima piattaforma e degli aggiornamenti nazionali. Sarà costituito con delibera regionale un comitato tecnico-scientifico che provvederà a inserire ed aggiornare i contenuti del sito per quanto riguarda la parte relativa alla Regione Emilia-Romagna. All'interno del sito verrà poi costruita una rete intranet per gli operatori.
Rischi e management	Aumento dell'impegno per contrastare l'attività dei movimenti antivaccinali, in particolare attraverso l'utilizzo dei social media. Necessità di ridefinire il percorso vaccinale riorientando le risorse per permettere la gestione delle nuove sedute vaccinali.
Sostenibilità	Le attività vaccinali sono già comprese nelle normali attività del SSR. Tuttavia l'aumento dell'offerta vaccinale con l'inserimento di nuove vaccinazioni, pur alla luce della razionalizzazione della rete vaccinale, richiederà un potenziamento del personale.

Cronogramma progetto 2.14 "Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio e monitoraggio dell'attività"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Completamento dell'anagrafe vaccinale regionale e messa in opera	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Riorganizzazione della rete degli ambulatori vaccinali (con chiusura degli ambulatori cui afferisce poca utenza entro il 2016)		X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Adozione del nuovo calendario vaccinale regionale		X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Allineamento del sito "perchevaccino.it" al sito "vaccinarsi.org" con relative funzioni e aggiornamenti		X	X	X	X	X								

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Completamento Anagrafe vaccinale regionale informatizzata e costruzione delle coperture vaccinali completata su coperture vaccinali e dei rifiuti delle vaccinazioni	Servizio Sistemi Informativi RER	NA	In atto scarico dati storici dalle A UsI	Messa a punto del sistema informatizzato	Fase intermedia a doppio invio e relativo confronto	Anagrafe vaccinale regionale a regime
Riduzione del numero degli ambulatori vaccinali	Flussi ad hoc dalle AUSL	N. ambulatori vaccinali attivi al 31/12/2016/ N. ambulatori attivi al 2015 (283)	283 ambulatori vaccinali (161 Pediatria di Comunità e 122 Servizi Igiene e sanità pubblica)	Riduzione almeno del 30% del numero di ambulatori		
Allineamento del sito regionale www.perchevaccino.it a quanto previsto dal progetto CCM	Sito regionale	NA	Non presente allineamento fra i due siti	Allineamento completato		

Codice progetto e nome	2.15 - Interventi per promuovere il consumo di alimenti salutar
Descrizione	Si intendono realizzare iniziative e interventi che favoriscono le scelte di salute, l'informazione e l'educazione nutrizionale, la socializzazione e il supporto al cambiamento dei comportamenti alimentari nella popolazione generale, con particolare attenzione ai gruppi di popolazione più vulnerabili. L'accessibilità ad alimenti salutar e la promozione di corrette scelte di alimenti sono alla base della riduzione delle iniquità in salute ed è pertanto necessario progettare interventi universalistici e diffondere messaggi nutrizionali adatti a target molto eterogenei. La ristorazione pubblica e collettiva può costituire un momento fondamentale per promuovere l'acquisizione da parte dei consumatori di comportamenti alimentari corretti attraverso la disponibilità di informazioni, ma soprattutto di pasti bilanciati sotto il profilo nutrizionale. Fondamentale è pertanto la preventiva sensibilizzazione e formazione degli addetti alla produzione di alimenti affinché la qualità e la sicurezza nutrizionali divengano una prerogativa fondamentale dei loro prodotti. In questo ambito si inseriscono anche la promozione della riduzione del sale nella dieta, per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, con la contestuale incentivazione dell'uso del sale iodato per ridurre l'incidenza di patologie tiroidee. Si intende inoltre ampliare l'offerta di alimenti idonei a soggetti celiaci mediante il rafforzamento di iniziative già consolidate (controlli sui prodotti senza glutine, formazione e informazione) e l'individuazione di nuove strategie nei confronti dei celiaci neodiagnosticati e i loro famigliari per assicurare l'adesione rigorosa alla dieta senza glutine e sostenerli nel cambiamento dello stile di vita. Nei confronti dei consumatori, affinché acquisiscano maggiori conoscenze e competenze si intendono realizzare iniziative divulgative e laboratori su tematiche emergenti e particolarmente significative, quali saper fare una spesa consapevole e ridurre lo spreco alimentare e saper leggere le etichette alimentari, promuovendo al contempo la scelta di alimenti salutar. Per raggiungere gruppi di popolazione particolarmente vulnerabili sotto il profilo socioeconomico, saranno realizzati anche interventi ad hoc, basati sulle caratteristiche del target che si vuole raggiungere. Infine, poiché numerosi studi scientifici indirizzano l'attuale interesse degli operatori sanitari verso il contributo della dieta e dell'attività fisica alla cura delle neoplasie (dalla prevenzione primaria alla prevenzione delle recidive), si intende inserire il tema dell'alimentazione nei percorsi di accompagnamento di donne operate di tumore al seno per la prevenzione delle recidive, mediante la promozione di fattori protettivi, di condivisione, di consapevolezza del ruolo della dieta nella tutela della propria salute. Grazie al ruolo centrale che spesso la donna ricopre nella scelta, preparazione e gestione delle proposte alimentari familiari, si auspica che l'intervento possa avere anche una ricaduta positiva sulla rete familiare e sociale delle persone coinvolte nell'intervento. Particolare attenzione verrà posta a donne appartenenti a gruppi di popolazione maggiormente vulnerali dove spesso l'incidenza di malattia e di condizioni di sovrappeso e obesità sono maggiori. Per questo motivo saranno organizzati corsi che, come ampiamente documentato in letteratura e già sperimentato in Regione, prevedono la formazione di persone non sanitarie appartenenti alle popolazioni target dell'intervento che agiranno poi come peer educator. Attraverso la collaborazione con queste figure è possibile diffondere informazioni sanitarie corrette a gruppi altrimenti difficilmente raggiungibili e allo stesso tempo migliorare l'accessibilità degli interventi proposti.

Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione generale con particolare attenzione ai gruppi di popolazione più vulnerabili (basso livello di istruzione, basso reddito, cittadinanza straniera); soggetti che soffrono di allergie/ intolleranze alimentari e celiaci; donne con carcinoma mammario trattato in fase di remissione completa in follow-up presso una o più UO di Oncologia Medica
Setting identificato per l'azione	Comunità locali come espressione delle relazioni tra i diversi soggetti coinvolti negli interventi
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Esercizi di ristorazione pubblica e collettiva, Aziende del settore alimentare e Attività produttive in generale, Associazioni del territorio, Associazioni di categoria, Istituti Alberghieri
Prove di efficacia	Evidenze degli interventi comportamentali nella modifica dell'apporto alimentare di grassi, frutta e verdura: – Hartley L, Igbinedion E, Holmes J, Flowers N, Thorogood M, Clarke A, Stranges S, Hooper L, Rees K. Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2013, Issue 6. – Guida CDC sulle strategie relative all'incremento di consumo di frutta e verdura: http://www.cdc/obesity/downloads/fandv_2011_web_tag508.pdf – Ammerman AS, Lindquist CH, Lohr KN, Hersey J The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence <i>Prev Med</i> 2002 Jul;35(1):25-41 – Evidenze degli interventi per promuovere comportamenti sani: – Obesity: working with local communities Issued: November 2012 NICE public health guidance 42 guidance.nice.org.uk/ph42 – Ciliska, D., Miles, E., O'Brien, M.A., Turl, C., Tomasik, H.H., Donovan, U., et al. (2000). Effectiveness of community-based interventions to increase fruit and vegetable consumption. <i>Journal of Nutrition Education and Behavior</i>, 32(6), 341-352. Evidenze degli interventi per promuovere comportamenti sani e prevenzione tumori: – WCRF / AICR. Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, AICR, Washington DC 2007 (www.dietandcancerreport.org) – Servan-Schreiber D. Anticancer. Prévenir et lutter grâce à nos défenses naturelles. Robert Laffont, Paris, 2007 – Campbell TC and Campbell TM. The China Study, Benbella Books, Dallas Texas 2005 – IARC. Weight Control and Physical Activity. – IARC Handbooks of Cancer Prevention. IARC press, Lyon, 2002 – WCRF / AICR. Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. – AICR, Washington DC 19 – Progetto EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition) – http://epic.iarc.fr/
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Gli interventi si caratterizzano per il forte rapporto con il territorio in cui sono inseriti attraverso iniziative svolte in collaborazione fra Enti Locali, Associazioni, AUSL.

Attività principali	Promuovere “menu salutare” nella ristorazione pubblica: – Elaborazione di linee guida specifiche per la definizione delle caratteristiche nutrizionali del “menu salutare” – Organizzazione di corsi per gli operatori del settore alimentare – Organizzazione e attuazione di una campagna di comunicazione rivolta ai consumatori – Elaborazione di una mappa della rete di ristoranti e altri esercizi che propongono “menu salutare” “Pane meno sale”: promuovere la riduzione del sale nella dieta: realizzazione di interventi formativi, informativi e comunicativi rivolti a panificatori e consumatori per la riduzione del sale nel pane Promuovere l'offerta di sale iodato: realizzare verifiche presso la ristorazione pubblica e collettiva e nei punti vendita e invio dati tramite Sistema informativo ORSA (Progetto 2.18 - Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Alimentare - ORSA) Promuovere l'offerta di alimenti idonei a soggetti celiaci: – Realizzare corsi di formazione e aggiornamento per gli operatori del settore alimentare – Realizzare corsi e laboratori pratici per celiaci neodiagnosticati e le loro famiglie Consumatori consapevoli: – Realizzazione di iniziative formative e informative per ridurre lo spreco alimentare e saper leggere le etichette alimentari e nutrizionali, per saper scegliere gli alimenti salutare a prezzi accessibili – Realizzare interventi di prossimità per promuovere scelte alimentari corrette e consapevoli in gruppi di popolazione particolarmente vulnerabili (basso livello di istruzione, basso reddito, cittadinanza straniera). – Realizzazione di percorsi strutturati teorico-pratici rivolti alla popolazione generale e finalizzati al miglioramento dell'alimentazione e all'incremento dell'attività fisica per prevenire le malattie Alimentazione e prevenzione delle recidive di tumore: realizzazione di corsi teorici e laboratori di cucina salutare, anche in collaborazione con gli Istituti Alberghieri che hanno partecipato al progetto “Scegli con gusto, gusta in salute”
Rischi e management	Una strategia complessiva così articolata in interventi molto diversi trova la sua maggiore difficoltà nella attivazione di sinergie tra soggetti diversi; attraverso lo sviluppo di empowerment e l'individuazione di soggetti che fungano da peer-educator si pensa di ottenere una governance efficace e positiva
Sostenibilità	Le esperienze già in corso hanno dimostrato di avere bisogno di risorse economiche dedicate all'attivazione dei laboratori esperienziali di cucina (materiali di consumo) ed evidenzia come la sostenibilità del progetto sia legata anche alla capacità di creare alleanze con aziende del settore privato.

Cronogramma progetto 2.15 "Interventi per promuovere il consumo di alimenti salutari"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Promuovere “menu salutari “ Elaborazione di linee guida specifiche per la definizione delle caratteristiche nutrizionali del “menu salutare” in relazione alle tipologie di ristorazione	X	X	X											
Organizzazione di corsi per gli operatori del settore alimentare						X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organizzazione e attuazione di una campagna di comunicazione rivolta ai consumatori						X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborazione di una mappa della rete di ristoranti e altri esercizi che propongono “menu salutari”						X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio e valutazione												X	X	X
Promuovere la riduzione del sale nella dieta Realizzazione di interventi formativi e informativi rivolti ai panificatori e consumatori per la riduzione del sale nel pane	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promuovere l'offerta di sale iodato Realizzare verifiche presso la ristorazione pubblica e collettiva e nei punti vendita			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promuovere l'offerta di alimenti idonei a soggetti celiaci														
Realizzare corsi di formazione e aggiornamento per gli operatori del	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

settore alimentare														
Realizzare corsi e laboratori pratici per celiaci neodiagnosticati e le loro famiglie					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consumatori consapevoli Realizzare iniziative formative e informative per ridurre lo spreco alimentare e saper leggere le etichette alimentari e nutrizionali, per saper scegliere gli alimenti salutari.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alimentazione e prevenzione recidive														
Realizzazione e condivisione degli strumenti di lavoro regionali e locali		X	X	X	X									
Realizzazione di corsi teorici e laboratori di cucina salutare						X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% corsi di formazione e aggiornamento per gli operatori del settore alimentare in tema celiachia realizzati rispetto alle richieste	ricognizione ad hoc da parte del SIAN	N. corsi realizzati/numero corsi richiesti x 100	100%	100%	100%	100%
N.ro controlli sulla presenza di sale iodato ristorazione pubblica e ristorazione collettiva	ORSA	NA	3842	Incremento del 3%	Incremento del 3%	Incremento del 3%
% controlli sulla vendita di sale iodato presso la grande distribuzione	ORSA	N. punti vendita controllati per sale iodato / N. tot controlli presso la GDO x 100	0%	90%	90%	90%
Attivazione campagna di comunicazione a sostegno dei ristoranti con menu salutare	Evidenza documentale	NA	No	No	Sì	Sì
% panificatori che partecipano alla formazione per la riduzione del sale nel pane	Ricognizione ad hoc da parte dei SIAN	N. panificatori che partecipano alla formazione/ N. panificatori tot x 100	20%	30%	30%	50%
Evidenza in ogni AUsl di accordi tra SIAN, U.O. Oncologia e altri Enti del territorio per l'organizzazione dei corsi/laboratori	Ricognizione ad hoc da parte dei SIAN	NA	No	Sì	Sì	Sì
Evidenza in ogni AUsl dell'attivazione corsi/laboratori su Alimentazione e prevenzione recidive	Ricognizione ad hoc da parte dei SIAN	NA	No	No	Sì	Sì

Codice progetto e nome	2.16 - Adozione di 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.
Descrizione	Il progetto si propone di istituire un Tavolo regionale interistituzionale che individui, organizzi e coordini in una prospettiva multidisciplinare le attività finalizzate a definire, conoscere e gestire gli elementi di rischio anche ambientale che possono impattare sulle produzioni animali, vegetali e acque potabili destinate al consumo umano e sugli alimenti per animali al fine di prevenire, contrastare ed eliminare le fonti di inquinamento e le sostanze nocive nonché verificare l'efficacia delle soluzioni adottate in modo da garantire un elevato grado di sicurezza per le persone.
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione generale
Setting identificato per l'azione	Operatori dei diversi settori del DSP coinvolti nel controllo della sicurezza alimentare
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori addetti Controllo Ufficiale, Laboratori di analisi pubblici, Operatori del settore Alimentare e Mangimistico, Proprietari di animali da reddito, consumatori, associazioni di categoria del settore zootecnico, agricolo e produttivo alimentare.
Prove di efficacia	La definizione di protocolli e procedure condivise tra le diverse istituzioni ottimizza le modalità di definizione e attuazione dei piani di controllo.
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto: – valorizza le competenze degli operatori coinvolti nel controllo; – prevede il coinvolgimento e la collaborazione tra diverse Istituzioni regionali; – richiede accordi di collaborazione e il confronto con i laboratori incaricati del controllo ufficiale.
Attività principali	– istituzione del tavolo regionale interistituzionale; – definizione di piani di monitoraggio, sorveglianza e campionamento condivisi previa analisi e confronto dei dati e programmi di controllo regionali in corso; – identificazione dei possibili inquinanti presenti nel territorio ed eventuali aree a rischio sulla base delle fonti di emissioni presenti; – fornire supporto e consulenza ai Servizi dei DSP delle AUSL per l'indagine a seguito di positività, riprogrammazione delle attività e stesura di report informativi; – formazione degli operatori deputati al controllo ufficiale; – informazione e formazione degli operatori del settore agro-zootecnico e della produzione di alimenti e acque potabili;

	– realizzazione di una campagna informativa per i consumatori per l'informazione per la prevenzione delle malattie veicolate da alimenti connesse a rischi biologici e chimici.
Rischi e management	La necessità di condivisione tra diversi servizi, enti e istituzioni aumenta la complessità delle azioni e potrebbe comportare tempi tecnici più dilatati.
Sostenibilità	Alcune delle attività previste, in particolare la formazione, la realizzazione di campagne informative, il coinvolgimento di figure esterne al SSR per lo svolgimento di attività di sorveglianza potrebbero richiedere la disponibilità di risorse aggiuntive. Per il resto si ritiene che le competenze e le risorse interne al SSR siano sufficienti a raggiungere gli obiettivi definiti.

Cronogramma progetto 2.16 "Adozione di 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"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Istituzione del tavolo regionale interistituzionale	X	X												
Definizione e applicazione piani di monitoraggio, sorveglianza e campionamento condivisi previa analisi e condivisione dei dati e programmi di controllo regionali in corso			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fornire supporto e consulenza ai Servizi dei DSP delle AUSL per l'indagine a seguito di positività, riprogrammazione delle attività e stesura di report informativi					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione degli operatori deputati al controllo ufficiale							X	X	X	X				
Informazione e formazione degli operatori del settore agro-zootecnico ed della produzione di alimenti e acque potabili							X	X	X	X				
Realizzazione di una campagna informativa per la prevenzione delle Malattie veicolate da alimenti connesse a rischi biologici e chimici							X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Istituzione del tavolo regionale interistituzionale	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì
<i>Diffusione sul territorio regionale di piani di monitoraggio, sorveglianza e campionamento condivisi</i>	<i>Evidenza documentale</i>	<i>NA</i>	<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Sì</i>	<i>Sì</i>
Fornire supporto e consulenza ai Servizi dei DSP delle AUSL per l'indagine a seguito di positività, riprogrammazione delle attività e stesura di report informativi	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì
Formazione degli operatori deputati al controllo ufficiale; Informazione e formazione degli operatori del settore agro-zootecnico ed della produzione di alimenti e acque potabili. Adottare piani di controllo e monitoraggio	Evidenza documentale	NA	No	No	Sì	Si
N. siti istituzionali (8 AUSL e RER) sui quali sia disponibile il materiale relativo alla Campagna informativa per i consumatori	Evidenza siti web	NA	0	0	4	9

Codice progetto e nome	2.17 - Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Alimentare (ORSA)
Descrizione	Il sistema informativo è lo strumento fondamentale per la sorveglianza di fenomeni in quanto consente di raccogliere dati per la loro analisi ottenendo informazioni utili per definire strategie, prendere decisioni, programmare e definire le azioni per ridurre il rischio. Per consentire analisi approfondite e flessibili e per un livello di dettaglio elevato nell'analisi di eventi specifici devono essere disponibili dati puntuali disaggregati. Per una buona efficienza del sistema complessivo e una buona qualità dei dati è opportuno evitare duplicazioni di dati nei sistemi locali, regionali e nazionali. In Emilia-Romagna da molti anni sono attivi nelle AUSL applicativi aziendali per la gestione delle attività di controllo ufficiale nel settore della sicurezza alimentare di competenza dei Servizi Igiene e Alimenti e Nutrizione (SIAN) e Veterinari (SVET). A livello regionale i dati vengono raccolti tramite invii periodici di dati aggregati in formato Excel o, in caso di necessità, a seguito di richieste specifiche. Negli ultimi anni il Ministero per molti flussi dati ha realizzato sistemi informatizzati nazionali che possono essere alimentati con imputazioni manuali o mediante integrazione con sistemi esistenti a livello regionale o locale. Nell'ambito della programmazione ICT (Information Communication Technology) della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'integrazione della Regione. In Regione e delle attività di controllo strettamente veterinarie è stato avviato un progetto per la realizzazione di un sistema regionale che, integrandosi con i sistemi delle AUSL, consente l'accesso ai dati puntuali delle anagrafiche e dei controlli ufficiali nel settore della sicurezza alimentare. Con il presente progetto si vuole estendere tale sistema per coprire tutti i flussi in essere verso la Regione e il Ministero relativi alla sicurezza alimentare e altri flussi relativi a controlli ufficiali, di competenza di SIAN e SVET delle AUSL, in settori diversi dalla sicurezza alimentare (nutrizione e tutela animali da affezione). Il progetto si propone inoltre di realizzare le integrazioni con i sistemi nazionali e di analizzare le strategie e gli interventi necessari per una razionalizzazione dei sistemi informativi e informatici del settore presenti a livello regionale.
Gruppo beneficiario prioritario	Cittadini, Consumatori alimenti, Operatori Settore Alimentare e dei Mangimi, Comuni
Setting identificato per l'azione	Operatori dei diversi settori coinvolti nel controllo della sicurezza alimentare
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Associazioni di categoria Operatori Settore Alimentare e mangimistico (OSA e OSM), Associazioni agricole, Associazioni dei consumatori, Associazioni protezionistiche
Prove di efficacia	– “Sistema Informativo Veterinario Nazionale (SINVSA) – Specifiche di sistema” anno 2011 – “Valutazione comparativa di esito negli interventi sanitari. Capitolo 3.2 Esiti. Sistemi informativi sanitari” Epidemiol. Prev 2011; 35 (3) suppl 1: 1-80
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il sistema, finalizzato all'integrazione con i sistemi nazionali di sicurezza alimentare (VETINFO), è trasversale alle attività di controllo su tutta la filiera della sicurezza alimentare oltre che ai settori relativi agli animali da affezione svolte dai servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) e Veterinari (SVET) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica. Per quanto riguarda la produzione primaria consente l'integrazione con il Registro Unico dei Controlli (RUC) che comprende dati provenienti da parte di vari enti anche diversi dall'ambito sanitario compresi quelli esterni all'organizzazione regionale.

Attività principali	– Analisi e revisione manuale ORSA; – Analisi di sistemi informativi e informatici nazionali e regionali collegati alla sicurezza alimentare per la loro integrazione; – Allineamento delle anagrafiche AUsl alle codifiche thesaurus allineate con master list e SINVSA; – Attivazione flussi verso Orsa da SVET (dati reportistica ATT 1 e ATT2); – Caricamento delle anagrafiche OSM riconosciuti su SINVSA; – Analisi e attivazione flussi SIAN (report regionale SIAN 4 e 5); – Analisi per creazione sistema unico; – Adeguamento sistemi locali/regionale per raccogliere dati necessari per integrazione con sistemi nazionali; – Realizzazione dell'integrazione locale/regionale per il flusso campionamento (dati prelievo e dati analisi); – Realizzazione dell'integrazione con sistemi nazionali; – Analisi e definizione con AUsl del flusso controlli canili; – Sviluppo e attivazione flusso controlli canili; – Analisi e definizione con AUsl del flusso dati sale iodato; – Definizione di un protocollo per la verifica sulla qualità dei dati prodotti dalla integrazione verso ORSA (Regione e AUsl) e sua integrazione con analisi verso flussi nazionali; – Applicazione del protocollo per la verifica della qualità dei dati; – Riesame dei flussi e delle integrazioni in funzione della verifica di qualità dei dati e definizione di eventuali correttivi; – Realizzazione di seminari con le AUsl per il miglioramento della qualità dei dati
Rischi e management	– Difficoltà nel rispetto delle tempistiche degli interventi da effettuare sugli applicativi locali in termini di sviluppo e di adeguamento di codifiche; – Problematiche nella gestione del sistema Thesaurus, esterno a ORSA, che raccoglie le codifiche necessarie per il flusso campionamenti;
Sostenibilità	Il progetto rientra nella programmazione ICT che comprende l'analisi, lo sviluppo e la realizzazione dell'integrazione delle AUsl. Gli adeguamenti degli applicativi locali sono a carico delle AUsl. L'analisi prevista per valutare la definizione di un sistema unico è stata inserita per definire la scelta più sostenibile in termini di efficienza del sistema.

Cronogramma progetto 2.17 "Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Alimentare (ORSA)"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Analisi e revisione del Manuale di ORSA "Meccanismi di integrazione dei sistemi operanti nell'ambito della sicurezza alimentare"	X	X												
Analisi per la centralizzazione nel sistema regionale di anagrafiche e vocabolari.	X													
Analisi allineamento flussi Orsa verso le banche dati nazionali e regionali (RUC)	X	X												
Caricamento delle anagrafiche OSM riconosciuti su SINVSA		X												
Allineamento delle anagrafiche AUsl (SIAN/SVET) alle codifiche Thesaurus (allineate a master list e SINVSA) anche mediante transcodifica	X													
Attivazione flussi verso Orsa da SVET (dati reportistica ATT 1 e ATT2)	X	X												
Caricamento delle anagrafiche OSM registrati su SINVSA						X								
Analisi e attivazione flussi SIAN (report regionale SIAN 4 e 5)		X												
Analisi per creazione sistema unico			X	X	X	X								

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Adeguamento sistemi locali/regionale per raccogliere dati necessari per integrazione con sistemi nazionali			X	X										
Realizzazione dell'integrazione locale/regionale per il flusso campionamento (dati prelievo e dati analisi)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Realizzazione dell'integrazione con sistemi nazionali					X	X								
Analisi e definizione con AUSl del flusso controlli canili				X										
Sviluppo e attivazione flusso controlli canili					X	X								
Analisi e definizione con AUSl del flusso dati sale iodato				X										
Sviluppo e attivazione flusso dati sale iodato					X	X								
Definizione di un protocollo per la verifica sulla qualità dei dati prodotti dalla integrazione verso ORSA (Regione e AUSl)			X											
Integrazione del protocollo per la verifica sulla qualità dei dati verso sistemi nazionali							X							
Applicazione del protocollo per la verifica della qualità dei dati da parte di AUSl e Regione				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Riesame dei flussi e delle integrazioni in funzione della verifica di qualità dei dati e definizione di eventuali correttivi			X				X				X			
Realizzazione di seminari con le AUSl per il miglioramento della qualità dei dati				X				X				X		

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% servizi SIAN + SVET delle AUSl che inviano i file con l'estrazione delle anagrafiche secondo le codifiche Thesaurus	Evidenza documentale	N. servizi che hanno inviato le anagrafiche secondo Thesaurus/16 x 100	0	100%	100%	100%
% di AUSl che caricano le anagrafiche degli OSM su SINVSA	SINVSA (VETINFO – Ministero)	N. AUSl che caricano le anagrafiche OSM su SINVSA/8 AUSl x 100	0	100%	100%	100%
% AUSl che implementano il dato dei controlli sui canili in ORSA	ORSA – Portale SOLE	N. AUSl che implementano il dato dei controlli sui canili in ORSA /8 AUSl x 100	0	100%	100%	100%
% AUSl che implementano il dato dei controlli sull'utilizzo del sale iodato in ORSA	ORSA – Portale SOLE	N. AUSl che implementano il dato dei controlli sull'utilizzo del sale iodato in ORSA /8 AUSl x 100	0	100%	100%	100%
Disponibilità di un documento con riesame dei flussi e delle integrazioni	Evidenza documentale	NA	No	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	2.18 - Rafforzamento e razionalizzazione delle attività di prevenzione in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Descrizione	Il progetto si propone di giungere ad un rafforzamento dell'efficacia e dell'efficienza delle attività di prevenzione nelle aree della Sanità Pubblica Veterinaria e della Sicurezza Alimentare attraverso una razionalizzazione delle stesse determinando con ciò migliori esiti di salute. Inoltre il progetto si propone di definire la collaborazione tra i diversi attori coinvolti nella gestione e prevenzione delle zoonosi con un approccio multidisciplinare. Gli obiettivi verranno raggiunti attraverso lo svolgimento di diverse attività tra loro collegate: – definizione protocolli di scambio d'informazione tra ospedali e DSP; – attuazione di programmi sorveglianza e campionamento regionali; – emanazioni di linee guida e manuali operativi; – adozione di protocolli diagnostici e di collaborazione con i laboratori coinvolti nel controllo ufficiale e nella diagnosi di zoonosi e malattie trasmesse da alimenti (MTA); – formazione degli operatori sanitari coinvolti nel controllo ufficiale; – svolgimento di audit regionali per verificare lo stato di applicazione dei protocolli e programmi.
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione generale
Setting identificato per l'azione	Operatori sanitari impegnati nel controllo della sicurezza alimentare e in sanità pubblica veterinaria
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari addetti al controllo ufficiale, Operatori del settore Alimentare e Mangimistico, Allevatori e Proprietari di animali da reddito, cacciatori, Associazioni di categoria, consumatori. Per l'aspetto della gestione delle zoonosi sono coinvolti anche altri operatori dei DSP, ospedali, MMG; veterinari LP, laboratori di analisi, allevatori, proprietari di animali d'affezione, Comuni e città metropolitane, aziende addette alla derattizzazione/disinfestazione, gestori di ambiti faunistici venatori
Prove di efficacia	La definizione di protocolli e procedure condivise, uniformando i comportamenti dei diversi operatori sul campo, facilitano le attività di valutazione dei risultati ottenuti e il processo di superamento delle criticità.
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto: – valorizza le competenze degli operatori sanitari coinvolti nel controllo ufficiale nell'approccio dal campo alla tavola; – prevede il coinvolgimento e la collaborazione tra diversi Servizi dei Dipartimenti di Sanità pubblica; – richiede accordi di collaborazione e il confronto con i laboratori incaricati del controllo ufficiale e i laboratori clinici che effettuano le diagnosi di zoonosi e MTA.
Attività principali	Formazione degli operatori sanitari e operatori deputati al controllo ufficiale; definizione di protocolli di collaborazione con i laboratori; definizione di programmi regionali di sorveglianza e campionamento;

	esecuzione di audit regionali che garantiscano la copertura di tutti i sistemi di controllo del Country Profile.
Rischi e management	La necessità di condivisione tra diversi servizi, enti e istituzioni aumenta la complessità delle azioni.
Sostenibilità	Alcune delle attività previste, in particolare la formazione, la realizzazione di campagne informative, il coinvolgimento di figure esterne al SSR per lo svolgimento di attività di sorveglianza (es. cacciatori nella sorveglianza della fauna selvatica) potrebbero richiedere la disponibilità di risorse aggiuntive. Per il resto si ritiene che le competenze e le attuali risorse interne al SSR siano sufficienti a raggiungere gli obiettivi definiti.

Cronogramma progetto 2.18 "Rafforzamento e razionalizzazione delle attività di prevenzione in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Definizione e attuazione di un programma sulle malattie da vettori	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione e attuazione di un programma sulle malattie da alimenti						X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione e attuazione di un programma sulla fauna selvatica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione e attuazione di un piano regionale coordinato di campionamento di alimenti e bevande (PRA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione del personale AUsl deputato al controllo ufficiale (Reg. 882)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione protocollo scambio informazioni tra ospedali e DSP					X	X	X	X						
Produzioni di manuali operativi per specifiche zoonosi								X	X	X	X	X	X	X
Svolgimento di audit regionali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Attuazione del programma di sorveglianza sulle malattie trasmesse da vettori che comprenda protocolli di collaborazione con i laboratori	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì
Definizione e attuazione del programma di sorveglianza sulle malattie trasmesse da alimenti attivo che comprenda protocolli di collaborazione con i laboratori	Evidenza documentale	NA	No	No	Sì	Sì
Attuazione del programma di sorveglianza sulla fauna selvatica per la rilevazione precoce di malattie che comprenda protocolli di collaborazione con i laboratori	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì
Attuazione di un programma di campionamento sugli alimenti che comprenda il riesame delle capacità di laboratorio in coerenza con gli standard di funzionamento nazionali	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì
% di operatori AUsl deputati al controllo ufficiale con requisito di ispettore	Referenti AUsl	N. operatori AUsl deputati al controllo ufficiale con requisito di ispettore/ N. operatori AUsl deputati al controllo ufficiale in servizio al 31/12 x 100	90%	90%	95%	99%
Numero di audit regionali svolti sui sistemi di controllo del country profile Italia rendicontati al Ministero	Evidenza documentale	NA	>5	>5	>5	>5
% protocolli e manuali operativi per zoonosi prodotti	Evidenza documentale	Numero protocolli-manuali prodotti/ numero protocolli- manuali per specifiche zoonosi individuate x 100	0	25%	50%	100%

Codice progetto e nome	2.19 - Realizzazione di campagne informative ai fini della prevenzione del randagismo
Descrizione	Il progetto si propone, attraverso la progettazione e la realizzazione di campagne informative, di favorire il possesso responsabile e incentivare l'iscrizione da parte dei proprietari degli animali domestici (cani, gatti, furetti) all'anagrafe canina. Attraverso queste azioni si intende migliorare la corretta relazione uomo/animale, disincentivare l'abbandono degli animali, facilitare la restituzione ai proprietari dei soggetti eventualmente smarriti e incentivare l'adozione dei cani dei canili. Implementazione dell'attività del gruppo regionale "Igiene urbana veterinaria" per sviluppare protocolli di intervento e definire percorsi formativi per gli operatori del controllo ufficiale.
Gruppo beneficiario prioritario	Il progetto coinvolge primariamente i proprietari di animali da affezione (cani, gatti e furetti). Il possesso responsabile degli animali da affezione ha influenza anche sulla salute della popolazione generale.
Setting identificato per l'azione	Popolazione, proprietari di animali d'affezione, associazioni animaliste e di volontariato, Enti Locali, operatori sanitari
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Veterinari liberi professionisti, Veterinari AUSL, proprietari di animali da affezione, Associazioni animaliste, Comuni gestori dell'anagrafe canina e dei canili, gestori dei canili, Province/Città metropolitane.
Prove di efficacia	Callisto project http://www.callistoproject.eu/joomla/
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto prevede il coinvolgimento di operatori sanitari delle AUSL e il confronto con i veterinari liberi professionisti, Associazioni animaliste, Comuni, gestori canili, Province/Città metropolitane.
Attività principali	Definizione e realizzazione di campagne informative. Durante il progetto verrà anche effettuato uno studio di fattibilità, in collaborazione con i DSP, sulla organizzazione di "giornate del microchip" nelle quali i servizi veterinari AUSL incontreranno i proprietari di animali, identificheranno i loro animali da affezione e forniranno informazioni sulla corretta detenzione, sugli aspetti igienico-sanitari connessi al loro possesso e sulle principali zoonosi trasmissibili. Sviluppo e realizzazione di percorsi formativi per il personale addetto al controllo ufficiale degli animali di affezione e definizione di procedure d'intervento.
Rischi e management	Per la piena riuscita occorre la creazione e gestione di reti con Associazioni di volontariato e con i veterinari liberi professionisti
Sostenibilità	Alcune delle attività previste, in particolare la formazione, la realizzazione di campagne informative, il coinvolgimento di figure esterne al SSR per lo svolgimento di attività di identificazione degli animali potrebbero richiedere la disponibilità di risorse aggiuntive.

Cronogramma progetto 2.19 "Realizzazione di campagne informative ai fini della prevenzione del randagismo"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Realizzazione di una campagna informativa per la prevenzione dell'abbandono che dal 2017 potrebbe comprendere le "giornate del microchip"					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Studio di fattibilità su effettuazione di giornate del microchip (e di altri aspetti di SPV/Igiene urbana) da parte delle AUSL e Comuni			X	X	X	X								
Eventuale organizzazione di "giornate del microchip"							X	X	X	X	X	X	X	X
Definizione protocolli d'intervento e progettazione dei percorsi formativi		X	X	X	X	X								
Realizzazione di percorsi formativi per il personale addetto al controllo ufficiale degli animali di affezione					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Realizzazione di una campagna informativa sulla prevenzione del randagismo	Evidenza	NA	No	Sì	Sì	Sì
Partecipazione agli eventi formativi realizzati	Referenti AUSl	Numero partecipanti agli eventi / numero veterinari designati dalle AUSl x 100	0	90%	90%	90%
Cani catturati già identificati	Referenti AUSl	Cani catturati già identificati/cani catturati x 100	58,9%	60	>=60%	>=60%
Rinunce di proprietà	Referenti AUSl	Cani rinunciati/cani entrati in canile x 100	8,6%	<8%	<8%	<8%

Codice progetto e nome	2.20 - La gestione delle emergenze del Dipartimento di Sanità Pubblica; malattie infettive, sicurezza alimentare, ambientali, chimiche, calamità naturali ed epidemiche degli animali
Descrizione	Il progetto si propone di definire requisiti organizzativi del Dipartimento di Sanità Pubblica per la gestione delle emergenze (malattie infettive, sicurezza alimentare, ambientali, chimiche, calamità naturali ed epidemiche degli animali) e definire requisiti organizzativi a livello locale e regionale. In caso di emergenza risulta indispensabile la definizione delle responsabilità, la razionalità e la tempestività dell'intervento per assicurare efficacia ed efficienza in situazioni logistiche estremamente critiche; questi risultati possono essere ottenuti unicamente se sussistono protocolli e procedure integrate, una preliminare preparazione specifica del personale impiegato, una adeguata dotazione strumentale e una predefinita integrazione con le altre squadre di specialisti a vario titolo coinvolti e in particolare con il personale del 118, Istituto Zooprofilattico sperimentale, ARPA, la Protezione Civile, le Prefetture, le forze dell'Ordine, i Vigili del Fuoco, gli operatori addetti agli abbattimenti degli animali.
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione generale
Setting identificato per l'azione	Operatori impegnati nella gestione delle emergenze che coinvolgono i DSP
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori dei DSP e altri operatori sanitari, personale del 118, IZSLER, ARPA, Protezione Civile, Prefetture, forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco, operatori addetti agli abbattimenti degli animali.
Prove di efficacia	La definizione di protocolli e procedure coprodotte tra le diverse istituzioni ottimizza le modalità di definizione e attuazione dei piani di emergenza.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto: – valorizza le diverse competenze all'interno del DSP; – definisce le modalità di interfaccia e collaborazione tra diverse Istituzioni coinvolte in caso di emergenze epidemiche e non; – prevede accordi di collaborazione e confronto tra il DSP e il 118, IZSLER, ARPA, la Protezione Civile, le Prefetture, forze dell'ordine e Vigili del fuoco;
Attività principali	– Predisposizione di documento regionale che, partendo dalla analisi delle esperienze pregresse, definisca una classificazione emergenze e un modello integrato di organizzazione e coordinamento all'interno del sistema sanitario regionale; – stesura di procedure e manuali operativi per ciascuna tipologia di emergenza (personale, logistica, materiali, mezzi) con allineamento a eventuali documenti del Ministero della Salute; – definizione delle modalità di interrelazione tra DSP e 118 con altri enti e amministrazioni (interfacce) coinvolte in emergenze (IZSLER, ARPA, Prot. Civile, Prefetture, Forze dell'Ordine Vigili del Fuoco); – stesura documento definitivo e formalizzazione presentazione documento alle Prefetture e altri

	stakeholders; – adeguata formazione e verifica con esercitazioni.
Rischi e management	La necessità di condivisione tra diversi servizi, enti e istituzioni aumenta la complessità delle azioni e comporta tempi tecnici più dilatati. La condivisione delle procedure e la formazione del personale con esercitazioni aumenta l'efficacia dell'intervento.
Sostenibilità	Le attività previste rientrano tra le competenze già espletate dai Servizi della prevenzione, la definizione di procedure integrate consentirà un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse sia interne che esterne al SSR con maggiore efficacia degli interventi progettati.

Cronogramma progetto 2.20 "La gestione delle emergenze del Dipartimento di Sanità Pubblica; malattie infettive, sicurezza alimentare, ambientali, chimiche, calamità naturali ed epidemiche degli animali"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Predisposizione di documento regionale da parte di un gruppo di lavoro che coinvolga rappresentanti dei DSP che, partendo dalla analisi delle esperienze pregresse, definisca una classificazione emergenze e un modello integrato di organizzazione e coordinamento all'interno del sistema sanitario regionale		X	X	X	X									
Stesura di procedure e manuali operativi per ciascuna tipologia di emergenza (personale, logistica, materiali, mezzi) con allineamento a eventuali documenti del Ministero della Salute					X	X	X	X						
Costituzione di un gruppo di lavoro aperto a altre figure coinvolte in emergenze (118, Prot. Civile, Forze Ordine Vigili del Fuoco ecc) per la definizione delle modalità di interrelazione fra enti (interfacce) e chiarisca ruoli e rispettive competenze								X	X	X				
Stesura documento definitivo e formale presentazione documento a Prefetture e altri stakeholders										X	X			
Adeguamento di Regione e AUsl al modello previsto dal documento e formazione del personale											X	X	X	X
Verifica applicabilità con esercitazioni sul campo											X	X	X	X
Formazione degli operatori del SSR a vario titolo coinvolti nella gestione delle diverse casistiche emergenziali			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Costituzione gruppo di lavoro con DSP per predisposizione di documento relativo all'organizzazione, classificazione emergenze e manuali da definire, personale, logistica (materiali, mezzi) con allineamento a eventuali documenti del Ministero della Salute	Evidenza documentale	NA	No	Sì	Sì	Sì
Costituzione gruppo di lavoro aperto a altre figure coinvolte in emergenze (118, Prot. Civile, Forze dell'Ordine Vigili del Fuoco ecc) per la definizione delle modalità di interrelazione fra enti e amministrazioni (interfacce) e chiarisca ruoli e rispettive competenze	Evidenza documentale	NA	No	Sì	sì	Sì
Stesura documento definitivo, formalizzazione e presentazione alle Prefetture e altri stakeholders	Evidenza documentale	NA	No	No	Sì	Sì
Adeguamento al modello previsto dal documento da parte della Regione e delle AUSL	Evidenza documentale	NA	No	No	No	Sì
Formazione degli operatori del SSR a vario titolo coinvolti nella gestione delle diverse casistiche emergenziali	Evidenza documentale	NA	No	Sì	Sì	Sì
Verifica con esercitazioni sul campo	Evidenza documentale	NA	No	No	No	Sì

Codice progetto e nome	2.21 - Formazione e informazione per promuovere l'empowerment dei cittadini e degli operatori sanitari
Descrizione	Per la realizzazione dei progetti del Piano è di fondamentale importanza investire sulla formazione e l'aggiornamento degli operatori della sanità e di tutti coloro che a diverso titolo esercitano la propria attività nel sistema sanitario. Occorre promuovere un percorso efficace di formazione/informazione in grado di diffondere informazioni e conoscenze sui fattori di rischio, sullo stato di salute della popolazione e sul vantaggio di salute ottenibile aderendo agli interventi di sanità pubblica, in particolare si procederà alla programmazione di un percorso dedicato a MMG e PLS, figure strategiche per la comunicazione con i pazienti e per promuovere uno stile di vita sano, che comprenderà le diverse aree previste dal piano: salute e ambiente, promozione di sani stili di vita e strumenti per la promozione della salute, favorire la diffusione di contenuti scientificamente corretti rispetto a temi strategici per la prevenzione quali le vaccinazioni e gli screening. Particolare importanza dovrà avere nel piano la promozione delle competenze professionali degli operatori della sanità nella gestione del cambiamento dei comportamenti e degli stili di vita fornendo strumenti innovativi e di provata efficacia per l'approccio non solo delle persone che a diverso titolo si rivolgono al servizio sanitario ma anche per sostenere progetti di comunità. Sarà pertanto indispensabile, attraverso una condivisione degli obiettivi anche con il mondo delle scuole di formazione e delle Università e con il supporto del centro regionale di formazione "Luoghi di prevenzione", promuovere percorsi formativi orientati alla prevenzione, che integrino i curricula tecnico-specialistici anche con nuove competenze per mettere in grado di affrontare con piena autorevolezza le complessità odierne dei temi della promozione della salute e la prevenzione. L'uso di siti dedicati e la web community potranno favorire l'informazione e la comunicazione con gli operatori della sanità ma anche con i cittadini, garantendo con essi una tempestiva e diffusa relazione.
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione, operatori sanitari
Setting identificato per l'azione	Comunità, MMG e PdL, operatori dei Dipartimenti di sanità pubblica
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari, università, società scientifiche
Prove di efficacia	
Trasversalità (intersectoriale,	Il progetto prevede il coinvolgimento di diversi operatori sanitari e non, ed affronta in modo integrato le diverse

multisetoriale) per il progetto	tematiche della prevenzione,
Attività principali	Favorire e sviluppare azioni comunicative nei confronti della popolazione generale o di target specifici, anche attraverso l'utilizzo di strumenti innovativi, al fine di promuovere stili di vita salutari, favorire l'adesione ai programmi di sanità pubblica. Programmare campagne informative per la popolazione generale o target particolari rispetto a rischi derivanti da situazioni specifiche (amianto, CEM, radiazioni UV, uso dei cellulari, WIFI, sicurezza stradale, antibioticoresistenza ecc) e interventi efficaci quali vaccinazioni, screening oncologici e percorsi di promozione per stili di vita salutari. Promuovere la formazione costante degli operatori sanitari a vari livelli, sui temi oggetto del presente Piano Regionale della Prevenzione 2015 – 2018, con particolare riguardo ai MMG e PdL in quanto attori privilegiati di comunicazione nei confronti di tutti i possibili portatori di interesse presenti nella comunità.
Rischi e management	I rischi principali sono la difficoltà di costruire percorsi formativi che incontrino le necessità e il favore dei professionisti sanitari, e che siano pertanto diffusamente seguiti e utilizzati. Per la gestione di questi rischi è indispensabile condividere il percorso di progettazione con i professionisti ed i loro rappresentanti, l'università e le società scientifiche per condividere i contenuti e l'impostazione delle iniziative di formazione
Sostenibilità	La sostenibilità dipende grandemente dalla capacità di rendere coerenti i percorsi formativi con le specificità organizzative delle diverse categorie di operatori da coinvolgere, costruendo pacchetti formativi integrati e coerenti con i percorsi formativi già previsti su altre tematiche per questi operatori e modalità anche innovative di svolgimento delle attività di formazione.

Cronogramma progetto 2.21 "Formazione e informazione per promuovere l'empowerment dei cittadini e degli operatori sanitari"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Predisposizione di pacchetti formativi per operatori sanitari, MMG e Pdl			X	X	X	X								
Svolgimento dei corsi di formazione per MMG e PdL in tutte le AUsl							X	X	X	X	X	X	X	X
Predisposizione campagne informative per la popolazione/target su fattori di rischio e su interventi di prevenzione di riconosciuta efficacia					X	X			X	X			X	X

Elenco indicatori

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N. AUsl in cui sono stati attuati i corsi di formazione per MMG e PdL	Evidenza documentale	NA	No	2	5	8
Realizzazione di almeno 2 campagne informative regionali per la popolazione su specifici fattori di rischio (UV, cellulari..) o interventi di provata efficacia	Evidenza Web	NA	Sì	Sì	Sì	Sì

3. Setting Comunità - Programmi Età Specifici

Gli interventi del Setting Comunità - Programmi Età Specifici si concentrano in particolare sui target: bambini 0-6 anni; adolescenti; anziani over65 enni.

I target individuati rappresentano tre fasce di popolazione per le quali gli interventi di sanità pubblica sono particolarmente efficaci nel promuovere la salute del bambino e del futuro adulto da un lato, nel conservare il più possibile un buono stato di salute dell'anziano dall'altro.

I primi 1000 giorni di vita dei **piccoli**, ovvero il lasso di tempo tra il concepimento e il secondo anno di vita, rappresentano una "finestra" temporale unica per efficacia degli interventi di prevenzione e promozione della salute.

Fra gli interventi preventivi di provata efficacia, l'adozione di *corretti stili di vita in gravidanza e l'allattamento al seno* sono i primi in ordine temporale: nella storia di bambini sovrappeso e obesi è possibile infatti individuare fattori di rischio precoci risalenti all'epoca prenatale e correlati a stili di vita scorretti delle gestanti.Cogliere l'occasione della gravidanza per promuovere stili di vita salutari può migliorare la salute della madre ed avere un impatto positivo sulla salute del bambino, soprattutto per le gestanti che provengono da gruppi di popolazione particolarmente vulnerabili. Mentre per quel che riguarda i nuovi nati, i bambini allattati al seno esclusivamente per i primi 6 mesi di vita e in cui l'allattamento si protrae poi, affiancato dall'assunzione di cibo adeguato e di qualità, fino ai due anni di vita in accordo con i desideri di mamma e bambino, godono di migliore salute, con benefici che si protraggono all'età adulta (minore rischio di enterocolite necrotizzante del neonato, otite, infezioni respiratorie e gastroenteriche, SIDS, allergia, obesità, diabete, asma e leucemie) e che riguardano anche le madri (minore rischio di tumore al seno e all'ovaio, diabete, depressione e emorragie del post-partum).

L'intervento su *rischi in ambiente di vita* è determinante per contrastare alcuni importanti fattori rischio per questo target: in Emilia-Romagna si stima che il tasso di infortuni per incidente domestico sia di 34 bambini ogni mille (in termini di accessi al PS nella fascia 0-14 anni, Profilo di Salute 2015), dei quali la maggior parte (45-49%) riguardano bambini tra gli 0 e i 2 anni. Per quel che riguarda l'utilizzo improprio di dispositivi elettronici come cellulari, computer, videogiochi ecc..., questo rappresenta un potenziale fattore di rischio al quale è esposto il target bambini 0-6, in ambiente domestico e non. L'utilizzo della telefonia mobile aumenta l'esposizione ad onde elettromagnetiche e conseguentemente i potenziali rischi per la salute (Aydin et. Al 2011). Studi recenti rafforzerebbero infatti il legame tra esposizione dei bambini a campi elettromagnetici e insorgenza di patologie tumorali (IARC Monographs 2013, vol.102), mentre è provato che l'utilizzo scorretto dei dispositivi digitali può portare ad adottare posture scorrette aumentando il rischio di patologie legate alla sedentarietà (American Academy of Pediatrics, 2011; Nunez-Smith et. al., 2008), può ostacolare la concentrazione e la memoria, nonché creatività e capacità critica (Aydin et. Al 2011), può portare a insonnia, comportamenti aggressivi, e disturbi dell'attenzione e portare a forme di vera e propria dipendenza (Nunez-Smith et al., 2008).

Nella Regione Emilia-Romagna ogni 3000 nati vivi vi è un bambino affetto da malattie metaboliche (Profilo di Salute 2015) e tra l'1 e i 3 bambini ogni mille nuovi nati soffrono di ipoacusia congenita: la diagnosi precoce effettuata attraverso gli *screening nei punti nascita* può normalizzare o migliorare significativamente la qualità di vita futura di questi bambini.

Gli **adolescenti** rappresentano una risorsa fondamentale per lo sviluppo della società e in quanto tale vanno sostenuti in tutte le tappe della crescita. Nel 2012 i giovani che hanno

interrotto precocemente gli studi sono il 15,4% ed è in costante aumento sia il numero di minori afferiti ai Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (+27% dal 2010 al 2013) che quello degli utenti minorenni dei servizi sociali territoriali (Profilo di Salute 2015). La crisi attuale si innesta in un contesto di riduzione delle opportunità legata al gradiente socio-economico delle famiglie rendendo sempre più necessari *interventi trasversali di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale nonché azioni mirate alla prevenzione di violenze e abusi sui minori*.

Sempre nell'ottica di promuovere una vita sana e favorire il mantenimento di un buono stato di salute nel corso dell'esistenza, le azioni rivolte agli **over 65enni** sono mirate alla *conservazione delle abilità residue* e all'*adozione di corrette abitudini alimentari*: in Emilia-Romagna il basso consumo di frutta e verdura e l'eccesso ponderale riguardano rispettivamente l'88% e il 54% delle persone con più di 70 anni (Passi d'Argento 2010-2013). La conservazione delle abilità residue può essere condizionata sia da abitudini scorrette come la sedentarietà che da un ambiente poco favorevole alla sicurezza individuale. Secondo i dati di Passi d'Argento, nel biennio 2012-2013 nella nostra regione il 10% della popolazione ultra64enne (pari ad una stima di circa 100.000 persone in regione) è caduta nei 30 giorni precedenti l'intervista; la metà delle cadute riferite è avvenuta dentro l'ambiente domestico. Gli ultra80enni sono particolarmente a rischio in caso di incidente domestico, soprattutto in considerazione del carico di disabilità dovuto ad esito di frattura di femore (Profilo di Salute, 2015). Una fascia di anziani particolarmente esposta a questo tipo di rischio è rappresentata dalle persone affette da demenza senile, che nel 70% dei casi vivono al domicilio: è ampiamente dimostrato che l'ambiente domestico e gli spazi di vicinato sono terapeutici nel sostenere memoria, autostima e autonomia.

L'articolazione degli interventi

Nel Setting Comunità - Programmi Età Specifici, sono state individuate tre linee di intervento articolate su un doppio binario: offerta di sistema ed empowerment individuale.

La prima linea di lavoro – Salute 0-6 – è rivolta al target bambini 0-6 anni e alle loro famiglie. Interventi di empowerment individuale sono mirati alla promozione di stili di vita sani in gravidanza, all'allattamento al seno e al miglioramento delle sicurezze (in ambito domestico ed al corretto utilizzo dei dispositivi elettronici). Le azioni volte a migliorare l'offerta del sistema si riferiscono ai programmi di Screening neonatale per la prevenzione delle conseguenze dei deficit neurosensoriali e metabolici (screening audiologico, oftalmologico e del TSH neonatale). Dovrà inoltre essere organizzata una formazione specifica rivolta ai PLS sul tema della prevenzione degli incidenti domestici nei bambini.

Una linea di lavoro riguarda gli adolescenti – Salute adolescenti – per i quali i progetti proposti si pongono l'obiettivo di proseguire l'implementazione di tavoli di lavoro e coordinamento interdisciplinare al fine di orientare la programmazione territoriale e offrire una proposta organica di interventi di promozione della salute degli adolescenti.

È inoltre previsto un intervento che ha l'obiettivo che si rivolge alla prevenzione del maltrattamento e abuso sui minori.

Una ultima linea di lavoro – Salute Over – ha come destinatari gli ultra sessantacinquenni con l'obiettivo di mantenerne e migliorarne le abilità. Sul fronte dell'offerta del sistema, le azioni si concentrano sulla promozione di un *programma di ginnastica personalizzata per gli anziani* a rischio di caduta tramite le Case della Salute, e nella *promozione di ginnastica per piccoli gruppi* anche in interazione con la rete delle Palestre

Etiche e Sicure della Regione Emilia-Romagna. A supporto di tale progetto dovrà essere organizzata una formazione specifica rivolta ai MMG sul tema delle cadute nell'anziano. È necessario, inoltre, condurre approfondimenti relativi alla progettazione e realizzazione di spazi abitativi e di vicinato che favoriscano la sicurezza e la socializzazione al fine del mantenimento e miglioramento delle abilità residue degli anziani, nonché la conservazione dell'autonomia negli anziani con disturbi neuro comportamentali.

Anche lo stato nutrizionale contribuisce alla qualità della vita degli anziani e l'alimentazione può rappresentare un fattore di rischio determinante per numerose malattie cronico – degenerative. Il controllo della *ristorazione nelle strutture socio – assistenziali* costituisce un'occasione di educazione alimentare finalizzata alla prevenzione ed al contrasto della vulnerabilità dell'anziano, in termini di mortalità e morbidità, aumento delle complicanze ed insuccesso delle terapie.

Il programma n. 3 “Setting Comunità - Programmi età specifici” si propone di contribuire alla realizzazione di alcuni Obiettivi centrali dei Macro Obiettivi 1, 2, 3, 6, 8 e 10. In particolare:

- 4 schede sono riferite a progetti dedicati ai piccoli (0-6 anni), delle quali 3 sono relative alle azioni sull'individuo (stili di vita sani in gravidanza 1, allattamento al seno 1.2.1; sicurezze 6.1.1, 6.3.1, 8.11.1) e una relativa al potenziamento dell'offerta di sistema (screening neonatali 2.1, 2.2, 10.10.1)
- 3 schede si riferiscono al target adolescenti, delle quali una ha il focus sugli individui (Peer online 3.1.1) e 2 rafforzano l'offerta del sistema (promozione della salute e del benessere tra gli adolescenti 3.1.1, prevenzione e maltrattamento abuso nei minori 3.2)
- 2 schede si riferiscono al target anziani over65enni; tutte volte al rafforzamento dell'offerta del sistema in relazione al mantenimento delle abilità residue e alla prevenzione delle cadute (programma di ginnastica personalizzata a domicilio e ginnastica per piccoli gruppi 6.2.1, 1.9.2, 1.9.3) e all'alimentazione in struttura (prevenzione e contrasto alla malnutrizione proteico – energetica nell'anziano in struttura 1)

Alcuni obiettivi del setting Comunità - Programmi età specifici vengono realizzati con interventi integrati programmati in altri setting e precisamente:

- programma n. 2 “Setting comunità - Programmi di popolazione” per quanto riguarda il tema dell'incidentalità stradale (indicatori centrali 5.1.1, 5.2.1, 5.3.1, e 5.3.2), delle coperture vaccinali in adolescenti (9.7.1 e 9.7.2);
- programma 4 “Setting Comunità - Programmi per condizione” per quanto riguarda i percorsi di prevenzione e cura di Salute Mentale per l'Adolescenza e i Giovani Adulti (fascia 14–25 anni) e di educazione all'affettività e sessualità (indicatore centrale 3.2.1) nonché il tema dell'abuso di alcol e di sostanze con i Progetti “Giovani in Pronto Soccorso” e “Interventi di prossimità per la prevenzione dei rischi” (indicatori centrali 1.6.4 e 4.1.1)
- programma n. 5 “Setting scuola” in particolare in riferimento all'adozione di stili di vita salutari e per il potenziamento dei fattori di protezione e resilienza nell'età pediatrica e nell'adolescenza (indicatori centrali 1.3.1, 1.7.2, 1.8.2, 3.1.1 e 4.1.1)

Schede di progetto

Programma 3 - Setting Comunità - Programmi età specifici

Codice progetto e nome	3.1 - Prevenzione precoce dell'obesità infantile e promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie
Descrizione	I primi anni di vita rappresentano una finestra eccezionale di osservazione e intervento per la promozione della salute in quanto rappresentano il periodo in cui vengono poste le basi fisiche, cognitive e socio relazionali dell'intera esistenza di ciascun individuo. L'esposizione a fattori di rischio in età precoce può pertanto essere particolarmente nociva in quanto può condizionare l'intero arco di vita dell'individuo. Garantire a ciascun bambino di venire al mondo nelle migliori condizioni possibili è un impegno eticamente giusto ed economicamente vantaggioso per tutti, grazie al ritorno positivo su tutta la popolazione degli interventi realizzati nei primi anni di vita. In particolare, nella storia di bambini sovrappeso e obesi è possibile individuare fattori di rischio precoci risalenti all'epoca prenatale e correlati a stili di vita scorretti delle gestanti. Tali fattori di rischio sono spesso più diffusi in donne con basso titolo di studio, non occupate e con cittadinanza straniera.Cogliere l'occasione della gravidanza per promuovere stili di vita salutari può migliorare la salute della madre ed avere un impatto positivo sulla salute del bambino, soprattutto per le gestanti che provengono da gruppi di popolazione particolarmente vulnerabili. Il progetto prevede azioni di promozione delle sane abitudini alimentari, attività motoria, astensione dal fumo, alcool e controllo del guadagno di peso in donne in gravidanza attraverso il contributo dei Consultori famigliari e degli operatori dei reparti di ostetricia e ginecologia. Dopo la nascita del bambino le azioni saranno proseguite principalmente dai consultori famigliari, da parte dei PLS e dalle Pediatrie di Comunità. È prevista una formazione degli operatori sanitari coinvolti e la predisposizione di specifico materiale informativo.
Gruppo beneficiario prioritario	Donne in gravidanza e puerperio e bambini nei primi 3 anni di vita.
Setting identificato per l'azione	Ambulatori dei consultori famigliari, dei reparti di ostetricia e ginecologia, dei PLS, delle Pediatrie di Comunità- e alle case della salute
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari dei consultori famigliari e dei reparti di ostetricia e ginecologia, PLS, operatori delle Pediatrie di Comunità, delle Case della Salute, Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Servizi di Medicina dello sport, Palestre etiche e sicure
Prove di efficacia	Interventi dietetici e motori sembrano efficaci per prevenire l'eccessivo incremento di peso in gravidanza (fattore di rischio per obesità infantile) (Thangaratinam S. et al, BMJ 2012); Le abitudini alimentari in gravidanza e durante l'allattamento influenzano i successivi gusti del bambino (Shaal B et al, Chem senses, 2000); Le abitudini alimentari della madre in gravidanza influenzano la tendenza della prole a sviluppare la deposizione di tessuto adiposo (Moon RJ, Clin Endocrinol Metab, 2013). Childhood consequences of maternal obesity and excessive weight gain during pregnancy. (Gaillard R et al, Acta Obstet Gynecol Scand 2014). Risk of childhood overweight or obesity associated with excessive weight gain during pregnancy: a meta-analysis.(Tie HT et al, Arch Gynecol Obstet 2014)
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto coinvolge diverse categorie di operatori sanitari (Medici, Ostetriche, dietisti, Infermieri) e servizi sanitari (Consultori famigliari, Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione, servizi Medicina dello Sport, Pediatrie di Comunità, Reparti di Ostetricia e Ginecologia, PLS). Inoltre, sono interessati potenzialmente: nidi d'infanzia, palestre etiche e sicure.

	Il progetto, nella sua componente gravidanza e puerperio, prevede la condivisione delle raccomandazioni e delle attività con quelle della commissione nascita, che su questi temi ha già lavorato (linea guida gravidanza fisiologica e cartella della gravidanza)
Attività principali	Predisposizione di linee di indirizzo e strumenti a valenza regionale per la promozione di sane abitudini alimentari e motorie in gravidanza, presso consultori familiari e reparti di ostetricia e ginecologia; Sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari di tali strutture; Effettuazione di counselling breve rivolto alle donne in gravidanza Monitoraggio e valutazione
Rischi e management	Difficoltà nella attivazione di sinergie tra soggetti diversi
Sostenibilità	Il progetto è sostenibile perchè non richiede sostanzialmente ulteriori risorse ma una rivalutazione dell'attività di servizi o degli operatori sanitari già in campo. Servono comunque maggiori risorse per ascolto, comunicazione, monitoraggio, oltre che materiali dedicati

Cronogramma progetto 3.1 - "Prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Predisposizione di linee guida	X	X	X											
Formazione degli operatori sanitari					X	X	X	X	X	X	X	X		
Effettuazione di counselling breve nelle donne in gravidanza						X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% di Aziende sanitarie che hanno attivato la formazione degli operatori sanitari secondo le linee guida regionali	Rilevazione ad hoc	N° AUSl in cui si è attivata la formazione/totale AUSl regionali x 100	0%	30%	70%	100%
% di Aziende sanitarie che hanno attivato gli interventi	Rilevazione ad hoc	N° AUSl che hanno attivato gli interventi/totale AUSl regionali x 100	0%	10%	50%	100%

Codice progetto e nome	3.2 - AllattER - Promozione allattamento al seno
Descrizione	L'allattamento al seno è una delle principali misure per garantire il mantenimento della salute dei bambini. I dati di efficacia sono innumerevoli, coerenti, replicati nel tempo e dimostrano che i bambini nutriti con latte materno si ammalano e muoiono di meno di quelli nutriti con latte artificiale, sia nei paesi ricchi che in quelli poveri. I numerosi e indiscussi vantaggi per i lattanti, i genitori e la società, del latte materno rispetto al latte artificiale sul piano biologico, nutrizionale, affettivo, relazionale, nonché economico, sono stati ampiamente studiati. Per questi motivi la Regione Emilia-Romagna è impegnata dal 1999 nel monitoraggio dei tassi di allattamento al seno (Servizio Assistenza territoriale in collaborazione con l'APeC, Associazione Pediatria di Comunità) come previsto dall'obiettivo 6 della D.G.R n. 533/2008 (strumenti di monitoraggio per la promozione dell'allattamento al seno) e nell'implementazione di progetti volti alla protezione, promozione e sostegno di questa pratica.
Gruppo beneficiario prioritario	Donne in gravidanza e puerperio, e lattanti.
Setting identificato per l'azione	Territorio (consultori familiari, spazi mamme, spazi donne immigrate, pediatria di comunità, pediatri di libera scelta; associazioni di auto-mutuo-aiuto) Ospedale (punti nascita, terapie intensive neonatali-TIN, banche del latte, pediatrie).
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Professionisti sanitari dell'area materno-infantile (pediatri/MMG, ginecologi, ostetriche, infermiere, assistenti sanitarie); Gruppi di volontariato (auto-mutuo-aiuto); Enti Locali (centri per le famiglie, assessori al welfare).
Prove di efficacia	Le innumerevoli prove di efficacia a sostegno dell'effetto benefico sulla salute di madre e bambino dell'allattamento al seno e degli interventi volti alla protezione, promozione e sostegno dello stesso sono presentati nelle pagine web del sito sulla salute perinatale: in particolare quelle relative all'alimentazione infantile su (http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/742); quelle sul l'implementazione dei progetti di sostegno (http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/455).
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	La promozione dell'allattamento al seno rientra anche nel MO9 (Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie), come evidenziabile sulla base delle prove di efficacia; è per questo che la promozione dell'allattamento al seno rientra fra le raccomandazioni elaborate dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna (ASSR) sulla gestione delle comuni patologie infettive respiratorie pediatriche. Il progetto prevede la collaborazione di diversi servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali e per l'Integrazione nonché dell' ASSR, oltre al rafforzamento della rete con gli Enti Locali e le associazioni di volontariato. È auspicabile inserire nella rete anche il mondo della scuola (educatori dei servizi educativi 0-3 anni). L'indicatore dell'allattamento al seno è stato identificato come marker di buona integrazione fra i servizi ospedalieri e territoriale e di qualità delle cure pediatriche (profili di cura pediatrici). L'allattamento può identificare un periodo di maggiore disponibilità della donna a migliorare alcuni stili di vita (fumo, alcool, alimentazione) ed è quindi possibile coordinare la promozione dell'allattamento con altri interventi di promozione di sani stili di vita.

Attività principali	Attivare momenti di formazione/sensibilizzazione specifici sul tema della tutela delle donne da pratiche scorrette di marketing dei latti artificiali, rivolti in particolare ai professionisti dei punti nascita e ai pediatri di libera scelta (PLS), eventualmente tramite la formulazione di una scheda di dimissione tipo, che contenga i messaggi “corretti” da dare ai neogenitori, messaggi da recuperare poi durante le prime visite del PLS Rilevazione annuale dati di prevalenza a 3 e 5 mesi (fonte dati anagrafe vaccinale regionale e bilanci di salute pediatrici con report annuale) e a 11 mesi (bilanci di salute pediatrici); Costituzione di una commissione pediatrica regionale a cui parteciperanno pediatri di libera scelta e pediatri di comunità incaricati, fra le altre cose, della gestione dell’analisi dei bilanci di salute. Attività di sensibilizzazione rivolte alla popolazione (flashmob in occasione della settimana mondiale dell’allattamento) e coinvolgimento degli educatori dei servizi per l’infanzia (0-3 anni) nelle attività di formazione/informazione Identificazione a livello regionale e diffusione a livello locale di buone pratiche per la protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno e per la diffusione di sani stili di vita; Informazione ai professionisti e ai cittadini (via web e cartacea) sull’allattamento al seno e sui sani stili di vita. Previsto lo sviluppo, stampa e diffusione di pieghevoli informativi multilingue sulla prevenzione della morte improvvisa del lattante in culla – SIDS che vede, fra gli interventi, anche la promozione dell’allattamento, e per gli stili di vita la diffusione della cartella della gravidanza e della linea guida gravidanza fisiologica.
Rischi e management	In caso di designazione, nell’ambito della Commissione pediatrica regionale, di una Pediatria di comunità come centro capofila della specifica attività di analisi dei bilanci di salute, sarà necessario prevedere la stipula di una convenzione/collaborazione ad hoc. L’attività di coinvolgimento degli educatori dei servizi per l’infanzia (0-3 anni) nelle attività di formazione/informazione può essere facilitata stipulando atti di collaborazione/convenzione specifici. Le attività di sensibilizzazione rivolte alla popolazione prevedono la collaborazione con gli Enti Locali e le associazioni di auto-mutuo-aiuto: al fine di facilitare questa collaborazione, già avviata negli anni passati, potrebbe essere utile la presentazione del progetto in cabina di regia.
Sostenibilità	Il sistema di monitoraggio è vincolato alla collaborazione dei professionisti del territorio (professionisti dei centri vaccinali e i pediatri di libera scelta) per la raccolta e inserimento dei dati e dei servizi della Regione per garantire il flusso dei dati e l’elaborazione degli stessi. La possibilità di implementare interventi di miglioramento delle pratiche e di diffusione delle informazioni è vincolata alla collaborazione e partecipazione degli attori sopra descritti e alla disponibilità di fondi dedicati.

Cronogramma progetto 3.2 "AllattER - Promozione allattamento al seno"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Monitoraggio				X				X				X		
Identificazione buone pratiche		X	X	X	X	X								
Azioni di sensibilizzazione (flashmob)		X				X				X				X
Informazione			X	X			X	X			X	X		
Implementazione buone pratiche							X	X	X	X	X	X	X	X
formazione/sensibilizzazione sulla tutela da pratiche scorrette di marketing dei latti artificiali			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% popolazione monitorata	AVR (anagrafe vaccinale regionale) Bilanci di salute CEDAP (certificato di assistenza al parto)	<i>N. schede allattamento /N. parti in Regione all'anno x 100 (per il denominatore si calcola la media del numero dei parti nell'anno precedente alla rilevazione e nell'anno in corso)</i>	16%	20%	22%	25%
N. AUSI che adottano buone pratiche	Rilevazione ad hoc	NA	0	≥4	≥5	≥6
N. di città che partecipano al flashmob (con la specifica del N di capoluoghi)	Rilevazione ad hoc	N assoluto di città partecipanti N assoluto di capoluoghi di provincia	10 città 6 capoluoghi	≥10 ≥6 capoluoghi	≥11 ≥7 capoluoghi	≥12 ≥7 capoluoghi

Codice progetto e nome	3.3 - Sicurezza
Descrizione	Il progetto è rivolto al target 0-6 anni e persegue l'obiettivo di intervenire su alcuni fattori di rischio legati a scarsa consapevolezza e adozione di comportamenti scorretti che mettono a rischio la salute dei piccoli. L'intervento si concentra su due ambiti particolari: la sicurezza in ambito domestico e il corretto uso dei dispositivi elettronici (Digital Devices – Dispositivi digitali, ovvero telefoni cellulari, smartphone, videogiochi, lettori mp3, internet, tablets). Il primo ambito di intervento riguarda prevalentemente la sensibilizzazione di genitori e piccoli rispetto al problema della prevenzione degli incidenti domestici. L'intervento consiste nella produzione di materiale informativo (opuscoli multilingue) e gadget (metro di cartone che esplicita i rischi nel quale il bimbo incorre a seconda delle tappe di crescita) destinati ai genitori di tutti i nuovi nati (consegna alla dimissione ospedaliera) e nella proposta di una attività ludico-didattica alle classi delle scuole dell'infanzia (incontri facilitati da un animatore professionale). Sarà infine necessario aggiornare i PLS attraverso una formazione specifica relativamente al rischio di incidente domestico nei bambini. Per quel che riguarda il corretto uso dei dispositivi digitali, essi costituiscono fonti fondamentali di informazione, comunicazione e possono favorire lo sviluppo di reti sociali e ma se non usati in modo corretto e consapevole possono portare a gravi conseguenze per la salute psico-fisica dei bambini e dei ragazzi. È quindi fondamentale intervenire nei primissimi anni di vita, quando si consolidano abitudini e attitudini nei piccolissimi, e ciò avviene prevalentemente all'interno dell'ambiente familiare. Per questa ragione l'intervento è rivolto ai genitori dei piccoli al fine di sensibilizzarli rispetto al corretto utilizzo dei dispositivi digitali attraverso la produzione e distribuzione di materiale informativo in tutto il territorio regionale.
Gruppo beneficiario prioritario	Genitori di bambini 0-6 anni Bambini 0-6 anni
Setting identificato per l'azione	Popolazione, Scuola dell'infanzia, SSR
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Altri familiari diversi dai genitori; Operatori delle Az.Sanitarie; Educatori/maestre delle scuole servizi per l'infanzia; psicopedagogiste, animatore.
Prove di efficacia	Per quel che riguarda l'intervento nelle scuole d'Infanzia, la metodologia educativa adottata consiste in drammatizzazioni con role playing, strumenti di provata efficacia al fine di fare “vivere attivamente” il momento educativo ai bambini, facendoli divenire parte integrante del proprio bagaglio esperienziale e culturale (Istituto Superiore di Sanità La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni. A cura di Anna De Santi, Ranieri Guerra e Pierluigi Morosini 2008, iv, 174 p. Rapporti ISTISAN 08/1). L'attività di sensibilizzazione riguardante i dispositivi digitali si basa sull'evidenza che i nuovi genitori, in quanto già parte della generazione digitale, hanno le competenze “tecniche” sufficienti per guidare i figli all'utilizzo consapevole e corretto dei dispositivi digitali (Guidolin, 2014). Il materiale utilizzato si baserà su quanto elaborato e già testato in un progetto promosso nel 2013 dall'Ufficio Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione Friuli Venezia Giulia e affidato al Centro per la Salute del Bambino allo scopo di raccogliere materiali e buone pratiche. Quanto elaborato è stato successivamente rivisto e ampliato da un gruppo multidisciplinare di esperti, costituito da pediatri, psicologi, psicoterapeuti e sociologi dei media.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto incrocia diversi Setting poiché interviene in diversi ambiti (scuola, sanitario, famiglia) e richiede l'integrazione di diverse professionalità: educatori, animatori sociali, insegnanti, operatori sanitari e ostetriche.

Attività principali	Produzione e distribuzione dei materiali informativi: per l'uso corretto dei dispositivi digitali e per la prevenzione degli incidenti domestici (compreso il gadget metro) Realizzazione dell'intervento di animazione nelle scuole d'infanzia (progetto Bolla i Pericoli) che prevede la formazione degli insegnanti e la verifica, discussione e diffusione dei risultati Inoltre verrà adeguatamente potenziato il sistema informativo di pronto soccorso al fine di predisporre un report sugli avvelenamenti.
Rischi e management	In relazione alla prevenzione degli incidenti domestici: • Raggiungere il grado collaborazione necessario con i partner di progetto (personale sanitario dei punti nascita) per assicurare l'effettiva distribuzione dei materiali informativi ai genitori dei nuovi nati; • Realizzazione dell'alleanza educativa tra personale sanitario e delle operatrici delle Scuole d'Infanzia al fine di individuare le Scuole che ospitano l'intervento "Bolla i pericoli"; effettivo coinvolgimento attivo dei genitori nella realizzazione del progetto; • Formazione PLS. Corretto utilizzo dei dispositivi digitali: • Individuazione dei canali più efficaci per la distribuzione dei materiali informativi ed effettiva distribuzione dei materiali; • Verifica e monitoraggio dell'efficacia del progetto.
Sostenibilità	Gli interventi proposti sono già stati testati: i progetti relativi alla prevenzione degli incidenti domestici sono stati sperimentati all'interno del SSR, su tutto il territorio regionale o su porzioni di esso. Il progetto relativo al corretto utilizzo dei dispositivi digitali è stato ideato e messo in pratica nel territorio della Regione Friuli e Venezia Giulia e si propone di traslarlo sul nostro contesto territoriale.

Cronogramma progetto 3.3 "Sicurezze"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Sicurezza in casa: Elaborazione e produzione del materiale informativo e del gadget		X	X											
Sicurezza in casa: Distribuzione del materiale informativo e del gadget			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sicurezza in casa: Verifica del raggiungimento della popolazione target (indagine Passi)						X				X				X
Sicurezza in casa e Bolla i pericoli: Rapporti con le Scuole dell'Infanzia e formazione operatrici					X	X	X	X						
Sicurezza in casa/Bolla i pericoli: Realizzazione dell'intervento nelle scuole						X	X	X		X	X	X		
Sicurezza in casa/Bolla i pericoli: Vetrifica, discussione e diffusione dei risultati									X	X			X	X
Formazione PLS					X	X								
Corretto uso dispositivi digitali: attivazione di un gruppo di lavoro		X	X											
Corretto uso dispositivi digitali: produzione e stampa materiali				X	X	X								
Corretto uso dispositivi digitali: distribuzione dei materiali							X	X	X	X	X	X	X	X
Corretto uso dispositivi digitali: monitoraggio e valutazione dei risultati										X				X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Elaborazione e produzione del materiale informativo e gadget	Rilevazione ad hoc	NA		Sì		
% punti nascita in cui avviene distribuzione del materiale informativo e del gadget per la prevenzione degli incidenti domestici	Rilevazione ad hoc	Numero di punti nascita in cui è stato distribuito il materiale / numero punti nascita x 100		15%	50%	75%
Dispositivi digitali: attivazione del gruppo di lavoro e produzione del materiale informativo	Rilevazione ad hoc	NA		Sì		
Bolla i Pericoli: numero di bambini che hanno partecipato al progetto per area vasta	Rilevazione ad hoc	NA			250	250
% di AUSL che hanno organizzato interventi di formazione per PLS	Rilevazione ad hoc	N. di AUSL che hanno organizzato la formazione /N. totale AUSL x100		25%	50%	75%

Codice progetto e nome	3.4 - Implementazione e monitoraggio di alcuni fra i principali screening neonatali
Descrizione	Per alcune patologie una diagnosi precoce in epoca neonatale e prima della comparsa dei segni clinici, può migliorare significativamente la qualità di vita futura mediante l'instaurazione tempestiva di adeguati trattamenti. Gli screening neonatali che hanno dimostrazione di provata efficacia sono: 1) gli screening metabolici neonatali, 2) lo screening della ipoacusia e 3) lo screening dei difetti visivi. 1) In Emilia-Romagna il Centro Regionale di Screening Neonatale situato nell'AOU S.Orsola -Malpighi è attivo dal 1980 sulla base della L.R. del 10/06/1976 ed ha eseguito, sin dai primi anni di attività, diagnostica precoce e follow-up non solo per ipotiroidismo congenito, fenilchetonuria, fibrosi cistica, malattie per le quali lo screening neonatale è divenuto obbligatorio per legge nazionale nel 1992, ma anche per la galattosemia e l'iperplasia surrenale congenita. <i>Da alcuni anni l'introduzione e lo sviluppo delle tecnologie della Spettrometria di Massa (Tandem Massa) ha reso disponibile per un numero elevato di Malattie Metaboliche Ereditarie una metodica di diagnostica precoce utilizzando gli stessi cartoncini già in uso per l'attuale Screening Neonatale.</i> Il TSH, che viene dosato nell'ambito dello screening neonatale per la diagnosi di ipotiroidismo congenito, rappresenta anche un indicatore utilizzato per il monitoraggio della iodoprofilassi, infatti la percentuale di TSH neonatale $>5,0 \text{ } \mu\text{U/mL}$ viene utilizzato per valutare l'efficacia della iodoprofilassi. I dati relativi al TSH neonatale sono raccolti e informatizzati dal Centro Regionale di Screening neonatale ma non esiste ancora il flusso richiesto dall'ISS che dovrà essere implementato e andare a regime nei prossimi anni. 2) Con Deliberazione della Giunta Regionale 23 Maggio 2011, N. 694 è stato avviato lo screening neonatale dell'ipoacusia congenita in tutti i punti nascita dell'Emilia-Romagna. Lo screening viene effettuato da tecnici audiometristi o infermieri professionali e ostetriche che abbiano effettuato una formazione specifica. Lo screening con emissioni otoacustiche evocate (TEOAE) o/e con potenziali uditivi evocati (ABR da screening o ABR automatico) deve essere effettuato dopo le prime 24 ore di vita, prima della dimissione. L'esito dell'esame deve essere registrato sulla lettera di dimissione in modo tale da fornire adeguata informazione al pediatra di famiglia. I soggetti risultati positivi allo screening (mono o bilaterali) devono essere sottoposti ad un secondo esame (re-test) con emissioni otoacustiche evocate o/e con potenziali uditivi evocati entro le 3 settimane dal primo esame (l'effettuazione con ABR da screening può ridurre il numero di falsi positivi). Per i soggetti risultati positivi al re-test deve essere garantita la conferma del livello di sordità entro il secondo-terzo mese di vita. La conferma del livello di sordità deve essere effettuata da un team di professionisti con competenze audiologiche (audiometrista, audiologo o otorinolaringoiatra). L'indagine richiede l'esecuzione dell'ABR per soglia (potenziali evocati uditivi del tronco). È prevista una prima raccolta dei risultati attraverso l'elaborazione informatizzata dei bilanci di salute compilati dai pediatri di libera scelta. Infatti nei bilanci di salute viene chiesto se è stato eseguito il test di screening neonatale dell'ipoacusia, se sì se è risultato positivo e se positivo come è avvenuta la presa in carico. Tuttavia si prevede l'implementazione anche di un altro flusso proveniente direttamente dai punti nascita delle Aziende sanitarie. 3) A oggi in Emilia-Romagna non è stato ancora attivato lo screening oftalmologico neonatale in modo omogeneo a livello regionale. Esistono tuttavia alcuni punti nascita che lo stanno effettuando. Occorrerà eseguire una ricognizione di quanto già attivo, procedere alla valutazione delle metodiche più appropriate, estendere lo screening a tutti i punti nascita, prevedere strumenti di verifica e monitoraggio.
Gruppo beneficiario prioritario	I nuovi nati
Setting identificato per l'azione	ambiente sanitario

Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Aziende sanitarie in particolare operatori sanitari dei punti nascita, pediatri di libera scelta, Sistema informativo sanità e politiche sociali
Prove di efficacia	Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 Position Statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. American Academy of Audiology, American Academy of Pediatrics, American Speech-Language-Hearing Association, and Directors of Speech and Hearing Programs in State Health and Welfare Agencies. Pediatrics. 2007;120(4):898-921 Kennedy C, McCann D. "Universal neonatal hearing screening moving from evidence to practice." Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2004;89(5):F378-83 American Academy of Pediatrics, American Thyroid Association, Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. "Update of newborn screening and therapy for congenital hypothyroidism." Pediatrics 2006;117:2290-303. Olivieri A, The Italian Study Group for Congenital Hypothyroidism. "Epidemiology of congenital hypothyroidism: what can be deduced from the Italian registry of infants with congenital hypothyroidism." J Clin Endocrinol Metab 2013;98(4):1403-8 Ann. Ist. Super. Sanità, vol.30, n. 3 (1994), pp.309-316 "Ipotiroidismo neonatale transitorio e carenza iodica" G. Bartolozzi. IL RIFLESSO ROSSO NEL NEONATO, NEL LATTANTE E NEL BAMBINO. <i>Medico e Bambino pagine elettroniche</i> 2009; 12(1) http://www.medicoebambino.com/?id=AP0901_20.html IMAJ • VOL 12 • ma y 2010The Red Reflex Examination in Neonates: An Efficient Tool for Early Diagnosis of Congenital Ocular Diseases American Academy of Pediatrics. 3. Red reflex examination in neonates, infants, and children. Pediatrics 2008; 122: 1401-4.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'integrazione, Aziende sanitarie e ospedaliere, Università
Attività principali	Per gli screening metabolici neonatali: costruzione di un flusso informatizzato da centro regionale screening a Regione, da Regione a ISS. Monitoraggio e mantenimento. Per lo screening della ipoacusia: valutazione dei primi risultati ottenuti dai bilanci di salute dei PLS e considerazioni conseguenti su flusso. Per lo screening oftalmologico neonatale: ricognizione dell'esistente, costituzione di un gruppo di lavoro formato da esperti per valutare le modalità dello screening, deliberazione regionale del modello da adottare ed estensione dello screening a tutti i punti nascita, creazione di un flusso per la raccolta dati.
Rischi e management	Gli obiettivi prevedono l'integrazione fra diversi professionisti e strutture, nonché la costruzione di nuovi flussi informatizzati
Sostenibilità	Alcuni dei flussi informativi previsti sono già raccolti e parzialmente attivi

Cronogramma progetto 3.4 "Implementazione e monitoraggio di alcuni fra i principali screening neonatali"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
TSH: Costruzione di un flusso informatizzato da centro screening S.Orsola a RER e ISS		X												
Screening audiologico: valutazione risultati ottenuti dai bilanci di salute		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Screening oftalmologico: costituzione gruppo di lavoro e delibera		X	X	X	X	X								
Attivazione dello screening oftalmologico							X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Attivazione di un flusso dati informatizzato da Centro screening metabolici a Regione e ISS	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì
Attivazione di un flusso dati informatizzato dei dati relativi allo screening audiologico	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	Sì
Definizione indicazioni sulle modalità di effettuazione dello screening oftalmologico neonatale	Documento regionale	NA	No	Sì		
Attivazione dello screening oftalmologico nei punti nascita	Rilevazione ad hoc	<i>Punti nascita in cui è stato attivato lo screening / punti nascita x 100</i>	0	0	50%	100%

Codice progetto e nome	3.5 - Peer online
Descrizione	Sulla scorta dei risultati positivi del progetto CCM "Social Net Skills", svoltosi dal marzo 2012 al marzo 2015, nel quale è stato sperimentato "Younge", il primo servizio pubblico aiuto on line per adolescenti condotto da peer con il supporto di operatori dei servizi, il progetto intende dare continuità agli interventi già attivi in Emilia-Romagna, che sono attualmente attivi 3 profili che si occupano principalmente di Affettività/sessualità (AUsl di Modena e Parma- Spazio Giovani e Centro adolescenza); comportamenti a rischio (AUsl Romagna- Sert Forlì); uso di sostanze (CEIS Reggio Emilia), coinvolgendo altre realtà del territorio.
Gruppo beneficiario prioritario	Adolescenti
Setting identificato per l'azione	La comunità degli adolescenti
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Genitori, insegnanti, operatori dei servizi in particolare Spazi Giovani e Sert, Terzo settore.
Prove di efficacia	Risultati del progetto CCM 2012 "Social Net Skills"
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto coinvolge AUsl, Comuni, scuole e Terzo settore.
Attività principali	Attività di formazione degli operatori dei servizi e di supporto nonché dei giovani in funzione di peer Attivazione di chat con organizzazione della supervisione e discussione casi Sviluppo di una App dedicata per migliorare la fruibilità
Rischi e management	Il rischio principale è costituito dalla bassa partecipazione dei giovani, la possibile soluzione è rappresentata dall'estensione della partecipazione al progetto costituendo una redazione regionale allargata per ampliare gli orari di apertura del servizio.
Sostenibilità	La sostenibilità è legata alla conferma di alcune risorse dedicate alle attività del progetto.

Cronogramma progetto 3.5 "Peer online"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione operatori dei servizi.			X								X			
Formazione peer.					X				X				X	
Formazione operatori di supporto.					X				X				X	
Sviluppo della App dedicata.			X											
Svolgimento chat con supervisione.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Discussione dei casi.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N. contatti	Dati RER	NA	1200	1260 (+5%)	1323 (+5%)	1323
N. operatori coinvolti	Dati RER	NA	5	6	7	7
N. peer coinvolti	Dati RER	NA	20	21	22	22
Numero distretti con attivazione di chat	Dati RER	NA	4	5	6	6

Codice progetto e nome	3.6 - Progetto adolescenza
Descrizione	Il "Progetto Adolescenza" (secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo "Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza" approvate con Dgr. 590/13) si propone di sviluppare in modo più diffuso interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti (con attenzione agli adulti di riferimento ed al passaggio alla maggiore età) e di coordinare, in un percorso integrato dedicato agli adolescenti, le diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti negli ambiti territoriali corrispondenti alle Aziende sanitarie/province ed ai Distretti/Zone sociali. La proposta metodologica è di operare utilizzando le risorse e le competenze già oggi disponibili, raccogliendole e coordinandole nella sperimentazione di un "Progetto Adolescenza" con una programmazione che attraversi tutto il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali, scolastici ed educativi e che sia coordinato a livello aziendale/provinciale, con una declinazione a livello distrettuale nel rispetto delle diverse specificità territoriali e che garantisca continuità tra promozione, prevenzione e cura e appropriatezza degli interventi.
Gruppo beneficiario prioritario	Gli adolescenti 11-19 anni
Setting identificato per l'azione	Servizi territoriali sociali, sanitari, educativi e scolastici
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Adolescenti, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori dei servizi socio-sanitari-educativi, la comunità di riferimento
Prove di efficacia	Sono previste attività di monitoraggio del progetto tramite un gruppo di lavoro regionale specifico che si avvale del supporto dell'Università di Bologna. Tra i propri compiti ha quello di indicare buone prassi e azioni di miglioramento.
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto coinvolge tutti i servizi degli ambiti sociale, sanitario, educativo, scolastico e il privato sociale che si occupano di adolescenti.
Attività principali	Coordinamento e regia delle offerte territoriali rivolte agli adolescenti in ambito scolastico, familiare e comunitario. Monitoraggio dell'attuazione del Progetto adolescenza, con particolare riferimento a: sistema di governo locale del progetto, coinvolgimento del mondo adulto e comunitario, partecipazione attiva degli adolescenti, funzione di ascolto e connessione tra i servizi. Formazione degli operatori e scambio di esperienze. Formazione dei peer e attivazione progetti di peer education.
Rischi e management	Il progetto presuppone un coinvolgimento attivo dei decisori politici e dei dirigenti dei servizi. Il processo di costruzione del progetto adolescenza nei territori va accompagnato e supportato con azioni di formazione, monitoraggio e valutazione.
Sostenibilità	Il progetto è attivabile in tutti i territori in presenza di adeguato coinvolgimento e di un sostegno finanziario adeguato.

Cronogramma progetto 3.6 "Progetto adolescenza"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Coordinamento e regia delle offerte territoriali rivolte agli adolescenti in ambito scolastico, familiare e comunitario.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio dell'attuazione del Progetto adolescenza, con particolare riferimento a: sistema di governo locale del progetto, coinvolgimento del mondo adulto e comunitario, partecipazione attiva degli adolescenti, funzione di ascolto e connessione tra i servizi.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione degli operatori e scambio di esperienze.	X			X					X			X		
Formazione dei peer e attivazione progetti di peer education.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
<i>Numero di distretti in cui è formalizzato il coordinamento del "Progetto adolescenza" nei distretti</i>	<i>Dati RER</i>	<i>NA</i>	<i>2</i>	<i>5</i>	<i>9</i>	<i>12</i>
Numero equipe equipe interistituzionali sul territorio	Dati RER	NA	3	5	9	12
Attuazione del sistema di monitoraggio. Proposta buone prassi e azioni di miglioramento.	Dati RER	NA	Fase di progettazione	Attivazione in 2 distretti	Attivazione in ulteriori 2 distretti	Valutazione e esiti del monitoraggio

Codice progetto e nome	3.7 - Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura
Descrizione	La violenza contro le donne e i minori, oltre a quella presente in altre relazioni interpersonali, è sempre più frequente e ha effetti devastanti sulle vittime e su tutta la comunità. L'O.M.S. raccomanda che gli Stati si dotino di piani di prevenzione della violenza (Raccomandazione 1- W.H.O 2002) e di metodologie di progettazione rigorose e scientifiche che permettano di confrontare e controllare i risultati raggiunti e l'efficacia delle azioni (CISMAI, 2010). La Regione Emilia-Romagna da anni lavora in forma integrata con il territorio per il contrasto e la prevenzione della violenza contro le donne e i minori. In particolare ha voluto garantire l'uniformità e l'adeguatezza dei percorsi rivolti a bambini e adolescenti attraverso specifiche "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" adottate con D.G.R. n. 1677 novembre 2013. Tali linee definiscono le prassi appropriate per favorire la prevenzione, la rilevazione precoce del fenomeno ed il suo contrasto, attraverso percorsi socio-sanitari integrati e definiti secondo criteri omologabili nelle varie realtà territoriali. In attuazione delle raccomandazioni previste dalle linee regionali per la formazione dei professionisti dei servizi coinvolti nel percorso assistenziale integrato maltrattamento/abuso, la Regione ha proposto una collana di quaderni.
Gruppo beneficiario prioritario	Bambini, adolescenti e loro famiglie
Setting identificato per l'azione	- servizi sanitari territoriali (consultori familiari, spazi donne immigrate, pediatria di comunità, pediatri di libera scelta/medici di medicina generale) - servizi sanitari ospedalieri (pediatria, pronto soccorso, ostetricia-ginecologia, radiologia) - servizi educativi 0-6 anni, scuole, servizi sociali territoriali, comunità per minori, centri per le famiglie, associazioni di volontariato che si occupano della tematica
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	- Professionisti sanitari dell'area materno-infantile degli ospedali e del territorio (pediatri/MMG, ginecologi, ostetriche, infermiere, assistenti sanitarie) - educatori, assistenti sociali, pedagogisti, Enti Locali (amministratori e dirigenti), personale della scuola
Prove di efficacia	Le strategie per la prevenzione del maltrattamento sui minori hanno lo scopo di intervenire per ridurre le cause fondamentali e i fattori di rischio rafforzando i fattori di protezione per prevenire il verificarsi di nuovi casi. Il maltrattamento infatti è il risultato di una complessa interazione di fattori individuali, relazionali, sociali, culturali e ambientali. Per la comprensione e il contrasto del fenomeno il "Rapporto su violenza e salute" (WHO, 2002) e "Prevenire il maltrattamento sui minori (WHO, 2006) suggeriscono l'adozione di una prospettiva "ecologica" ispirata al modello di Bronfenbrenner che considera quattro aree concentriche che interagiscono nell'eziologia, nella prevenzione e nella cura del danno. Secondo questo modello di intervento le strategie preventive dovrebbero agire almeno su tre livelli (sociale, relazionale e individuale) in quanto le possibilità di crescita dei bambini sono funzione di una complessa rete di strutture (sistemi) che comprendono gli individui in una relazione dinamica reciproca. L'intervento sui fattori di stress rappresenta probabilmente il maggiore contributo che i professionisti impegnati nel settore materno-infantile possono dare ad una politica di prevenzione primaria dell'abuso infantile poiché hanno enormi potenzialità di individuare i fattori che possono agire come amplificazione della vulnerabilità tra cui ha un ruolo assai rilevante la depressione materna, la prematurità e la disabilità (Baronciani e Vicoli, 2002). Una importante revisione sistematica sugli aspetti preventivi del maltrattamento infantile (MacMillan 2000) riporta come intervento efficace le visite domiciliari da parte di professionisti dal periodo perinatale durante l'infanzia per madri primipare, con svantaggio socio-economico, genitori minorenni e madri nubili (forza di raccomandazione "A"= chiare

	indicazioni a raccomandare l'evento). Tale intervento favorirebbe lo sviluppo di fattori protettivi. Le evidenze cliniche e le ricerche svolte in tutto il mondo hanno dimostrato le conseguenze a breve, medio e lungo termine della violenza sulla salute del bambino, evidenziando danni fisici e psicologici che impongono di attuare cure precoci, efficaci, integrate e specialistiche per minimizzare gli effetti negativi dell'abuso/maltrattamento (prevenzione terziaria). http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_ita.pdf http://www.minori.it/files/prevenzione_disagio.pdf http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/life_skills.pdf Sito del Garante dell'infanzia e dell'adolescenza nazionale: http://garanteinfanzia.org/ Sito del Garante dell'infanzia e dell'adolescenza regionale: http://www.assemblea.emr.it/garanti/attivita-e-servizi/infanzia Sito dell'osservatorio dell'infanzia, pagina dedicata alla tutela, accoglienza e promozione contrasto alla violenza sui minori: http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/tutela-accoglienza-e-promozione/tutela-accoglienza-sostegno-genitorialita/violenze-sui-minori/violenze-sui-minori
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	La prevenzione del maltrattamento e abuso rientra anche nel programma n.4 Setting Comunità per condizione. Il progetto prevede la collaborazione di diversi servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali e per l'integrazione e ASSR, oltre a rappresentanti dei servizi sociali e dei servizi sanitari, degli Enti Locali e del mondo della scuola.
Attività principali	Garantire l'applicazione delle Linee Guida regionali attraverso il coordinamento della rete dei servizi sociali e sanitari e monitorarne l'andamento con la rilevazione annuale dati bambini in carico ai servizi sociali territoriali (fonte banca dati SISAM) e alla Neuropsichiatria infantile (fonte banca dati SINPIA-ER) Individuare le buone pratiche locali e garantirne la diffusione a livello regionale attraverso protocolli applicativi e quaderni correlati. Garantire una adeguata informazione (via web e cartacea) e formazione di base e specialistica ai professionisti
Rischi e management	L'attuazione del progetto richiede una grande trasversalità, sicuramente con il Servizio Politiche familiari infanzia e adolescenza, ma sarebbe auspicabile che la rete comprendesse anche gli educatori dei servizi educativi 0-6 anni, dell'Autorità Giudiziaria ed i soggetti del Terzo Settore/associazionismo.. Il sistema di monitoraggio è vincolato alla collaborazione dei professionisti del territorio (operatori sanitari e dei servizi sociali) per la raccolta e l'inserimento dei dati. Deve essere presidiata l'attività di messa a disposizione e fruibilità, per i professionisti, delle linee di indirizzo regionali e dei quaderni pubblicati e di quelli di prossima pubblicazione anche attraverso eventi di formazione di base e/o specialistica.
Sostenibilità	In attuazione delle Linee Guida la Regione ha già reso disponibili i primi due quaderni della collana che forniscono indicazioni metodologiche sulla valutazione clinica e medico-legale e sulla diagnosi differenziale in caso di fratture. La possibilità di implementare interventi di prevenzione e cura è vincolata alla collaborazione e partecipazione degli attori sopra descritti e alla disponibilità di fondi dedicati

Cronogramma progetto 3.7 "Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Monitoraggio applicazione linee di indirizzo regionali e quaderni correlati	X	X	X				X				X			
Formazione (locale e regionale)	X	X				X				X				X
Monitoraggio formazione			X				X				X			
Raccolta buone prassi per costruzione quaderno prevenzione maltrattamento/abuso	X	X	X	X										
Stesura quaderno prevenzione maltrattamento/abuso				X	X	X	X							
Rilevazione annuale dati bambini in carico ai servizi sociali territoriali (banca dati SISAM)			X	X	X		X	X	X		X	X	X	

Elenco indicatori

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N. eventi formativi realizzati a livello locale	Rilevazione ad hoc	NA	4	5	7	
N Aziende che inviano protocolli di buone prassi	Rilevazione ad hoc	NA	0	4	5	6
% di minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (modalità organizzative individuate per l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico integrata)	Sistemi informativi e Rilevazione ad hoc	<i>n. minori con M/A trattati in maniera integrata/numero pazienti con M/A totali x 100</i>	Da attivare	5%	10%	25%
N Aziende con evidenza documentale della avvenuta integrazione multiprofessionale	Rilevazione ad hoc	NA	0	2	4	6

Codice progetto e nome	3.8 - Programma di ginnastica personalizzata a domicilio (Otago) e per piccoli gruppi
Descrizione	L'obiettivo del progetto è la prevenzione delle cadute e delle relative conseguenze in termini di disabilità e costi per il sistema, attraverso l'applicazione di protocolli di prevenzione differenziati per diverse categorie di anziani a rischio con lo scopo di sperimentare interventi mirati e ottimizzare le risorse dedicate. Visto l'esito della sperimentazione effettuata con i precedenti Piani regionali della Prevenzione si è determinata l'opportunità di attivare un "ambulatorio cadute". L'attività prevista è la valutazione degli anziani potenzialmente a rischio su segnalazione dei Medici di Medicina Generale e la promozione di programmi di attività fisica finalizzata alla prevenzione delle cadute attuando strategie di autocura ed educazione terapeutica differenziate. Il passaggio successivo comporta la creazione di piccoli gruppi di anziani, l'organizzazione di incontri periodici per la promozione dell'attività fisica e l'avvio a percorsi per la pratica di attività fisica in gruppo, da costruirsi in collaborazione con la rete delle Palestre Etiche e delle Palestre Sicure. I percorsi si articoleranno in modo analogo a quanto previsto per l'attività fisica adattata (vedi scheda progetto 6.7), e potranno quindi iniziare con una prescrizione da parte del personale sanitario e proseguire con l'invio a palestre in cui operino professionisti, laureati in scienze motorie con le qualifiche previste per i percorsi AFA e che abbiano quindi seguito un breve corso di formazione gratuito organizzato dalle AUSL. È infine necessario formare i MMG in relazione al problema delle cadute nell'anziani. È auspicabile condurre approfondimenti relativi alla progettazione e realizzazione di spazi abitativi a di vicinato che favoriscano la sicurezza e la socializzazione al fine del mantenimento e miglioramento delle abilità residue degli anziani.
Gruppo beneficiario prioritario	anziani over65enni
Setting identificato per l'azione	Case della Salute, Rete delle Palestre Etiche e Sicure
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Personale sanitario, operatori delle palestre
Prove di efficacia	Numerosi studi confermano che un intervento di ginnastica personalizzata orientata al rinforzo muscolare e al miglioramento dell'equilibrio, eseguita al domicilio seguendo quanto previsto dal metodo Otago (Thomas, Mackintosh, Halbert: 2010) può ridurre la probabilità di cadere, negli anziani a rischio più elevato. Il protocollo, adottato in via sperimentale in alcune realtà della Regione Emilia-Romagna ha dato modo di verificare la trasferibilità del protocollo Otago nel contesto emiliano-romagnolo. È infatti ottima l'aderenza al programma (che sfiora l'80%), dato peraltro in linea col giudizio soggettivo positivo sul beneficio percepito. A ciò si aggiunge l'ulteriore azione virtuosa dell'induzione di uno stile di vita più corretto nell'ottica del mantenimento di tutte le funzioni residue per un invecchiamento di successo. Studi prospettici evidenziano come una attività fisica di intensità moderata, eseguita con regolarità ed intrapresa in giovane età, sia in grado di dimezzare i tassi di mortalità nell'età adulta e prolungare la vita media di oltre due anni [Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, Hsieh CC. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. New Eng J Med 1986; 314:605-613]. La letteratura evidenzia inoltre come l'adozione di uno stile di vita attivo possa esercitare un effetto favorevole sulla speranza di vita a prescindere dall'età alla quale si (ri)inizia ad essere fisicamente attivi [Blair SN, Kohl W, Barlow CE, Paffenbarger RS, Gibbons LW, Macera CA. Change in physical

	fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy and unhealthy men. J Am Med Ass 1995; 273:1093-1098.]. Gillespie et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Lloyd et al: Recurrent and Injurious Falls in the Year Following Hip Fracture. J Gerontol ABiol Sci Med Sci, 2009 Regione Emilia-Romagna Il piano per la prevenzione 2010-12 Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women BMJ 1997;315:1065-1069 A Salsi, M Natali, A Cenni, C Galetti La prevenzione del rischio di caduta dell'anziano al domicilio: valutazione di fattibilità G Gerontologia 2010; 58: 87-94
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto vede la collaborazione di diversi operatori sanitari (MMG, fisioterapisti, infermieri, medici dei DSP, Medici dello Sport, ortopedici, fisiatri, geriatri) e di soggetti esterni al sistema quali i gestori della Rete delle Palestre Etiche e Sicure.
Attività principali	Attivazione gruppo di lavoro regionale e produzione di un documento tecnico di indirizzo sul protocollo Otago inserito all'interno delle Case della Salute Formazione rivolta al personale dedicato delle Case della Salute Reclutamento dell'anziano nell'attività per la realizzazione degli incontri individuali Organizzazione di attività per piccoli gruppi e coordinamento con la rete Palestre Etiche e Sicure Corsi di formazione per il personale delle Palestre Etiche e Sicure Formazione MMG sul tema della prevenzione delle cadute nell'anziano Monitoraggio e valutazione del progetto
Rischi e management	L'effettiva presa in carico degli anziani a rischio caduta nelle Case della Salute è vincolata alla disponibilità dei MMG ed effettiva promozione del programma all'interno delle Case della Salute nonché alla disponibilità di personale dedicato al programma di incontri individuali È inoltre necessario stabilire una forte partnership con gli attori sul territorio per la promozione degli incontri, la pubblicizzazione dei corsi, nonché l'aderenza al percorso da parte della popolazione over65
Sostenibilità	La sostenibilità del progetto è legata alla continuità con l'esperienza dei precedenti Piano della Prevenzione. Inoltre il coinvolgimento delle palestre etiche e sicure per l'organizzazione di corsi di ginnastica di gruppo è stata ampiamente sperimentata per i programmi di attività fisica adattata.

Cronogramma 3.8 "Programma di ginnastica personalizzata a domicilio (Otago) e per piccoli gruppi"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attivazione gruppo di lavoro regionale		X	X	X										
Azioni preliminari all'avvio del programma					X	X								
Formazione del personale dedicato all'attuazione del programma Otago all'interno delle Case della Salute e delle palestre etiche e sicure				X	X	X	X	X						
Effettuazione del programma							X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio dei risultati						X				X				X
Formazione MMG				X	X	X	X	X						

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Disponibilità del documento tecnico di indirizzo elaborato dal gruppo di lavoro	Rilevazione ad hoc	NA	NA	Sì		
Attivazione del programma all'interno delle Case della Salute	Rilevazione ad hoc	Numero Case della Salute che hanno attivato il programma / totale Case della Salute x 100	0	0	10%	30%
Evidenza di attivazione di percorsi formativi attivati in tutte le Case della Salute coinvolte nel progetto	Rilevazione ad hoc	Attivazione di almeno un corso di formazione per ogni Casa della Salute coinvolta	0	0	Sì	Sì
Realizzazione della formazione per MMG	Rilevazione ad hoc	Numero di AUSL che hanno aderito alla formazione / totale AUSL x 100	0	25%	50%	75%

Codice progetto e nome	3.9 - Alimentazione anziano
Descrizione	Lo stato nutrizionale contribuisce alla qualità della vita per ogni individuo e l'alimentazione può rappresentare un fattore di rischio determinante per numerose malattie cronico – degenerative; da tempo l'OMS e l'UE hanno pianificato sinergicamente una politica internazionale finalizzata all'adozione, nell'ambito delle popolazioni, di stili di vita salutari. Rientrano tra le principali iniziative interventi mirati verso gruppi di popolazione ad alto rischio quali gli anziani istituzionalizzati, finalizzati all'adattamento dei sistemi sanitari e alla erogazione garantita di cure efficaci e continuità assistenziale. In tale contesto, la malnutrizione, intesa quale condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente ad uno squilibrio tra i fabbisogni, gli introiti e l'utilizzo dei nutrienti, costituisce un problema poco conosciuto e/o sottovalutato, spesso già presente nell'anziano all'inizio della vita in struttura, che comporta costi sanitari elevati, sia diretti (inerenti la patologia), sia indiretti (riguardanti la qualità della vita, gli aspetti di fragilità e vulnerabilità nei confronti delle malattie e di quelli sociopsicologici). La malnutrizione per eccesso e per difetto (soprattutto la Malnutrizione Proteico – Energetica o PEM) è, nell'anziano, in gran parte correlata all'ambiente in cui vive e raggiunge per l'anziano in struttura percentuali del 30% per la forma in difetto e del 20-35% per l'obesità. La ristorazione nelle strutture socio – assistenziali potrebbe costituire un'occasione di educazione alimentare associata ad una vera e propria cura dell'ospite, finalizzata alla prevenzione ed al contrasto della vulnerabilità del paziente, in termini di mortalità e morbilità, aumento delle complicanze ed insuccesso delle terapie.
Gruppo beneficiario prioritario	Anziani ospiti delle Case residenze per anziani non autosufficienti (CRA); anziani dei centri diurni socio – sanitari; anziani in comunità alloggio.
Setting identificato per l'azione	Case residenze per anziani non autosufficienti (CRA); Centri Diurni socio – sanitari; Comunità Alloggio.
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari; Amministratori locali; Ditte di ristorazione; familiari degli ospiti
Prove di efficacia	“Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera ed assistenziale” – Presidenza del Consiglio dei Ministri – Rep. N. 246/ASR del 16/12/2010; Gaillard C., Alix E., Salle A., Berrut G. and Ritz P. “Energy requirement in frail elderly people: a review of the literature”. Clin. Nutr., Feb. 2007; 26(1):16-24; Martin CT, Kayser – Jones J., Stotts N., Porte C, Froelicher ES., “Nutritional Risk and Low Weight in Community – Living Older Adults: A Review of the Literature (1995-2005)”. J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. Sep 2006; 61:927 – 934; Guigoz Y.: “The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – What does it tell us?”. J Nutr Health Aging 2006; 10:466-485
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	La ristorazione socio – assistenziale rappresenta un contesto privilegiato per la prevenzione ed il contrasto alla malnutrizione proteico – energetica nell'anziano e per la promozione di corrette abitudini alimentari; tale comparto ha un'interfaccia diretta con gli Enti Locali, le Ditte di ristorazione ed altri operatori del settore alimentare
Attività principali	Realizzare e condividere gli strumenti di lavoro a livello regionale e territoriale Valutazione del menù e delle tabelle dietetiche in uso con emissione di parere, compresa la disponibilità di idratazione libera durante l'intero arco della giornata; Formazione degli operatori addetti alla preparazione dei pasti (se in gestione diretta) oppure degli operatori appartenenti alle Ditte di ristorazione;

Rischi e management	La malnutrizione nell'anziano è scarsamente riconosciuta; la ristorazione non sempre viene considerata quale aspetto rilevante della qualità assistenziale offerta; scarsa standardizzazione, a livello nazionale, dell'attività di trasferimento e diffusione delle conoscenze ai gruppi qualificati e generici
Sostenibilità	Le esperienze pregresse ed in corso, ancorché parcellari, attestano la validità e l'efficacia delle attività comprese nel progetto.

Cronogramma progetto 3.9 "Alimentazione anziano"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Realizzare e condividere gli strumenti di lavoro a livello regionale e territoriale			X	X	X	X								
Valutazione del menù e delle tabelle dietetiche in uso con emissione di parere							X	X	X	X	X	X	X	X
Formazione degli operatori addetti alla preparazione dei pasti										X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% di pareri emessi a seguito della valutazione del Menù	Rilevazione ad hoc	Numero pareri menù rilasciati / numero strutture x 100	NA	0%	30%	40%
% operatori addetti alla preparazione dei pasti formati	Rilevazione ad hoc	Numero di operatori formati / numero di operatori x 100	NA	0%	50%	70%

4. Setting Comunità – Programmi per condizione

I gruppi di popolazione con fragilità legate a dipendenze, a condizioni di disagio psichico o sociale necessitano di interventi mirati e adattati alle loro esigenze specifiche, per conseguire una maggiore efficacia, con l'obiettivo di favorire la promozione e l'adesione a programmi di prevenzione e per la promozione di stili di vita salutari.

Possiamo distinguere diverse tipologie di persone in cui si riconoscono per ciascuna di esse specifiche “fragilità”:

- persone che hanno difficoltà ad accedere ai programmi e/o servizi esistenti nel territorio che promuovono l'assunzione di stili di vita sani e il miglioramento del benessere e delle condizioni di salute. Tra queste figurano coloro che hanno disabilità fisica o psichica, caregivers (badanti e donne casalinghe per necessità), persone che si prostituiscono.
- persone che per bassa consapevolezza e/o per scelta mettono in atto comportamenti a rischio per la propria salute e non solo. Tali comportamenti sono riconducibili ai diversi ambiti degli stili di vita (alcool, MTS ecc.). In questa tipologia di persone si possono ricomprendere gli studenti dei corsi professionali, che spesso portano con sé storie personali e scolastiche difficili, giovani con episodi acuti di intossicazione da alcool e sostanze stupefacenti, i recidivi sanzionati per guida sotto l'effetto di alcool, persone che mettono in atto comportamenti di guida e sessuali a rischio a seguito di abuso di alcool e sostanze stupefacenti nei luoghi del divertimento e persone tossicodipendenti in condizione di marginalità sociale che mettono in atto comportamenti a rischio di trasmissione di contagio;
- persone che per le loro condizioni di vita quale quella dei carcerati, non solo non possono accedere ai programmi e/o servizi dedicati alla prevenzione e promozione di stili di vita salutari presenti nel territorio, ma vivono una situazione che amplifica i rischi di mettere in atto comportamenti che compromettono il loro benessere e la loro salute.
- persone ad alto rischio di psicosi e con esordio psicotico

Queste diverse tipologie di persone hanno necessità di interventi specifici caratterizzati da tempi prolungati e costanti, valorizzazione delle risorse comunitarie e integrazione di tali risorse nelle azioni progettuali, l'creazione di un contesto che favorisca e sostenga l'adozione di stili di vita che permettano di riconoscere come valore la propria salute anche come riscatto e tutela della propria dignità.

Queste condizioni, per realizzarsi, richiedono la creazione di una rete di collaborazioni con il coinvolgimento dei servizi sanitari, sociali, del terzo settore, di enti ed istituzioni (Enti Locali, forze dell'ordine), ma soprattutto richiedono di considerare come valore anche le risorse delle persone direttamente interessate.

Inoltre si tratta generalmente di tipologie di popolazione che sono difficili da raggiungere e che possono avere atteggiamenti di resistenza nei confronti delle proposte provenienti dalle istituzioni e dai servizi e che possono più facilmente essere coinvolti con proposte organizzate secondo il modello di “prossimità”.

La sostenibilità degli interventi rivolti a questi utenti può richiedere modifiche organizzative dei servizi per offrire percorsi agevolati a queste popolazioni “fragili” e richiede senz'altro un coinvolgimento interistituzionale e del terzo settore.

Tutto questo può demotivare i servizi nell'intraprendere azioni nei confronti di tali utenti.

Il programma n. 4 “Setting Comunità - Programmi per condizione” si propone di contribuire alla realizzazione di alcuni Obiettivi centrali dei Macro Obiettivi 3, 4. In particolare:

- 1 scheda è riferita ai percorsi di prevenzione e cura di salute mentale per le persone in fascia di età 14-25 anni, che corrisponde così all’indicatore 3.2.1.
- 1 scheda definisce le azioni orientate all’educazione all’affettività e sessualità concorrendo alla realizzazione dell’indicatore centrale 4.1.1
- Il tema dell’aumento della percezione del rischio e l’empowerment degli individui (indicatore centrale 4.1.1) viene trattato anche nelle schede che trattano rispettivamente Gli interventi di prossimità per la prevenzione dei rischi e il Progetto Oltre la strada;

Gli altri progetti inseriti in questo programma prevedono una forte integrazione con quelli proposti in altri setting (per esempio scuola, comunità programmi di popolazione ed età specifici) e destinati al raggiungimento degli stessi obiettivi.

Schede di progetto

Programma 4 - Setting Comunità - Programmi per condizione

Codice progetto e nome	4.1 - Esercizio fisico e attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità
Descrizione	Promozione e prescrizione sanitaria (se necessaria) dell'esercizio fisico e dell'attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o mista
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione disabile di ogni età
Setting identificato per l'azione	Comunità, in particolare società sportive, palestre etiche/sicure, centri residenziali, scuole, servizi sanitari dedicati
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Disabili e loro famiglie; caregiver in generale; insegnanti; allenatori e società sportive; operatori dei servizi socio-sanitari
Prove di efficacia	Letteratura scientifica Wilson PE. Phys Med Rehabil Clin, 2002 Groff DG, Lundberg NR, Zabriskie RB. Disabil Rehabil, 2009 Verschuren O, Ketelaar M, Takken T, Helders PJ, Gorter JW. Am J Phys Med Rehabil, 2008
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	La realizzazione di questi interventi richiede la collaborazione del sistema socio-sanitario con il mondo della scuola, il mondo dello sport, l'associazionismo, rete palestre etiche e sicure, CIP, Enti Locali, INAIL
Attività principali	Sensibilizzazione al tema quantità e qualità giusta di esercizio fisico e sport (quando possibile) in soggetti portatori di una qualche disabilità. Target: decisori, sanitari, famiglie, insegnanti, allenatori e dirigenti sportivi, palestre etiche/sicure. INAIL, sedi valutazione invalidità (nei limiti del possibile anche solo per riattivazione neuro-muscolare) Verifica su quantità e qualità dell'AF nei disabili e Invalidi Orientamento/riorientamento dei servizi di Medicina dello Sport sul tema Progettazione di un programma che comporti l'identificazione di percorsi consigliabili e praticabili alla popolazione disabile per svolgere quantità sufficiente di attività fisica imperniati sulle MdS (ruolo di regia ed hub) in collaborazione con Riabilitazione, DCP; DSM e NPIA, Geriatria e altri già citati. Coinvolgimento Corsi di Laurea in Scienze Motorie e Facoltà mediche per l' inserimento del tema nella formazione degli studenti. Realizzazione di interventi mirati anche alla promozione stili di vita sani nella popolazione disabile. Formazione: MMG, PLS, insegnanti (anche sostegno), caregiver in genere, personale palestre/società sportive Prescrizione sanitaria dell'esercizio fisico nei casi in cui risulti necessario un intervento Costruzione della mappa delle opportunità specifica esistente sul territorio Valutazione e monitoraggio
Rischi e management	Necessità di costruire maggiori competenze tra gli operatori in tema di attività fisica e disabilità Puntuale verifica a cadenza trimestrale dell'esistenza ed applicazione dei percorsi

Sostenibilità

Messa in rete efficace dell'esistente al fine di ottimizzare l'utilizzo dei mezzi e la condivisione del personale competente. Implementazione compiti, funzioni e competenze dei Servizi MdS con ruolo di regia ed innesco dei processi.

Cronogramma progetto 4.1 "Promozione e prescrizione sanitaria (se necessaria) dell'esercizio fisico e dell'attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o mista"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Sensibilizzazione al tema	X	X	X	X										
Verifica su quantità e qualità dell'AF nei disabili e Invalidi	X	X	X	X										
Orientamento/riorientamento dei servizi di Medicina dello Sport sul tema	X	X	X	X										
Progettazione di un programma che comporti l'identificazione di percorsi consigliabili e praticabili alla popolazione disabile per svolgere quantità sufficiente di attività fisica per la salute					X	X								
Formazione dei MMG, PLS, insegnanti, caregivers, personale palestre/società sportive					X	X	X	X						
Prescrizione sanitaria dell'esercizio fisico nei casi in cui risulti necessario un intervento							X	X	X	X	X	X	X	X
Costruzione della mappa delle opportunità specifica esistente sul territorio			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Valutazione e monitoraggio											X	X	X	X

Elenco indicatori

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Realizzazione di momenti di sensibilizzazione in almeno 30% dei distretti di ogni AUSl	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	
<i>Realizzazione dei momenti di formazione in ogni AUSl</i>	Rilevazione ad hoc	NA	No	Sì	Sì	
Costituzione di un gruppo di lavoro aziendale per una progettazione condivisa e diffusa sul territorio (in almeno 2 distretti per ogni AUSl)	Rilevazione ad hoc	NA	No		Sì	Sì
Esistenza di una rete e di offerte sul territorio (in almeno 2 distretti per ogni AUSl) con messa a regime del percorso	Rilevazione ad hoc	NA	No		Sì	Sì

Codice progetto e nome	4.2 - Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregivers (badanti, donne precarie)
Descrizione	Progetto di promozione della salute incentrato sugli aspetti di rischio per la salute mentale e fisica (affaticamento fisico e psicologico, solitudine, responsabilità di ruolo, problemi economici) che possono favorire lo sviluppo di disturbi (stati depressivi, DCA e psicopatologie) e incidere negativamente sui comportamenti individuali (alcol, fumo, sedentarietà). Il progetto è rivolto a caregiver, in prevalenza donne che, per le loro condizioni di lavoro o per necessità familiari, presentano un alto grado di fragilità e quindi di rischio per la propria salute. Il gravoso carico di cura quotidiano, che di norma richiede la presenza continuativa a fianco della persona assistita, può portare queste persone a una condizione di isolamento sociale, burn-out, all'abuso di sostanze alcoliche, alla possibile insorgenza di depressione e a una vita tendenzialmente sedentaria. Questa condizione si riscontra nel lavoro di cura svolto a domicilio da assistenti familiari private (badanti) e dai familiari nei confronti dei propri cari non autosufficienti e/o con disabilità. In questi ultimi anni in particolare possono essere anche le condizioni sociali ed economiche a spingere la popolazione femminile (disoccupata, precaria ecc.) a tornare ad essere il perno della cura domestica (minori, familiari ecc.)
Gruppo beneficiario prioritario	Assistenti familiari, di origine straniera e non, caregiver familiari di persone non autosufficienti e/o con disabilità, donne casalinghe per necessità.
Setting identificato per l'azione	L'azione da promuovere dovrà avere carattere "situato" cioè dovrà avere il più possibile carattere di prossimità rispetto al contesto di vita abituale (domicilio delle persone assistite, condominio, centri associativi e ricreativi, ecc) e prevedere il coinvolgimento della rete dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari (rete territoriale, servizi sociali, consultorio, casa della salute, centri per le famiglie, AUSL, MMG, Unità di valutazione geriatrica, soggetti del terzo settore, associazioni di familiari ecc.) con particolare riferimento ai "Referenti dei programmi distrettuali per la qualificazione e l'emersione del lavoro di cura nell'ambito del FRNA", coi Programmi distrettuali per il contrasto all'isolamento e alla solitudine e integrarsi con le iniziative formative di supporto rivolte ai caregiver familiari programmate a livello territoriale.
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Istituzioni con un ruolo di regia trasversale nell'ambito della programmazione socio-sanitaria, operatori con una funzione di orientamento, accompagnamento e raccordo con il sistema dei Servizi e le reti informali, OOSS associazioni di categoria, associazionismo, volontariato, ecc)
Prove di efficacia	Un progetto di promozione della salute delle donne/lavoratrici a rischio che favorisca l'attività motoria e la conoscenza delle opportunità di contatto e di accesso alla rete dei servizi territoriali, può contribuire a rispondere alle problematiche di salute che una condizione lavorativa usurante e totalizzante può comportare quali sedentarietà, obesità, abuso di alcol e fumo e favorire inoltre le relazioni sociali. L'efficacia di tali progetti è testimoniata da un'ampia letteratura scientifica, che evidenzia il ruolo maggiore giocato dai determinati "prossimali" della salute (fattori psico-sociali, comportamentali, ambiente di lavoro e di vita) come alcune ricerche in quest'ambito specifico hanno evidenziato: – CENSIS, Sommerso e con poche tutele: il lato oscuro del lavoro domestico. 2010 – ISTAT. (2008). Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia.

	– Tognetti Bordogna M. Il lavoro di cura tra produzione e consumo di welfare: il ruolo del network di cura, in Catanzaro R. e Colombo A. (a cura di) Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia, Il Mulino, Bologna, 2009 – E. Brenna, C. Di Novi (2013), “L'influenza dell'informal care sulla salute psichica delle donne over-50: evidenze basate sulla scala di depressione EURO-D”, in D. Rizzi – F. Zantomio (a cura di) Analisi e strumenti di politica sociale, Edizioni Ca' Foscari - Collana Politiche Sociali Studi e ricerche
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto prevede una forte trasversalità che metta in rete le risorse territoriali con la mediazione degli “operatori di comunità”. Solo attraverso un piano d'azione intersettoriale, che si integri con la programmazione socio sanitaria e con i piani distrettuali per la non autosufficienza, si può raggiungere l'obiettivo di migliorare la conoscenza e l'accesso del sistema di welfare da parte di /assistenti/caregiver al fine di promuoverne la salute e prevenire le problematiche evidenziate.
Attività principali	– Organizzazione di momenti formativi incentrati sulla promozione dell'attività fisico-sportiva e di sollievo, di esercizi ginnici posturali adattati alle esigenze di un lavoro di cura gravoso ed usurante, in raccordo con le attività formative ordinariamente organizzate nell'ambito dei programmi distrettuali soprarichiamati.. Le iniziative formative devono privilegiare i luoghi abitualmente frequentati dai beneficiari e dalle reti informali dei migranti (parchi, centri associativi, alcune sedi sportive o centri servizi, luoghi di aggregazione) in sinergia con quanto previsto dal progetto 2.8 (Occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza) e 2.5 (Mappa delle opportunità in ComunicAzione); – Incontri di promozione alla salute con i Rappresentanti della rete territoriale dei servizi ed organizzazione di visite per favorire la conoscenza diretta di luoghi di aggregazione e dei servizi per la salute; – Focus group e feed back da parte dei partecipanti ed istituzioni coinvolte per valutare l'efficacia dell'intervento, risultati, criticità e replicabilità. Tali azioni dovranno essere promosse in prossimità dei luoghi di vita e di lavoro dei caregiver, mettendo in campo soluzioni che ne favoriscano la partecipazione.
Rischi e management	Il principale rischio è l'impatto ridotto sulla popolazione di riferimento, le cui condizioni di vita e di lavoro limitano la libertà di movimento.
Sostenibilità	La sostenibilità del progetto si basa sull'integrazione nell'ambito della programmazione aziendale e distrettuale, sulla messa in rete dell'esistente, sul coinvolgimento dei soggetti interessati attivi sul tema con una responsabilità e regia pubblica, la partecipazione del terzo settore e e la sensibilizzazione della comunità

Cronogramma progetto 4.2 "Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregivers (badanti, donne precarie)"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Mappatura del territorio ed identificazione dei luoghi di prossimità dove calare le azioni		X	X	X										
Attivazione dei percorsi/azioni per favorire il benessere psico-fisico					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incontri di promozione delle risorse presenti nel territorio (servizi, strutture ecc.)				X	X	X	X	X			X			
Valutazione: Focus group e feed back da parte dei partecipanti ed istituzioni coinvolte						X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N di AUSL in cui è stato attivato il progetto	Rilevazione ad hoc	NA	0	2	3	4

Codice progetto e nome	4.3 - Progetto Oltre la Strada
Descrizione	Ci si propone di proseguire gli interventi di prevenzione sanitaria rivolti a persone che si prostituiscono promossi dalla Regione Emilia-Romagna a partire dal 1996 (Delibera di Giunta regionale n. 2567) e attuati in tutto il territorio regionale dagli Enti Locali in collaborazione con soggetti del terzo settore nell'ambito del "Progetto Oltre la strada". I fenomeni di prostituzione pongono una importante questione di salute pubblica: • le persone che si prostituiscono, soprattutto se in condizione di irregolarità, affrontano barriere di natura sociale, giuridica, linguistica e culturale per l'accesso ai servizi socio-sanitari, che contribuiscono all'incidenza di nuove diagnosi di MTS, in particolare HIV, rispetto alla popolazione generale; • la presenza di tratta e sfruttamento pone chi si prostituisce in condizioni di estrema vulnerabilità, cancella le possibilità di contrattazione rispetto alle richieste dei clienti e costringe all'adozione di comportamenti a rischio (rapporti non protetti). Si intende quindi rafforzare e sostenere la rete regionale delle equipe territoriali specializzate negli interventi, nonché implementare la collaborazione con enti e istituzioni competenti. La finalità generale di prevenire la diffusione delle malattie sessualmente trasmissibili tra la cittadinanza sarà perseguita attraverso i seguenti macro-obiettivi: diminuire tra le persone che si prostituiscono la frequenza di comportamenti a rischio; promuovere e sostenere l'accesso delle persone che si prostituiscono ai presidi sanitari territoriali; sensibilizzare i diversi soggetti territoriali coinvolti e la cittadinanza. Le azioni comprendono: monitoraggio del fenomeno; contatto con chi si prostituisce; diffusione di materiali di profilassi; informazione e assistenza sui temi della salute; accompagnamento ai servizi sanitari territoriali; interventi specifici per persone che si prostituiscono che utilizzano sostanze stupefacenti, mediante raccordo con Sert; richieste del codice STP e del Codice ENI per le persone accompagnate ai Servizi del territorio; interventi di formazione sui fenomeni di prostituzione e tratta rivolti a personale di enti e istituzioni del territorio; iniziative di sensibilizzazione rivolti alla cittadinanza.
Gruppo beneficiario prioritario	Personale che si prostituiscono in strada e al chiuso
Setting identificato per l'azione	Popolazione
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Enti Locali (titolari e attuatori degli interventi) Servizi socio-sanitari territoriali Soggetti del terzo settore (gestori di parte degli interventi in convenzione con l'ente locale) Forze dell'ordine (Polizia di Stato, Carabinieri) Polizia municipale
Prove di efficacia	• Il contatto telefonico nella prostituzione indoor. Strumenti e strategie per l'intervento sociale con le persone che si prostituiscono al chiuso (2014), Regione Emilia-Romagna e Comune di Modena, Gli strumenti del progetto Oltre la Strada n. 1/2014 • Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe: a systematic review and ecological analysis (2013), Lucy Platt, Emma Jolley, Tim Rhodes, Vivian Hope, Alisher Latypov, Lucy Reynolds, David Wilson, BMJ Open 2013;3:e002836 doi:10.1136/bmjopen-2013-002836

	• Ombre cinesi. Prostituzione cinese in Emilia-Romagna: conoscere per intervenire (2013), Regione Emilia-Romagna e Comune di Modena, I quaderni del progetto Oltre la Strada n. 4/2013 • Prevalence of Sexually Transmitted Diseases and Hepatitis C in a Survey of Female Sex Workers in the North-East of Italy (2012) Monica Zermiani, Carlo Mengoli, Claudia Rimondo, Umberto Galvan, Mario Cruciani, Giovanni Serpelloni. Center of Preventive Medicine and HIV Screening Center, ULSS 20 Verona, Italy; Department of Histology, Microbiology, and Medical Biotechnology, University of Padua, Padua, Italy, AIDS Journal, 2012, 6, 60-64 • TAMPEP International Foundation (2009), Work Safe in Sex Work. A European Manual on Good Practices in Work with and for Sex Workers. European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex http://tampep.eu/documents/wssw_2009_final.pdf • TAMPEP International Foundation (2009), SEX WORK, MIGRATION, HEALTH. A report on the intersections of legislations and policies regarding sex work, migration and health in Europe. European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers. http://tampep.eu/documents/Sexworkmigrationhealth_final.pdf • World Health Organization (2005), Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/sexworktoolkit.pdf • Rekart M. L (2005) Sex-work harm reduction. The Lancet. 366 (December): 2123-2134 • Carole A. Campbell, (1991) Prostitution, AIDS, and preventive health behaviour. Social Science & Medicine. Volume 32, Issue 12, 1991, Pages 1367–1378
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Le attività del progetto presentano forti caratteristiche di trasversalità in quanto: gli interventi delle equipe territoriali del progetto Oltre la Strada fanno riferimento ai Servizi sociali degli Enti Locali, sono attuati in collaborazione con le Forze dell'ordine ed in particolare con la Polizia municipale, e vengono realizzati attraverso il raccordo con i servizi sanitari territoriali; inoltre il tema della prevenzione sanitaria è perseguito coinvolgendo diversi ambiti dei servizi sanitari territoriali: medicina di base, ostetricia, ginecologia, servizi rivolti a persone straniere, SERT e servizi di salute mentale per problematiche specifiche.
Attività principali	Monitoraggio della prostituzione in strada: alimentazione del database regionale relativo all'attività delle Unità di strada (localizzazione delle persone che si prostituiscono, nazionalità, classe di età, nuovo/vecchio contatto, informazioni sul percorso di vita, materiali distribuiti, ecc.); Monitoraggio della prostituzione al chiuso: alimentazione del database regionale relativo alla prostituzione al chiuso (raccolta delle informazioni contenute negli annunci rinvenuti su web o su carta stampata relativi a offerta di prestazioni sessuali, in particolare delle utenze telefoniche); monitoraggio siti internet e forum dei clienti. Contatto con le persone che si prostituiscono in strada: uscite plurisettimanali delle Unità di strada con un mezzo messo a disposizione dall'Amministrazione comunale nelle zone delle città nelle quali è presente il fenomeno, con personale specializzato (mediatrici interculturali, operatrici di strada) che si ferma per relazionarsi con le persone che si prostituiscono; Contatto con le persone che si prostituiscono al chiuso: realizzazione di un numero mensile prestabilito di telefonate eseguite da ognuna delle equipe territoriali alle utenze telefoniche inserite nel database regionale, secondo una metodologia prestabilita; Contatto con donne cinesi coinvolte nella prostituzione in appartamento e nei centri massaggio, attraverso un numero mensile prestabilito di telefonate eseguite da mediatrice linguistico-culturale con formazione specifica alle

	utenze telefoniche segnalate dalle equipe territoriali. Distribuzione di materiale di profilassi e di materiali informativi multilingue sui temi della prevenzione sanitaria Accompagnamento delle persone che si prostituiscono ai servizi sanitari territoriali Raccordo con i servizi sanitari per l'attivazione di codici STP ed ENI Colloqui presso punti di ascolto a bassa soglia per l'approfondimento delle situazioni individuali Promozione di momenti formativi e di scambio tra equipe territoriali del progetto Oltre la Strada che intervengono in materia di prostituzione e operatori dei servizi sanitari territoriali Realizzazione di incontri di sensibilizzazione rivolti alla cittadinanza
Rischi e management	Rischi: il lavoro di contatto con persone che si prostituiscono in strada si svolge in contesti destrutturati, in orari notturni, e può esporre le equipe delle Unità di strada all'ostilità delle reti criminali responsabili di tratta e sfruttamento; anche per questo l'attività è svolta in costante collaborazione con le Forze dell'ordine territoriali. Management: gli interventi sono attuati nell'ambito del Progetto Oltre la strada, rete regionale attiva dal 1996 sui temi della prostituzione e della tratta di esseri umani, che vede impegnati la Regione come ente promotore, gli Enti Locali come soggetti responsabili e attuatori degli interventi, e soggetti del Terzo settore come gestori delle azioni in alcune realtà locali. La Regione sostiene gli interventi attraverso azioni di sistema, attuate con la collaborazione di alcuni degli Enti Locali (Comune di Modena e Comune di Reggio Emilia); le azioni di sistema comprendono formazione, documentazione, realizzazione di strumenti di lavoro.
Sostenibilità	Gli interventi rivolti alle persone che si prostituiscono sono realizzati in continuità dal 1996, sulla base di risorse del Fondo sanitario regionale assegnate annualmente agli Enti Locali responsabili. La sostenibilità delle azioni può certamente essere favorita dalla loro collocazione all'interno di un quadro generale di interventi finalizzati alla prevenzione sanitaria.

Cronogramma progetto 4.3 "Progetto Oltre la Strada"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Monitoraggio della prostituzione in strada o al chiuso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contatto con le persone che si prostituiscono al chiuso o in strada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contatto con donne cinesi coinvolte nella prostituzione in appartamento e nei centri massaggio		X	X	X		X	X	X		X	X	X		
Distribuzione di materiale di profilassi e di materiali informativi multilingue sui temi della prevenzione sanitaria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Accompagnamento delle persone che si prostituiscono ai servizi sanitari territoriali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Raccordo con i servizi sanitari per l'attivazione di codici STP ed ENI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Colloqui presso punti di ascolto a bassa soglia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promozione di momenti formativi e di scambio rivolti a operatori dei servizi sanitari territoriali		X		X		X		X		X		X		X

Realizzazione di incontri di sensibilizzazione rivolti alla cittadinanza				X			X			X			X	
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N. di uscite effettuate dalle Unità di strada	Database regionale	NA	500	550	550	550
N. materiali informativi e di profilassi distribuiti dalle Unità di strada	Database regionale	NA	35.000	36.000	36.000	36.000
<i>N. di contatti con persone che si prostituiscono in strada effettuati dalle Unità di Strada</i>	<i>Database regionale</i>	<i>NA</i>	<i>8.000</i>	<i>8.500</i>	<i>8.500</i>	<i>8.500</i>
N. accompagnamenti ai servizi sanitari di persone che si prostituiscono in strada	Database regionale	NA	500	540	550	550
N. telefonate di informazione realizzate a persone che si prostituiscono al chiuso	Database regionale	NA	1.500	1.550	1.600	1.650
N. accompagnamenti ai servizi sanitari di persone che si prostituiscono in appartamento o in centri-massaggi	Database regionale	NA	100	120	130	150

Codice progetto e nome	4.4 - Educazione all'affettività e sessualità
Descrizione	I progetti di educazione all'affettività e sessualità offrono la possibilità agli adolescenti di affrontare i temi legati alla crescita, alle relazioni, all'affettività e sessualità con gli adulti di riferimento, gli operatori degli Spazi Giovani o di altri servizi sanitari coinvolti, i genitori e gli insegnanti. La vita sessuale in adolescenza è importante non solo per la crescita intellettuale e lo sviluppo di una socialità matura ma anche in relazione all'influenza che questa può avere sulla salute individuale. La messa in atto di comportamenti a rischio in adolescenza (esempio rapporti sessuali precoci e non protetti) possono produrre effetti molto seri sulla salute personale e sul benessere psico-sociale e portare l'individuo a contrarre malattie sessualmente trasmissibili o avere gravidanze indesiderate. La Regione Emilia-Romagna sostiene e finanzia da anni principalmente nelle scuole secondarie di I e II grado, ma anche nei corsi professionali e nell'extrascuola, progetti e interventi di promozione alla salute con particolare riferimento alle attività di educazione affettiva e sessuale svolta dagli operatori degli Spazi Giovani. Gli obiettivi dei progetti sono quelli di favorire un dialogo su affettività e sessualità e relazioni di coppia, prevenire le interruzioni volontarie di gravidanza, promuovere un benessere relazionale e sessuale, prevenire la violenza di genere e domestica, prevenire l'infezione da HIV e altre malattie sessualmente trasmesse, far conoscere e favorire l'utilizzo dello Spazio Giovani nei casi di difficoltà o/o di disagio personale. Gli Spazi giovani delle AUSL di appartenenza attivano presso il proprio territorio vari progetti di educazione all'affettività e sessualità sulla base di esperienze già consolidate negli anni rivolti principalmente alle scuole secondarie di I e II grado (vedi scheda progetto scuola), ma anche presso i corsi professionali ed extrascuola (Centri di aggregazione giovanile, Centri per le famiglie, centri socio-educativi).
Gruppo beneficiario prioritario	Adolescenti, insegnanti e genitori dei corsi professionali ed extrascuola
Setting identificato per l'azione	Corsi di formazione professionale e contesti extrascolastici (Centri di aggregazione giovanile, Centri per le famiglie, centri socio-educativi).
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori degli Spazi Giovani (psicologi, ginecologi, ostetriche, educatori, assistenti sociali, assistenti sanitarie) Operatori di altri servizi territoriali (Dipartimento di Sanità pubblica, di Salute mentale e Dipendenza patologiche) Operatori del sociale (cooperative, area educativa del sociale) Enti Locali (Comuni, Centri per le famiglie) Insegnanti Genitori
Prove di efficacia	Seguendo le indicazioni di documenti e linee guida nazionali ed internazionali (OMS 2004, UNESCO 2009, Guadagnare salute in adolescenza) e di ricerche promosse a livello regionale (Studio HBSC - Health Behaviour in School-aged Children 2010 e 2014) emerge come stia aumentando la percentuale di adolescenti che iniziano la sessualità in età precoce (entro 14 anni) senza possedere informazioni e competenze adeguate per proteggersi da rischi di gravidanze indesiderate ed infezioni sessualmente trasmesse. Sono state inoltre redatte delle linee strategiche per la prevenzione dei comportamenti a rischio negli adolescenti più vulnerabili (nei corsi professionali e nei centri socio educativi è alta la presenza di adolescenti di origine straniera e numero di giovani con

	comportamenti sessuali a rischio), condivise ed applicabili in tutti gli Spazi giovani della Regione http://www.consultoriemiliaromagna.it/file/user/Fascicolo_linee_indirizzo.pdf .
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	I progetti di educazione all'affettività e sessualità si basano sulla cooperazione di operatori di ambito sanitario, sociale, educativo. Vi è una transversalità interaziendale con gli Spazi Giovani in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica, Salute mentale e Dipendenze patologiche. A ciò si integra l'intersettorialità del lavoro comune tra Sanità, Scuola, sociale ed Enti Locali
Attività principali	Proposta dei progetti ai corsi professionali e loro reclutamento Progettazione e realizzazione degli interventi nelle diverse AUsl (in ogni territorio l'intervento, pur mantenendo caratteristiche di omogeneità rispetto agli obiettivi e al coinvolgimento degli Spazi Giovani può assumere aspetti specifici in coerenza con sensibilità e bisogni del territorio) Monitoraggio della diffusione dei progetti e degli indicatori di processo
Rischi e management	La difficoltà principale è legata alla capacità di mettere in sintonia le proposte fatte dagli Spazi Giovani con i bisogni identificati dai corsi professionali e favorire quindi l'adesione.
Sostenibilità	La possibilità di implementare interventi di miglioramento dei progetti effettuati nei corsi professionali e nell'extrascuola o di ampliare gli interventi in questi ambiti è vincolata alla presenza di risorse professionali negli Spazi Giovani e all'impegno rivolto prevalentemente nelle scuole secondarie di I e II grado.

Cronogramma progetto 4.4 "Educazione all'affettività e sessualità"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Proposta dei progetti ai corsi professionali e loro reclutamento	X	X			X	X			X	X			X	X
Progettazione degli interventi nelle diverse AUSL		X	X			X	X			X	X			
Realizzazione degli interventi		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio della diffusione dei progetti				X	X			X	X			X	X	

Elenco indicatori

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Numero totale dei progetti attivati nei corsi professionali o extrascuola in regione	Rilevazione ad hoc	NA	4	6	8	10
Numero di AUSL in cui si realizzano i progetti	Rilevazione ad hoc	NA	2	3	4	6

Codice progetto e nome	4.5 - Giovani in Pronto Soccorso
Descrizione	Gli interventi di promozione della salute non trovano di norma attuazione nei contesti ospedalieri di emergenza-urgenza. Quando gli accessi riguardano giovani e minori con episodi acuti di uso di sostanze stupefacenti e alcol è opportuno utilizzare l'occasione per interventi sui comportamenti di rischio finalizzati al cambiamento di stili di vita non salutari e/o all'avvio di percorsi clinici specifici. Si tratta di interventi che coinvolgono il personale sanitario di vari servizi che va quindi sensibilizzato e formato.
Gruppo beneficiario prioritario	Giovani e minorenni che accedono ai servizi ospedalieri per episodi acuti di intossicazione da alcol e altre sostanze stupefacenti e loro famiglie.
Setting identificato per l'azione	Servizi ospedalieri di emergenza/urgenza/primo intervento.
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari, sociali e del terzo settore.
Prove di efficacia	Un progetto in quest'area è stato già sperimentato attraverso un progetto CCM che ha coinvolto la Regione E-R e la Regione Calabria.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto coinvolge, nella stessa comunità territoriale, i Servizi ospedalieri e quelli ambulatoriali che si occupano di adolescenti e di dipendenze patologiche. Va diffuso alle famiglie anche attraverso i servizi sociali ed educativi della rete territoriale (Sportelli sociali dei Comuni, Centri per le Famiglie, Scuole).
Attività principali	Formazione per gli operatori dei servizi ospedalieri e socio-sanitari coinvolti per sensibilizzarli al problema e fornirgli adeguate metodologie di approccio con l'utenza. Condivisione di un percorso specifico tra i vari operatori e servizi coinvolti. Contatto e colloqui con l'utente e i familiari all'interno del percorso specifico condiviso tra gli operatori. Predisposizione e utilizzo di materiali a supporto del progetto
Rischi e management	Resistenze nei servizi sanitari coinvolti (culturali, organizzative ...) da superare attraverso iniziative formative comuni e consulenze tra Servizi (Ser.T./Ospedale/Psicologia clinica...)
Sostenibilità	Dal punto di vista economico i costi sono ridotti e del tutto sostenibili. Anche l'organizzazione può essere modificata senza impiego di risorse aggiuntive rendendo il progetto sostenibile in diverse realtà.

Cronogramma progetto 4.5 "Giovani in Pronto Soccorso"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione operatori			X	X										
Condivisione di un percorso specifico tra operatori e servizi coinvolti					X	X								
Colloqui con utenti e familiari in P.S.							X	X	X	X	X	X	X	X
Predisposizione materiali specifici			X	X	X	X								

Elenco indicatori

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N° di Pronto Soccorso in cui si attua il percorso sperimentale	Rilevazione ad hoc	NA	2	3	6	8

Codice progetto e nome	4.6 - Corsi di secondo livello per conducenti con violazione ripetuta dell'art. 186 del Codice della strada
Responsabile	Durante Marilena
Descrizione	I corsi di secondo livello affrontano in modo approfondito il tema dei fattori di rischio per chi guida e si rivolgono ai conducenti che hanno ripetuto il comportamento di violazione dell'art.186., guida in stato di ebbrezza.
Gruppo beneficiario prioritario	Conducenti che hanno ripetuto la violazione dell'art. 186 del codice della strada.
Setting identificato per l'azione	Sedi ambulatoriali/formative definite dalle AUSL, funzionanti tutto l'anno con un calendario che si adatta alle iscrizioni (il dato è influenzato dai controlli su strada e dall'invio ai corsi da parte della CML).
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	CML (Commissione Medica Locale), Prefettura, Osservatorio regionale sulla sicurezza stradale, Aziende sanitarie Locali, Associazioni di Volontariato e di auto mutuo aiuto, Forze di Polizia, Autoscuole.
Prove di efficacia	L'Osservatorio europeo di Lisbona (http://www.emcdda.europa.eu/best-practice) segnala prove di efficacia e raccomanda interventi psicoeducativi in favore di guidatori con episodi di guida sotto effetto di alcol. Il ritiro di patente viene segnalato come intervento efficace soprattutto se accompagnato da interventi che incidono sulla consapevolezza del rischio. Viene segnalata un'alta probabilità di recidivi, pertanto è consigliato un intervento specifico per questa tipologia di guidatori con rischio ripetuto.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto concorre alla sicurezza in una comunità territoriale rivolgendosi, in modo selettivo, ad un target con comportamenti rischiosi per sé e per gli altri. Ciò significa inserire il progetto in una rete di collaborazioni e renderlo visibile al territorio a cui si rivolge.
Attività principali	Formazione condivisa degli operatori coinvolti appartenenti ai diversi servizi. Condivisione tra gli operatori di un percorso specifico di invio ed educativo. Realizzazione di interventi di tipo psicoeducativo per migliorare la consapevolezza del rischio: discussioni in gruppo, eventuali colloqui singoli, visione di filmati, diverse attivazioni espressive, compilazione di tests. Ogni corso utilizza diverse attività in combinazione tra loro.
Rischi e management	In alcune AUSL non risulta ancora coinvolta la CML nell'invio dei conducenti recidivi in assenza di una norma regionale vincolante che sancisca per questi cittadini l'obbligatorietà dei corsi di secondo livello. È comunque in programma l'adozione di un documento regionale al proposito. Periodicamente vengono realizzate iniziative formative comuni tra professionisti dell'alcolologia e Medici Legali e delle CML.
Sostenibilità	La sperimentazione in corso è attualmente sostenuta da un contributo regionale e dimostra che il progetto, a regime, sarà sostenibile da parte di tutte le AUSL.

Cronogramma progetto 4.6 "Corsi di secondo livello per conducenti con violazione ripetuta dell'art. 186 del Codice della strada"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione condivisa degli operatori coinvolti appartenenti ai diversi servizi.			X	X	X	X								
Condivisione tra gli operatori di un percorso specifico di invio ed educativo.			X	X	X	X								
Realizzazione di interventi di tipo psicoeducativo per migliorare la consapevolezza del rischio:			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
<i>N. AUsl nelle quali vengono organizzati i corsi</i>	<i>Dati regionali raccolti da AUsl</i>	<i>NA</i>	<i>5 su 8</i>	<i>6 su 8</i>	<i>7 su 8</i>	<i>8 su 8</i>
N° cittadini che hanno frequentato i corsi di secondo livello nell'anno in tutta la Regione	Dati regionali raccolti da AUsl	NA		Incremento del 5% sul dato 2013	Incremento del 5% sul dato 2016	Mantenimento del valore 2017

Codice progetto e nome	4.7 - Interventi di prossimità per la prevenzione dei rischi
Descrizione	In Emilia-Romagna sono attive 24 Unità di Strada nelle aree di intervento del mondo della notte e della Riduzione del Danno (RDD). Le UDS fanno riferimento al sistema regionale delle funzioni di prossimità introdotte dalla Delibera di Giunta n. 1533 del 6/11/2006 "Approvazione prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze psicotrope" e confermate dal "Programma regionale Dipendenze Patologiche 2011-2013" (DGR 999/2011). Nel Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 della Regione Emilia-Romagna e nella Legge Regionale 14/2008 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni". Promosse da AUSL ed Enti Locali e gestite da AUSL, Enti Locali e Terzo Settore, le UDS si sono affermate nel panorama degli interventi regionali di prevenzione dei comportamenti a rischio.
Gruppo beneficiario prioritario	Persone che frequentano locali notturni o che partecipano ad eventi (feste, sagre, concerti) e possono mettere in atto comportamenti a rischio legati al consumo di alcol e altre sostanze. Persone tossicodipendenti in condizione di marginalità sociale che possono mettere in atto comportamenti che favoriscono la diffusione di malattie.
Setting identificato per l'azione	La strada
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	La popolazione in generale, i frequentatori del mondo del divertimento, gli organizzatori e i gestori di eventi, Comuni, AUSL, Terzo settore
Prove di efficacia	I dati di attività raccolti annualmente continuano ad evidenziare la fiducia che gli operatori riescono ad instaurare con i giovani ed il contributo fornito ad una maggiore consapevolezza della sicurezza stradale e responsabilità nel consumo di alcolici. Nel corso del 2013, tra coloro che avevano manifestato l'intenzione di guidare e che erano al di sopra del limite alcolico di legge, i soggetti sensibilizzati sono stati il 72,5% di coloro che erano a rischio. Ciò significa che 3.459 soggetti (su un totale di 4.770) hanno manifestato l'intenzione di seguire uno dei consigli degli operatori (soprattutto aspettare lo smaltimento dell'alcol o passare le chiavi e fare guidare un amico sobrio) dichiarando che non si sarebbero messi alla guida in condizioni critiche per sé e per gli altri. L'Osservatorio europeo di Lisbona (http://www.emcdda.europa.eu/best-practice) segnala prove di efficacia degli interventi di strada nei contesti di divertimento. In particolare gli interventi che coinvolgono diverse componenti della comunità locale, comprese le forze dell'ordine, contribuiscono a ridurre gli incidenti stradali, il disturbo alla quiete pubblica e la criminalità legata all'abuso di alcol. Lo stesso Osservatorio segnala prove di efficacia nel ridurre le infezioni da HIV e epatite C e i comportamenti a rischio tra i partecipanti a programmi che prevedono distribuzione di aghi e siringhe in strada.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto coinvolge le AUSL, i Comuni, il Terzo settore, le associazioni di categoria in un rapporto di reciproca collaborazione
Attività principali	Gli interventi di informazione, sensibilizzazione e riduzione dei rischi della notte si svolgono in contesti quali stabilimenti balneari, discoteche, club, circoli giovanili, birrerie, feste e eventi vari. Alle postazioni degli operatori i giovani possono accedere volontariamente per la prova dell'etilometro, per reperire materiale informativo su

	sostanze, alcol, servizi, malattie sessualmente trasmesse, oltre a profilattici ed etiltest monouso. Gli operatori si rapportano con migliaia di giovani, con approfondimenti, informazioni e interventi in situazioni di criticità. Inoltre, sono stati attivati e si sono consolidati rapporti di confronto e di collaborazione con gestori e organizzatori di eventi al fine di migliorare la tutela della salute dei partecipanti, anche nell'ambito di protocolli locali appositamente stipulati e con il 118 con interventi congiunti nei concerti e nei grandi eventi. Sono attualmente in corso di sperimentazione alcuni eventi con il coinvolgimento dei ragazzi che svolgono funzioni di peer educator nei contesti scolastici o territoriali. Gli interventi di riduzione del danno rivolti ai tossicodipendenti attivi, tramite diffusione di materiali di profilassi (in particolare siringhe e profilattici) e informazioni hanno l'obiettivo di ridurre i danni derivati dall'uso di sostanze, in particolare l'overdose, e diminuire il rischio di contagio correlato all'uso iniettivo e "sniffing" e a rapporti sessuali non protetti.
Rischi e management	Gli interventi di prossimità si svolgono in un contesto organizzativo flessibile che deve sapersi adattare ai cambiamenti del contesto e dei comportamenti. Ciò richiede capacità di leggere e interpretare il contesto, anche tramite scambio di esperienze tra realtà diverse e attività di formazione degli operatori. I rischi principali riguardano le risorse disponibili e le procedure di affidamento degli interventi alle organizzazioni del Terzo settore che ne sono il gestore principale.
Sostenibilità	Il programma è in corso ormai da anni in tutto il territorio regionale. La sua sostenibilità è legata alla conferma delle risorse finora destinate al progetto.

Cronogramma progetto 4.7 "Interventi di prossimità per la prevenzione dei rischi"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Informazione sui rischi e utilizzo etilometro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Partecipazione congiunta a grandi eventi in collaborazione con 118, Comuni e organizzatori	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coinvolgimento peer nelle attività svolte nei luoghi del divertimento			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Riduzione del danno verso i tossicodipendenti attivi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coinvolgimento peer nelle attività di riduzione del danno			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N. persone contattate	Dati RE-R	NA	N 58315 (dati 2014)	mantenimento	mantenimento	mantenimento
N. grandi eventi con partecipazione congiunta	Dati RE-R	NA	N 5 (dati 2014)	mantenimento	mentenimento	mantenimento
N. interventi con partecipazione di peer	Dati RE-R	NA	1	3	4	5

Codice progetto e nome	4.8 - Promozione della salute nelle carceri
Descrizione	Il progetto si pone i seguenti obiettivi: • migliorare lo stato di salute dei detenuti agendo sugli stili di vita e sulle abitudini alimentari; • contrastare le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) agendo sui cosiddetti fattori di rischio intermedi; • migliorare lo stato di salute dei detenuti con patologie croniche; • identificare precocemente le persone con lesioni precancerose e cancerose iniziali da avviare a idonei percorsi di cura; • ridurre il rischio di diffusione delle malattie infettive; • migliorare l'ambiente di vita. Si articolerà in: • interventi sanitari, • attività svolte da 'promotori della salute in carcere', cioè operatori appositamente formati che operano all'interno dell'Area Sanitaria presente in ogni Istituto Penitenziario (in totale 10) della Regione; • azioni da condurre insieme o con il supporto dell'Amministrazione penitenziaria, eventualmente anche nell'ambito di progetti specificatamente finanziati (es. Progetto CCM 2013).
Gruppo beneficiario prioritario	Detenuti/e adulti/e presenti negli Istituti Penitenziari (II.PP.) dell'Emilia-Romagna.
Setting identificato per l'azione	Istituti Penitenziari che ospitano persone adulte.
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Amministrazione Penitenziaria (Direzione e Area Trattamento, Polizia Penitenziaria, per quanto riguarda il livello locale e PRAP per quello regionale), operatori delle aree sanitarie interne al carcere delle AUSL, Associazioni, Volontariato.
Prove di efficacia	Non vengono qui indicate prove di efficacia su interventi di popolazione perché espressamente richiamati in altre schede. Non sono disponibili studi longitudinali né evidenze sull'impiego dei Promotori di salute. Il progetto CCM 2012 "Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la presenza, nelle sezioni degli Istituti Penitenziari, della figura del "Promotore di salute" ha permesso comunque di registrare quali-quantitativamente alcune prove di efficacia in area promozione della salute in carcere, di seguito brevemente richiamate: 1. sono state realizzate iniziative di prevenzione del rischio cardiovascolare in tutti gli Istituti e in quelli in cui le persone a rischio cardiovascolare sono state incluse negli interventi del promotore di salute l'aderenza alla proposta ovvero la partecipazione a tutto il ciclo previsto (individuazione ed arruolamento, realizzazione di azioni dedicate alla prevenzione del rischio cardiovascolare, monitoraggio mensile e finale) è stata superiore al 50%, standard di risultato stabilito dal progetto. 2. da una rilevazione su un campione di circa 170 detenuti che hanno seguito in maniera continuativa gli interventi dei Promotori di Salute si sono registrati miglioramenti nella comunicazione sanitaria (70%), nell'alleanza terapeutica (43%) e nell'aderenza alle terapie (38%). Nel 57% dei casi le persone prese in esame hanno migliorato il tono dell'umore mentre in riferimento all'impatto su alcuni comportamenti a rischio o condizioni di

	salute, si è registrato che il 17% delle persone ha modificato le proprie abitudini alimentari, il 18% ha aumentato i livelli di attività fisica, il 6% ha smesso di fumare mentre un altro 3% ha ridotto il numero di sigarette fumate. 3. si è registrato un calo numerico del 35% delle richieste di visita per motivazioni non clinico –sanitarie a fronte di un servizio di informazione ed ascolto dei bisogni maggiormente diversificato (sportelli informativi, di ascolto, colloqui individuali, ...).
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Intersettorialità con: Amministrazione Penitenziaria; Servizi Sociali Territoriali; Rete dell'associazionismo e volontariato locale.
Attività principali	Favorire, attraverso una sinergia fra operatori sanitari e i Promotori di salute, l'adesione a: – sani stili di vita e corrette abitudini alimentari. – screening per i carcinomi del colon retto, della cervice uterina e della mammella secondo le modalità generali previste dai programmi regionali. – screening per le principali malattie infettive. – vaccinazioni previste da indicazioni nazionali o regionali in ragione dell'età, del rischio e della condizione sanitaria. Mantenere traccia dei risultati degli screening e delle vaccinazioni eseguite nella cartella clinica informatizzata. Agevolare la compliance dell'utenza sulle attività previste attraverso: – l'attivazione di gruppi di discussione guidati da operatore e, ove possibile, la facilitazione dell'avvio di gruppi di auto mutuo aiuto; – l'attivazione di gruppi di informazione guidati da operatore; – la realizzazione di incontri individuali anche in base a segnalazioni da parte degli operatori dell'Area sanitaria; – la produzione e l'utilizzo di materiale informativo specifico per il contesto di riferimento e/o la realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione intramoenia. Attivare uno Sportello che si faccia carico del contatto con i Nuovi Giunti e degli interventi di recall dei non aderenti agli screening infettivologici in ingresso. Attivare un tavolo di lavoro con l'Amministrazione penitenziaria finalizzato a migliorare gli ambienti e la qualità di vita delle persone detenute (definizione di alcuni standard ambientali; identificazione ambienti liberi da fumo; fruibilità di palestre, cortili, ecc. dove possa essere svolta attività fisica, in particolare quella rientrante in programmi personalizzati o di gruppo definiti a livello sanitario, da parte delle persone detenute; ecc.). Realizzare interventi di formazione rivolta ai Promotori di salute anche in aggiornamento su specifiche tematiche.
Rischi e management	Gli interventi dovranno essere offerti in un'ottica di superamento delle disuguaglianze; i Promotori di salute potranno dare un utile contributo affinché ciò avvenga. Il rispetto dei vincoli istituzionali da parte delle Direzioni degli Istituti carcerari e la carenza di personale della sicurezza delle stesse potrebbero portare a sfasamenti rispetto al cronoprogramma. Le caratteristiche strutturali (cancelli, percorsi obbligati, scarsa strumentazione/setting) possono essere ostacoli alla realizzazione delle

	attività di gruppo e/o individuali. Il superamento degli ostacoli alla realizzazione delle attività sarà oggetto di attività del management sia di livello regionale che aziendale: saranno utilizzate le forme di collaborazione tra le due amministrazioni sancite nel Protocollo regionale di collaborazione firmato tra Regione e Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria (DGR 1187/14) e i Protocolli locali tra direzioni AUSl e direzioni Istituti penitenziari.
Sostenibilità	Il progetto è sostenibile con finanziamenti dedicati o con l'introduzione della figura del Promotore di Salute in Carcere direttamente all'interno delle équipe sanitarie delle AUSl presenti negli IIPP.

Cronogramma progetto 4.8 "Promozione della salute nelle carceri"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Offrire screening carcinomi, screening malattie infettive, vaccinazioni, ecc.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione di gruppi di informazione guidati da promotori della salute	X	X	X	X	X	X	X	X						
Definire con l'Amministrazione penitenziaria un accordo per migliorare il contesto di vita negli IIPP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Attività di aggiornamento formazione rivolta ai promotori di salute		X			X		X							

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% II.PP. che utilizzano la Cartella clinica informatizzata per registrare lo screening HIV nei detenuti	Banca dati regionale (SISP)	<i>N. di II.PP. in cui la cartella clinica informatizzata ha registrato lo screening HIV in più del 70% dei detenuti / N. di II.PP. x 100</i>	10%	80%	100%	100%
Attivazione del flusso informativo SISP	Banca dati regionale	Attivazione flusso	No	Sì		
Mantenimento del N. di II.PP. in cui sono stati attivati gruppi di informazione o incontri individuali	Monitoraggio ad hoc	NA	10	10	10	10
Realizzazione dell'accordo con l'Amministrazione penitenziaria per il miglioramento degli ambienti di vita dei detenuti	Evidenza documentale	NA	No	No	Sì	
Prosecuzione degli interventi di formazione e aggiornamento su specifiche tematiche rivolta ai Promotori di salute	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	

Codice progetto e nome	4.9 - Progetto Percorsi di Prevenzione e di Cura di Salute Mentale per l'Adolescenza e i Giovani Adulti (fascia 14 – 25 anni)
Descrizione	Il Progetto <i>Percorsi di Prevenzione di Cura di Salute Mentale per l'Adolescenza e i giovani adulti (fascia 14 – 25 anni)</i> è orientato a ridurre l'impatto del disagio psichico e dei disturbi mentali nella fascia di popolazione 14 – 25 anni. Nello specifico si prevede: 1) l'incremento della sorveglianza sui principali fattori rischio per il disagio psichico (abbandono scolastico, abusi, famiglie multiproblematiche, uso - abuso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare) mediante specifici interventi di prevenzione selettiva centrati sulla collaborazione con le scuole, i Servizi Sociali degli Enti Locali, le associazioni presenti nei territori). 2) l'attivazione e la sperimentazione di servizi dedicati alla prima fase di intervento (lettura del bisogno e trattamento precoce), collocati in luoghi facilmente accessibili e in continuum con i Servizi delle Cure Primarie. Lo scopo è la creazione di servizi centrati sui bisogni dei giovani, con le caratteristiche di accessibilità, di informalità, di centratura sull'empowerment degli assistiti e dei familiari, di non giudizio. Servizi in grado da una parte di collegarsi rapidamente, in funzione drenante, con le Cure Primarie in modo da anticipare il più possibile la domanda di cura per i disturbi mentali, dall'altra di inviare le patologie conclamate ai servizi per lo sviluppo dei percorsi specialistici. Data l'attenzione agli interventi precoci si descrive come un progetto di prevenzione indicata. 3) l'attivazione di percorsi specialistici per gli interventi precoci dedicati alle seguenti aree di patologia: Psicosi (Schizofrenia); Disturbi Gravi di Personalità; Disturbi da Abuso di Sostanze; Autismo; Disturbi del Comportamento Alimentare. A oggi è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare con l'obiettivo di formulare le Linee di Indirizzo per le attività di prevenzione selettiva e per l'organizzazione dei Servizi di Salute Mentale dedicati alla prima fase di intervento per i giovani di età 14 – 25. Il gruppo, composto da professionisti che operano nei Dipartimenti coinvolti e da rappresentanti degli EE LL e dei Servizi Sociali degli EE LL, ha prodotto una prima bozza del documento di indirizzo.
Gruppo beneficiario prioritario	Giovani di età compresa tra 14 e i 25 anni con disagio psichico che non hanno avuto accesso ai servizi appropriati (Cure primarie e Consultori familiari, Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche)
Setting identificato per l'azione	Scuole, centri di aggregazione giovanile, centri sportivi
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Insegnanti, educatori, operatori dei Servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche; Servizi del Dipartimento Cure Primarie; operatori dei Servizi dei Dipartimenti di Sanità Pubblica; Case della Salute; dei Servizi Sociali degli Enti Locali, Associazioni di utenti e familiari presenti nei territori (Comitati Utenti e Familiari Salute Mentale; associazioni di mutuo auto aiuto: (ACAT; Giocatori Anonimi; Associazione Uditori di Voci; Familiari di persone con autismo).
Prove di efficacia	1. Working at the CAMH/Adult interface: good practice guidance for the provision of psychiatric services to adolescents/young adults. Royal College Psychiatrist, 2008 2. Australian treatment guide for consumers and carers, Royal Australian and New Zealand college of

	Psichiatri, 2005 3. The NICE clinical guideline on depression in children and young people. National Health and Medical Research Council, Depression in young people: clinical practice guideline (NHMRC, 1997) 4. Conferenza di consenso Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti, 2012
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto coinvolge le Aziende sanitarie (nelle articolazioni di macroarea dipartimentali Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e Cure Primarie e Sanità Pubblica); i Servizi Sociali degli EE LL, le Direzioni Scolastiche (medie inferiori).
Attività principali	A partire dal Documento di indirizzo già prodotto si avvieranno la fase di presentazione e diffusione delle linee di indirizzo per lo sviluppo dei servizi coinvolti per la fascia 14 – 25 e la formazione diretta ai professionisti e l'attivazione del sistema di sorveglianza sui fattori di rischio per i disturbi psichici in età adolescenziale e giovane adulta. L'attivazione e la sperimentazione di servizi dedicati alla prima fase di intervento (lettura del bisogno e trattamento precoce) prevedono nello specifico: Abbandono scolastico: si prevede l'attivazione di un sistema di monitoraggio integrato sull'abbandono esteso ai primi tre anni delle scuole secondarie superiori e l'attivazione di un'offerta sistema di counselling per gli studenti e i familiari coinvolti. Abuso di minori: Per le sue peculiarità (gravità, multiformità, sommersione, incrocio tra differenti esigenze e obiettivi) il lavoro concernente il maltrattamento/abuso sul minore esige il massimo livello d'integrazione tra i professionisti, tra i Servizi e fra questi ultimi e gli Enti/Agenzie. È necessario implementare assetti organizzativi che favoriscano il confronto fra professionisti in un sistema volto al raggiungimento di obiettivi condivisi negli interventi di protezione, tutela e cura nell'ottica del preminente interesse del minore. Uso / Abuso di Sostanze: rafforzamento degli interventi di prevenzione universale (formazione ai docenti delle scuole medie inferiori); di prevenzione selettiva (Rafforzamento dei servizi di prossimità e interventi clinici sulle popolazioni a rischio di sviluppare tossicodipendenza). Disturbi del comportamento alimentare: Formazione dei formatori rivolta a operatori sanitari (Dipartimenti di Sanità Pubblica e Dipartimenti di Cure Primarie) e scolastici per la prevenzione di DCA e obesità nell'erogazione di iniziative di promozione rivolte al gruppo beneficiario.
Rischi e management	I rischi che dovranno essere gestiti con l'implementazione del progetto riguardano: Eterogeneità dei gruppi di interesse e conseguente difficoltà a costruire una linea unitaria di intervento. Tale criticità verrà affrontata coinvolgendo i tavoli istituzionali già attivi (Tavolo regionale con l'Ufficio scolastico, Cabina di regia regionale delle politiche sociali e sanitarie, con ricaduta sulla pianificazione di zona...). Cultura professionale sanitaria ad impostazione paternalistico-direttiva. Tale criticità sarà affrontata attraverso programmi di formazione con l'obiettivo di implementare una cultura non giudicante e favorente l'accesso dei giovani al sistema curante.
Sostenibilità	Lo sviluppo del progetto per quanto attiene riorganizzazione del sistema di offerta, avviene senza incremento di risorse. Si renderanno necessarie risorse aggiuntive per gli interventi formativi. DCA: Il progetto ha come leva di sostenibilità la presenza formalizzata in tutte le Aziende regionali di un tecnico referente per il programma DCA, a cui gli enti promotori possono fare riferimento per indicazioni teoriche e organizzative relative alla prevenzione di tali disturbi in adolescenza. È attivo un gruppo tecnico regionale DCA che coordina le attività dei programmi aziendali e a cui afferiscono i referenti sopra menzionati.

Cronogramma progetto 4.9 "Progetto Percorsi di Prevenzione e di Cura di Salute Mentale per l'Adolescenza e i Giovani Adulti (fascia 14–25 anni)"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Linee di indirizzo prevenzione e cura		X												
Presentazione e diffusione delle linee di indirizzo ai gruppi di interesse per la fascia 14–25		X	X	X										
Formazione diretta ai professionisti				X	X	X	X							
Attivazione del sistema di sorveglianza dei fattori di rischio per i disturbi psichici in età adolescenziale e giovane adulta.								X	X	X	X			
Attivazione e la sperimentazione di servizi dedicati alla prima fase di intervento (lettura del bisogno e trattamento precoce).							X	X	X	X	X			
Verifica dei risultati											X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziati quelli sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% di ricoveri di residenti in Emilia-Romagna di età compresa tra 14 e 25 con diagnosi psicopatologiche (codici ICD9 definiti) sulle diagnosi psicopatologiche nei Servizi del DSM DP	SDO; SIDER; SISM; SIMPIAER	n° di diagnosi di dimissione psicopatologiche (codici ICD9 definiti)/diagnosi psicopatologiche nei Servizi del DSM DP x 100	16% (1.640/10.262)	15%	13%	11%
Continuità della cura tra servizi di salute mentale dell'adolescenza e dell'età adulta	SIDER; SISM; SIMPIAER	Pazienti con diagnosi psicopatologiche (codici ICD9 definiti) di età compresa tra 14 e 25 anni trattati nei CSM e nei Ser.T ed in contatto con i servizi di NPIA nei 12 mesi precedenti il primo contatto/Pazienti con diagnosi psicopatologiche (codici ICD9 definiti) di età compresa tra 14 e 25 anni in contatto con il DSM	10,3%	12%	15%	20%
<i>N. AUSl in cui sono state presentate e diffuse le linee di indirizzo ai gruppi di interesse per la fascia 14-25</i>	<i>Evidenza dai documenti di servizio</i>	NA	0	2	4	8
<i>N. AUSl in cui sono stati organizzati corsi di formazione diretta ai professionisti</i>	<i>Evidenza dai documenti di servizio</i>	NA	0	2	4	8

5. Setting Scuola

Molte evidenze di letteratura e buone pratiche testimoniano che un processo di promozione della salute, orientato non solo alla prevenzione, ma alla creazione, nella comunità e nei suoi membri, di un livello di competenza (empowerment) sul miglioramento del benessere psicofisico è quello più efficace per promuovere l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute, in specie per quanto riguarda il setting "Ambienti scolastici", che, tra l'altro, il Piano di azione dell'OMS – Regione europea 2016–2020 individua quale network di riferimento per la rete "Schools for Health in Europe – SHE". Si sottolinea che investire sul benessere dei giovani, in un approccio il più possibile olistico, avrà un riflesso sulla futura classe attiva (lavorativa e dirigente), promuovendo una crescita responsabile e consapevole.

I comportamenti non salutari spesso si instaurano già durante l'infanzia e l'adolescenza: è importante pertanto il forte coinvolgimento della scuola, che va considerata come luogo privilegiato per la promozione della salute nella popolazione giovanile, in cui i temi relativi ai fattori di rischio comportamentali devono essere trattati secondo un approccio trasversale in grado di favorire lo sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, integrato nei percorsi formativi esistenti, e quindi basato sui principi del coinvolgimento e dell'empowerment che facilitano le scelte di salute e si traducono in benefici effettivi.

Le azioni di educazione, formazione e informazione possono essere valorizzate da un contesto che favorisca il benessere psicofisico di tutti coloro che "abitano" la scuola (studenti, docenti, operatori, famiglie). I due aspetti hanno un effetto sinergico: il contesto ambientale rende facili scelte salutari e la componente educativa sviluppa l'empowerment dei soggetti coinvolti.

La scuola è nei fatti un osservatorio privilegiato in grado di individuare segnali di malessere e di promuovere e sviluppare risorse e competenze preziose per la crescita dei suoi studenti. Il presupposto principale è che, accanto alla crescita culturale e didattica vi sia attenzione a quella educativa e di sviluppo globale della persona avvalendosi di tutte le risorse che insistono nella comunità di appartenenza degli studenti.

Questo lavoro sul contesto è importante anche per coinvolgere l'ambiente circostante la scuola al fine di agevolare i comportamenti salutari, ad es. nel contrasto alla sedentarietà con la creazione di pedibus o percorsi sicuri casa-scuola, nel favorire l'accesso a cibi sani con l'applicazione delle Linee guida sulla ristorazione scolastica. Questo approccio prevede la mobilitazione delle risorse delle comunità locali e che gli interventi siano declinati sulla base dell'analisi dei bisogni e delle risorse presenti in ciascun territorio. Questo metodo di lavoro è ben descritto nei risultati degli interventi nelle scuole primarie condotti dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito dei progetti CCM "Azioni per una vita in salute" e "Azioni per dare attuazione alla carta di Toronto".

La costruzione di alleanze forti tra Enti Locali, scuola, famiglie e territorio è strategica anche per dare implementazione al "Progetto Adolescenza" (Dgr 590/13) che si propone di sviluppare in modo più diffuso interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti al fine di sostenere e incentivare il successo formativo e prevenire l'abbandono scolastico, sviluppare un'accoglienza interculturale, attivare sportelli d'ascolto nelle scuole, prevenire e contrastare il bullismo e la violenza tra pari e di genere e promuovere un uso consapevole e costruttivo delle nuove tecnologie. In ambito scolastico, il principio dell'attenzione al ragazzo nella sua globalità ed alla sua rete e, di conseguenza, alla dimensione della motivazione e del disagio, ha prodotto numerose esperienze di ascolto,

consulenza, accompagnamento e sostegno con l'attivazione in numerose scuole di uno "sportello di ascolto scolastico". Questo sportello è uno spazio di ascolto individuale rivolto a studenti, docenti, genitori e personale ATA che ha come obiettivo primario quello di sostenere il benessere dell'alunno, con particolare attenzione al contesto educativo in cui è inserito e attraverso un lavoro di rete consente, sulla base delle specifiche esigenze, il collegamento con gli altri servizi e opportunità territoriali dedicati agli adolescenti.

Oltre alle esperienze sopra richiamate di promozione della salute in stretto collegamento con le risorse del territorio, La DG sanità e politiche sociali della Regione Emilia-Romagna sostiene da tempo progetti rivolti a infanzia e adolescenza e attuati con la collaborazione delle istituzioni scolastiche e con il supporto didattico e metodologico del Centro "Luoghi di prevenzione" di Reggio Emilia. In particolare fin dall'anno scolastico 2011-2012 è stato attivato un Concorso rivolto agli Istituti Secondari per premiare esperienze virtuose di promozione della salute che collegassero azioni sul contesto e lavoro curricolare. La partecipazione al Concorso ha rappresentato quindi l'occasione di interrogarsi come Istituzione scolastica sul proprio ruolo nella educazione alla salute e nel garantire complessivamente un ambiente in cui sia più facile fare scelte salutari. Ad oggi hanno partecipato al Concorso 124 Scuole a cui si aggiungono quelle raggiunte da progettualità specifiche non oggetto del Concorso.

L'esperienza acquisita in questi anni di collaborazione con le scuole ha consentito di mettere a fuoco con maggiore chiarezza gli elementi portanti da sostenere per un orientamento delle scuole in "Scuole che promuovono salute". In particolare ci si riferisce al potenziamento dell'uso di metodologie attive da parte dei docenti e all'adozione di atti formali da parte degli Organi scolastici per la definizione di un contesto salutare.

In particolare per quanto riguarda l'aspetto curricolare si auspica un lavoro interdisciplinare con il coinvolgimento delle diverse aree tematiche (linguistica, scientifica, espressiva) e l'impiego di tecniche interattive che secondo le più attuali evidenze pedagogiche facilitano l'acquisizione di empowerment e competenze trasversali da parte degli allievi.

Relativamente al contesto scolastico le scelte istituzionali a sostegno della vision di "Scuole che promuovono salute" si traducono in atti formali con il coinvolgimento di tutti gli Organi collegiali a partire dalla definizione curricolare, nel P.O.F., della promozione della salute in rapporto ai diversi stili di vita. A questi atti formali si integrano interventi concreti che rendano facili le scelte salutari. Nelle Scuole Secondarie di II grado il processo di Scuole che promuovono salute è sostenuto dal contributo di un gruppo di studenti impegnati in attività di educazione fra pari rivolte alle classi, agli Organi collegiali, alle famiglie e alla comunità nel suo insieme.

Tutte le progettualità che vengono successivamente declinate in attuazione di questo programma sono supportate da una rete di operatori sanitari che svolgono una funzione di tutor nei confronti degli Istituti scolastici che aderiscono alle proposte. Attraverso il centro regionale Luoghi di prevenzione è garantita la formazione congiunta degli operatori sanitari e dei docenti delle scuole coinvolte; oggetto della formazione è l'acquisizione di una metodologia utile a favorire il cambiamento del contesto e l'acquisizione di competenze trasversali da parte degli allievi attraverso le tecniche interattive. A supporto delle varie progettualità sono le specifiche guide didattiche e la piattaforma multimediale www.luoghidiprevenzione.it

Le progettualità di seguito declinate sono rivolte a tutte le fasce di età scolare e trattano singolarmente e trasversalmente i vari determinanti di rischio comportamentale, dai 4 fattori di Guadagnare salute, al benessere psicofisico e affettivo, fino a toccare il tema delle ludopatie e

dipendenze patologiche. In aggiunta vi è una progettualità specifica rivolta ad accrescere le competenze dei ragazzi in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro.

L'attenzione al tema dell'equità è garantita dal programma poiché esso si rivolge a Scuole di ogni ordine e grado e intercetta allievi appartenenti a diversi strati sociali ed etnie. L'uso delle tecniche interattive e dell'apprendimento cooperativo consente inoltre di differenziare le proposte in base ai bisogni e alle caratteristiche degli alunni.

Le progettualità regionali specifiche ideate in coerenza con la cornice metodologica sopra indicata sono:

- Infanzia a colori: Scuole Primarie e dell'Infanzia nonché nidi sui 4 fattori di Guadagnare salute
- Scuole libere dal fumo: Ist. Secondari I e II grado sul contrasto al tabagismo
- Scegli con gusto e gusta in salute: Ist. Secondari II grado a indirizzo Alberghiero su alcol, alimentazione, attività fisica con anche laboratori esperienziali
- Paesaggi di prevenzione: Ist. Secondari I e II grado sui 4 fattori di Guadagnare salute
- Fra rischio e piacere: Ist. Secondari II grado su dipendenze patologiche (ludopatie e abuso di sostanze)

A questi si aggiungono un progetto dedicato allo sviluppo di competenze in tema di Sicurezza nei luoghi di lavoro, rivolto agli Istituti tecnici, uno rivolto al benessere affettivo e relazionale, attuato in collaborazione con spazi giovani e Consultori, e uno dedicato alla promozione della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare in ambito scolastico.

Infine si prevede di attuare una ricognizione dei vari interventi in atto a livello locale per una valutazione e individuazione di buone pratiche di cui sollecitare l'estensione.

Il programma n. 5 "Setting scuola" si propone di contribuire alla realizzazione di alcuni Obiettivi centrali dei Macro Obiettivi 1, 3, 4 e 7. In particolare i progetti:

- Infanzia a colori, Scuole libere dal fumo, Scegli con gusto e gusta in salute, Paesaggi di prevenzione e La mappa degli interventi rivolti alle scuole primarie e dell'infanzia rispondono all'indicatore centrale 1.3.1
- Fra rischio e piacere risponde all'indicatore 4.1.1
- tutti quelli sopracitati e quello di educazione all'affettività e sessualità rispondono all'indicatore 3.1.1
- Verso un lavoro più sicuro in Costruzioni e Agricoltura risponde all'obiettivo 7.6.1

Tutti questi progetti sono dedicati al contrasto dei 4 fattori di rischio di Guadagnare salute: fumo, alcol, sedentarietà e basso consumo di frutta e verdura, dando così un contributo agli indicatori codificati come: 1.4.1, 1.6.1, 1.7.1, 1.7.2 e 1.9.1. Questi indicatori, eccetto l'1.7.2, sono misurati su classi di età diverse da quella del target a cui è rivolto il programma; l'ambizione però è, attraverso gli interventi proposti, di strutturare cambiamenti di comportamento che permangano nel tempo e possano quindi riflettersi positivamente in futuro su questi valori.

A questi progetti se ne aggiunge 1 trasversale dedicato alla promozione della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica, che contribuisce a rispondere agli indicatori centrali 1.7.1, 1.7.2, 1.8.1 e 1.8.2

Alcuni obiettivi del setting Scuola vengono realizzati con interventi integrati programmati in altri setting e precisamente:

- programma n. 3 “Setting comunità programmi età specifici” per quanto riguarda i temi della promozione del benessere mentale nei bambini e negli adolescenti (indicatori centrali 3.1.1 e 3.2.1) e delle sicurezze (indicatori centrali 6.1.1, 6.3.1 e 8.11.1);
- programma n. 4 “Setting comunità per condizione” in particolare in riferimento al Progetto Percorsi di Prevenzione e di Cura di Salute Mentale per l’Adolescenza e i Giovani Adulti (indicatore centrale 3.2.1).

Schede di progetto

Programma 5 - Setting Scuola

Codice progetto e nome	5.1 - La mappa degli interventi riconducibili a Guadagnare salute rivolti alle Scuole Primarie e dell'Infanzia
Descrizione	Data la ricchezza, variabilità e capillarità con cui, in relazione al precedente Piano della Prevenzione, si sono progettati e attuati interventi nelle Scuole primarie in relazione a Guadagnare salute, il progetto intende attivare una ricognizione delle esperienze in atto nei vari territori al fine di identificare le progettualità che possono essere definite "Buone Pratiche" sulla base di requisiti metodologici e organizzativi condivisi a partire dalle esperienze attuate e dalla letteratura disponibile. In occasione della rivalutazione al 2016 del Piano Regionale della Prevenzione si proporrà l'implementazione delle progettualità riconosciute maggiormente valide, la cui estensione sarà accompagnata da una guida operativa che faciliti l'implementazione accurata (fidelity implementation) dell'intervento
Gruppo beneficiario prioritario	Nella prima fase operatori impegnati nella promozione della salute; nella seconda fase studenti delle Scuole primarie e dell'Infanzia
Setting identificato per l'azione	Scuole primarie e dell'Infanzia
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari, docenti, Dirigenti scolastici, Associazioni ed Enti coinvolti nei progetti oggetto di ricognizione
Prove di efficacia	NA
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	La socializzazione degli interventi attivati localmente e la condivisione degli strumenti di valutazione agevolerà l'approccio multisettoriale e potenzierà la relazione tra strutture organizzative diverse che in ambito AUSL si occupano di promozione della salute
Attività principali	Ricognizione degli interventi attivati localmente; Definizione dei requisiti per una progettualità che possa essere definita buona pratica; Individuazione delle progettualità di cui proporre l'estensione; Definizione di una guida operativa descrittiva di queste progettualità; Attuazione dei progetti individuati nelle Scuole Primarie e dell'infanzia secondo uno standard numerico che verrà definito alla fine del percorso di ricognizione.
Rischi e management	Difficoltà nel reperire una adeguata descrizione degli interventi realizzati e da sottoporre a valutazione soprattutto in riferimento a quelli promossi da Enti e Associazioni esterne al Servizio Sanitario
Sostenibilità	Esistono già esperienze di valutazione delle buone pratiche a cui ispirarsi per la definizione dei requisiti metodologici e organizzativi, ad esempio la banca dati PROSA in DORS

Cronogramma progetto 5.1 "La mappa degli interventi riconducibili a Guadagnare salute rivolti alle Scuole Primarie e dell'Infanzia"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Ricognizione degli interventi		X	X	X	X									
Individuazione delle progettualità di cui proporre l'estensione					X	X								
Definizione di una guida operativa descrittiva delle progettualità definite “Buone Pratiche”					X	X	X							
Implementazione dei progetti nelle Scuole										X	X	X		

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% Interventi per i quali è stato possibile fare la valutazione	Ricognizione ad hoc	N.ro schede complete e valutabili sul totale di quelle raccolte x 100		70%		
Evidenza documentale della valutazione effettuata	Ricognizione ad hoc	NA		Sì		
<i>N.ro di Scuole Primarie e dell'Infanzia coinvolte in uno dei progetti definiti "Buone Pratiche"</i>	<i>Ricognizione ad hoc</i>	<i>NA</i>			<i>Standard da definire alla fine del percorso di valutazione</i>	
N.ro di Scuole Primarie e dell'Infanzia che hanno adottato uno dei progetti definiti "Buone Pratiche" in sostituzione di uno di quelli valutati non adeguati	Ricognizione ad hoc	NA			Standard da definire alla fine del percorso di valutazione	

Codice progetto e nome	5.2 - Infanzia a colori
Descrizione	Il progetto affronta in modo integrato il tema degli stili di vita a rischio e della promozione del benessere psicofisico con interventi di promozione delle life skills dedicate alla consapevolezza di sé, alla rielaborazione emozionale e espressiva di stimoli appartenenti a diversi linguaggi e allo sviluppo di competenze relative alla capacità di soluzione dei problemi e di presa delle decisioni. Affronta in modo integrato i temi di fumo, alcol, alimentazione e attività fisica prevedendo iniziative in classe rivolte direttamente ai bambini e un percorso parallelo per i genitori. Le attività si svolgono in un contesto di scuola che promuove salute. Nel setting Scuole dell'infanzia e Asili Nido il progetto è collegato a Nati per Leggere.
Gruppo beneficiario prioritario	Genitori e Insegnanti. Nelle Scuole primarie Alunni del primo e del quarto anno. Alunni dell'ultimo anno negli Asili Nido e nelle Scuole d'Infanzia
Setting identificato per l'azione	Scuole Primarie, dell'Infanzia e Asili nido
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Docenti, Famiglie, Operatori dell'area educativa dei Comuni, Operatori e volontari di Associazioni (Terzo Settore).
Prove di efficacia	Il progetto costituisce l'ampliamento di un intervento già realizzato rispetto al fumo di sigaretta, che ha rispettato le indicazioni espresse dal Bollettino OMS, n.1, 1992 " Le disposizioni dell'OMS affermano che... l'inserimento dell'educazione delle life skills dovrebbe idealmente riguardare tutte le scuole di ogni ordine e grado e lungo tutto l'arco evolutivo dell'allievo dalla scuola dell'infanzia sino alla scuola secondaria di secondo grado".
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	L'intervento prevede il coinvolgimento di una pluralità di soggetti: Servizio Infanzia e adolescenza dell'Assessorato Regionale alle Politiche sociali, Comuni, Terzo Settore. Si pone inoltre in stretta contiguità con il progetto Nati per Leggere che vede Pediatri, Genitori e Enti Locali fortemente inseriti negli interventi.
Attività principali	Formazione congiunta di operatori sanitari e docenti sui contenuti della guida didattica Infanzia a colori. Coinvolgimento dei genitori delle classi aderenti: - nelle Scuole Primarie attraverso una lettera informativa, un questionario per il monitoraggio del progetto e un opuscolo di informazioni di base sul ruolo della famiglia nella promozione di stili di vita salutari, nonché l'organizzazione e realizzazione di moduli formativi - nelle Scuole dell'Infanzia e Asili nido attraverso moduli formativi. Nelle Scuole primarie realizzazione del percorso didattico fra quelli disponibili per le 2 fasce di età individuate: per il primo anno i percorsi sono legati prevalentemente alla rielaborazione di fiabe, attività musicale e di educazione alla corporeità; per il terzo anno i percorsi sono realizzati in tre moduli: uno espressivo, uno linguistico, uno scientifico. Nelle Scuole dell'Infanzia e Asili nido realizzazione di percorsi di lettura e gioco in laboratori rivolti a genitori e bambini insieme, in collaborazione con Pediatri di libera scelta in connessione con il percorso Nati per Leggere e svolgimento dei moduli didattici a partire dal terzo anno negli Asili nido e per l'intero ciclo nelle Scuole dell'Infanzia.

	Realizzazione di laboratori di cucina per genitori in collaborazione con il Servizio USL di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) e Istituti Alberghieri. Nelle Scuole primarie questi laboratori vedono la partecipazione anche dei bambini e ad essi viene associata anche la promozione della attività fisica. Nelle Scuole dell'Infanzia e Asili nido individuazione e formazione dei genitori impegnati in attività di peer education rispetto agli obiettivi di progetto. Promozione di un cambiamento del contesto scolastico in collaborazione con gli Organi Collegiali della Scuola e, nelle Scuole dell'Infanzia e Asili nido, con il coinvolgimento dei genitori peer educator. Condivisione delle azioni del Progetto con i Referenti dei Gruppi di Coordinamento psicopedagogico regionale.
Rischi e management	La sensibilità sugli stili di vita a rischio non è sempre alta ed è difficile trattarli in modo integrato attraverso il coinvolgimento attivo e sistematico delle famiglie; un altro elemento di difficoltà è la compresenza di diverse agenzie educative e ciò induce frammentarietà e non favorisce la condivisione e continuità degli obiettivi del progetto. Potenziando la formazione congiunta si può favorire una più solida alleanza tra i diversi stakeholder
Sostenibilità	Il progetto costituisce l'ampliamento di un intervento con focus sul tabagismo come fattore di inquinamento ambientale, attivo dal 2007 e ne applica le stesse modalità sul tema complessivo degli stili di vita. La sostenibilità del progetto originario è stata dimostrata anche nella sperimentazione connessa a un progetto CCM ("Dalla pianificazione regionale alla programmazione aziendale di interventi di prevenzione e cura sul tabagismo" bando CCM 2007). Nell'anno scolastico 2014-2015 è in attuazione sperimentale in alcuni Istituti scolastici della regione, soprattutto in Romagna.

Cronogramma progetto 5.2 "Infanzia a colori"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione congiunta di operatori sanitari e docenti		X				X				X				
Coinvolgimento dei genitori delle classi aderenti		X				X				X				
Realizzazione moduli formativi per i genitori delle classi aderenti			X				X				X			
Realizzazione del percorso didattico nelle classi aderenti			X	X			X	X			X	X		
Realizzazione di laboratori di cucina				X				X				X		
Promozione di un cambiamento del contesto scolastico in collaborazione con gli Organi Collegiali della Scuola		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Raccolta schede di monitoraggio e valutazione del Progetto					X	X			X	X			X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Numero totale Scuole Primarie	referenti AUsl	NA	25	40	50	70
Numero Scuole Primarie che hanno coinvolto l'80% delle classi	referenti AUsl	NA	0	20	30	50
Numero totale Scuole dell'infanzia	referenti AUsl	NA	10	50	50	100
Numero Scuole dell'infanzia che hanno coinvolto l'80% delle classi	referenti AUsl	NA	0	50	50	100
% Scuole che hanno partecipato in modo completo al monitoraggio	referenti AUsl	n.ro classi con monitoraggio fratto totale classi coinvolte x 100	Non rilevato	50	50	100

Codice progetto e nome	5.3 - Progetto Paesaggi di Prevenzione
Descrizione	Il progetto ha lo scopo di promuovere, negli allievi delle Scuole secondarie di 1° e 2°, comportamenti salutari rispetto al benessere psicofisico e ai 4 temi di Guadagnare Salute attraverso la metodologia dell'apprendimento cooperativo e l'uso di tecniche interattive. Vengono favorite la trasversalità e multidisciplinarietà attraverso la condivisione di una curricularità orizzontale per area tematica: linguistica, scientifica, espressiva. Ha l'obiettivo di far acquisire agli allievi le competenze trasversali che favoriscono scelte salutari, in particolare capacità di problem solving, capacità decisionale, pensiero divergente, consapevolezza di sé, abilità in una comunicazione efficace. Oltre alla parte curriculare, il progetto promuove azioni di modifica del contesto scolastico attraverso scelte che si traducono sia in atti formali (POF, Regolamenti, attivazione Gruppo di lavoro, discussioni in Consiglio d'Istituto, Parlamentino dei ragazzi e Consigli di classe a tema, ecc.) sia in interventi concreti di contrasto ai fattori di rischio di Guadagnare salute, allo scopo di accrescere la responsabilità dell'Istituzione/Comunità verso gli alunni – cittadini. La Scuola si pone poi in relazione con Enti Locali e Associazioni del territorio per dare un contributo a iniziative di promozione della salute, soprattutto per quanto riguarda il contrasto della sedentarietà e con gli Istituti Alberghieri aderenti al progetto “Scegli con gusto e gusta in salute”, per la realizzazione di laboratori esperienziali. Il progetto prevede, nelle Scuole Secondarie di II grado, un forte impegno sulla peer-education per lo sviluppo di iniziative che favoriscano il coinvolgimento di tutti i soggetti che a vario titolo “abitano” la Scuola.
Gruppo beneficiario prioritario	Studenti delle classi seconde delle Scuole secondarie di primo grado; studenti delle classi seconde delle Scuole secondarie di secondo grado;
Setting identificato per l'azione	Scuole secondarie di primo e secondo grado
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Studenti del terzo e quarto anno delle Scuole secondarie di secondo grado selezionati per le attività di educazione fra pari, Dirigenti, docenti, genitori, Enti Locali, Associazioni del territorio, Palestre Etiche
Prove di efficacia	La parte relativa al fumo è metodologicamente simile al progetto Scuole Libere dal fumo la cui efficacia è stata dimostrata in un trial randomizzato e controllato (Vedi: G. Gorini, G. Carreas, S.Bosi, M.Tamelli, C. Monti, S.Storani, A. Martini, E. Allara, P. Angelini, F. Faggiano, Effectiveness of a school-based multi-component smoking prevention intervention: The LdP cluster randomized controlled trial. Preventive Medicine 61(2014) 6-13 - Bosi S., Gorini G., Tamelli M., Monti C., Storani S., Carreras A., Allara E., Angelini P., Faggiano F., A school-based peer-led smoking prevention intervention with extra-curricular activities: the LILT-LDP cluster randomized controlled trial design and study population. Tumori, 99: 572-577, 2013). La stessa metodologia è stata applicata agli altri stili di vita.
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	L'intervento è fortemente trasversale portando a una integrazione tra operatori sanitari e docenti, nonché attivando una stretta collaborazione paritaria tra studenti, docenti, operatori esterni alla Scuola. Il forte impegno sulla modifica del contesto scolastico in una logica di favorire comportamenti salutari prevede di sviluppare integrazione e sinergie con la Comunità in cui la Scuola è inserita: Enti Locali, Terzo Settore, operatori

	economici del territorio (Aziende produttive, operatori della distribuzione organizzata, ecc), Istituti Alberghieri
Attività principali	Formazione congiunta di docenti e operatori sanitari sulla metodologia Paesaggi di Prevenzione e sull'uso della piattaforma web per la F.A.D.: in particolare sviluppo di competenze per l'uso delle tecniche interattive a supporto dell'apprendimento cooperativo. Formazione degli alunni selezionati come peer-educator. Attivazione nelle classi target dei moduli curricolari e dei laboratori esperienziali, nonché dell'intervento dei peer. Attivazione nelle Scuole aderenti del percorso di modifica del contesto verso una Scuola che promuove salute e di iniziative di sensibilizzazione delle famiglie, condotte anche dagli allievi impegnati come peer.
Rischi e management	Difficoltà per i docenti di sentire il tema degli stili di vita a rischio come priorità conciliabile con la necessità di svolgere il programma curricolare; l'elevato turn over di docenti e dirigenti rende difficoltoso il consolidamento nel tempo dell'intervento, cioè il passaggio da progetto a processo; poca dimestichezza di operatori sanitari e docenti all'uso di tecniche interattive che può essere superata con la formazione. La gestione complessiva del progetto è facilitata dal monitoraggio che viene condotto con la supervisione del Prof. C. di Clemente nell'ambito della collaborazione fra Luoghi di prevenzione e il Laboratorio di Ricerca Habits Lab dell'Università del Maryland
Sostenibilità	Il progetto ha come elemento di sostenibilità il Centro regionale Luoghi di prevenzione che garantisce supporto metodologico attraverso i suoi operatori e la piattaforma web per la F.A.D., e facilita la formazione mettendo a disposizione i suoi laboratori didattici

Cronogramma progetto 5.3 "Progetto Paesaggi di Prevenzione"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione congiunta di docenti e operatori sanitari	X	X			X	X			X	X			X	X
Formazione degli alunni peer		X	X			X	X			X	X			
Realizzazione percorsi curriculari nelle classi			X	X			X	X			X	X		
Attivazione dei laboratori esperienziali				X				X				X		
Promozione di un cambiamento nel contesto scolastico			X	X			X	X			X	X		
Raccolta dati di monitoraggio e valutazione del Progetto		X				X				X				X

Elenco indicatori (con evidenziati quelli sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Numero totale Istituti scolastici secondari di primo grado aderenti	referenti AUsl	NA	15	17	20	25
Numero totale Istituti scolastici secondari di secondo grado aderenti	referenti AUsl	NA	15	18	20	25
Numero Istituti di I grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target	referenti AUsl	NA	9	10	12	15
Numero Istituti di II grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target	referenti AUsl	NA	8	10	13	15
% Scuole che hanno partecipato in modo completo al monitoraggio	referenti AUsl	n.ro classi con monitoraggio fratto totale classi coinvolte x 100	60%	70%	80%	80%

Codice progetto e nome	5.4 - Scuole Libere dal Fumo
Descrizione	Il progetto Scuole Libere dal Fumo è dedicato alla prevenzione dell'abitudine al fumo di sigaretta con azioni di contrasto al tabagismo nel contesto scolastico considerato come luogo di lavoro, educazione e vita. Consiste di tre distinte componenti: • modifica del contesto attraverso l'applicazione delle policy scolastiche contro il fumo in accordo con una procedura che preveda la costituzione di un gruppo di lavoro (Dirigente Scolastico, Docenti, Studenti, Genitori, Personale ATA, Operatore/i sanitari che coordinano l'intervento come consulenti esperti) con il compito di seguire la programmazione delle azioni e il loro monitoraggio e l'esplicitazione dell'impegno della Scuola nel contrasto dell'abitudine al fumo di sigaretta in atti formali (POF, Patto Educativo di Corresponsabilità, Collegio docenti dedicato). • approfondimento laboratoriale con metodologie interattive (condivisione dei vissuti e approfondimento cognitivo, simbolico, affettivo-relazionale) a cui si associa un training sulle competenze trasversali (problem solving, gioco di ruolo e laboratorio di rielaborazione espressiva). • implementazione curricolare dell'intervento attraverso attività di educazione fra pari basate sul potenziamento di life skills rispetto ai processi decisionali e azioni di rinforzo da parte dei docenti attraverso le specifiche discipline di insegnamento e lo sviluppo in classe di specifici moduli didattici. Il progetto prevede un'azione di supporto di operatori sanitari che, in ogni scuola, curano la formazione dei docenti e dei pari e sostengono la Scuola nello sviluppo delle azioni di contesto a sostegno dell'intervento. Il Centro regionale Luoghi di prevenzione mette a disposizione i laboratori didattici e cura la formazione degli operatori-formatori sulla base delle due guide didattiche: Scuole libere dal fumo per le Scuole sec. di secondo grado e Liberi di scegliere per le Scuole sec. di primo grado.
Gruppo beneficiario prioritario	Studenti delle classi prime delle Scuole secondarie di secondo grado e classi seconde delle Scuole secondarie di primo grado;
Setting identificato per l'azione	Scuole secondarie di primo e secondo grado
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Studenti del terzo e quarto anno delle Scuole secondarie di secondo grado selezionati per le attività di educazione fra pari, Gruppo regionale tabagismo, Dirigenti scolastici, docenti, genitori
Prove di efficacia	Il progetto è stato oggetto di un trial randomizzato e controllato per la valutazione di efficacia condotto in collaborazione con l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze (ISPO) e il Dipartimento di Medicina Translazionale, Università degli Studi del Piemonte Orientale. I risultati del trial hanno dimostrato l'efficacia dell'intervento e sono stati pubblicati in: • G. Gorini, G. Carreas, S.Bosi, M.Tamelli, C. Monti, S.Storani, A. Martini, E. Allara, P. Angelini, F. Faggiano, Effectiveness of a school-based multi-component smoking prevention intervention: The LdP cluster randomized controlled trial. Preventive Medicine 61(2014) 6-13 • Bosi S., Gorini G., Tamelli M., Monti C., Storani S., Carreras A., Allara E., Angelini P., Faggiano F., A school-based peer-led smoking prevention intervention with extra-curricular activities: the LILT-LDP cluster

	randomized controlled trial design and study population. Tumori, 99: 572-577, 2013.
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	L'intervento è fortemente trasversale portando a una integrazione tra operatori sanitari e docenti, nonché attivando una stretta collaborazione paritaria tra studenti, docenti, operatori esterni alla Scuola.
Attività principali	Organizzazione e realizzazione di moduli formativi rivolti agli operatori sanitari che fungono da riferimento per la realizzazione dell'intervento nelle Scuole Organizzazione e realizzazione di moduli formativi rivolti ai docenti delle Scuole aderenti Individuazione e formazione dei peer-educator Attivazione nelle Scuole dei moduli curricolari, dei laboratori esperienziali e del percorso di modifica del contesto verso una Scuola che promuove salute
Rischi e management	Difficoltà per i docenti di sentire il tema degli stili di vita a rischio come priorità conciliabile con la necessità di svolgere il programma curricolare; l'elevato turn over di docenti e dirigenti rende difficoltoso il consolidamento nel tempo dell'intervento, cioè il passaggio da progetto a processo; poca dimestichezza di operatori sanitari e docenti all'uso di tecniche interattive che può essere superata con la formazione.
Sostenibilità	Il progetto ha come elemento di sostenibilità il Centro regionale Luoghi di prevenzione che garantisce supporto metodologico attraverso i suoi operatori e la piattaforma web per la F.A.D., e facilita la formazione mettendo a disposizione i suoi laboratori didattici

Cronogramma progetto 5.4 "Scuole Libere dal Fumo"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Organizzazione e realizzazione di moduli formativi rivolti agli operatori sanitari		X	X			X	X			X	X			
Organizzazione e realizzazione di moduli formativi rivolti ai docenti		X	X			X	X			X	X			
Individuazione dei ragazzi impegnati in attività di peer education rispetto agli obiettivi di progetto		X			X				X				X	
Formazione dei peer da parte degli operatori sanitari e dei docenti delle Scuole aderenti			X			X				X				X
Svolgimento dei moduli didattici			X	X			X	X			X	X		
Promozione di un cambiamento nel contesto con il coinvolgimento del gruppo di lavoro di Istituto e dei ragazzi che svolgono attività di educazione fra pari.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione di laboratori esperienziali			X	X			X	X			X	X		
Raccolta dati di monitoraggio e valutazione del progetto		X				X				X				X

Elenco indicatori (con evidenziati quelli sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Numero totale Istituti scolastici secondari di primo grado aderenti	referenti AUsl	NA	15	20	30	40
Numero totale Istituti scolastici secondari di secondo grado aderenti	referenti AUsl	NA	15	20	30	40
Numero Istituti di I grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target	referenti AUsl	NA	5	15	25	30
Numero Istituti di II grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target	referenti AUsl	NA	10	15	25	30
% Scuole che hanno partecipato in modo completo al monitoraggio	referenti AUsl	n.ro classi con monitoraggio fratto totale classi coinvolte x 100	60%	70%	80%	80%

Codice progetto e nome	5.5 - Scegli con gusto, gusta in salute
Descrizione	Il progetto è indirizzato agli Istituti Alberghieri e sperimentato ampiamente in questo target in riferimento alla relazione fra comportamento alimentare, contrasto alla sedentarietà e consumo di alcol nei giovani promuovendo e rinforzando i loro significati affettivo- relazionali e biologici. Si lavora sulle abitudini degli adolescenti in riferimento a alimentazione, pratica dell'attività fisica e consumo di alcol e si pone l'attenzione sulla scelta e la preparazione di cibi e bevande in riferimento alla promozione del benessere psicofisico. Il progetto è integrato con attività volte al cambiamento culturale degli operatori del settore nei confronti del cibo e dell'alcol per influenzare le abitudini di una comunità. Gli Istituti Alberghieri diventano così anche un punto di riferimento per le Scuole aderenti al progetto Paesaggi di prevenzione in quanto si fanno carico della realizzazione di laboratori didattici esperienziali legati alla peer education per tutte le Scuole coinvolte.
Gruppo beneficiario prioritario	Il progetto coinvolge come destinatari gli studenti del primo o del secondo anno a seconda dell'organizzazione della Scuola (distinta in IPSAR e IAL) e prevede l'attivazione di gruppi di pari del terzo e del quarto anno
Setting identificato per l'azione	Istituti Alberghieri
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Dirigenti scolastici e Docenti degli Istituti coinvolti nel progetto; Operatori sanitari; Amministratori locali; Soggetti produttivi della rete territoriale; Associazioni varie del territorio.
Prove di efficacia	La metodologia applicata è la stessa del progetto Scuole Libere dal fumo la cui efficacia è stata dimostrata in un trial randomizzato e controllato (Vedi: G. Gorini, G. Carreas, S.Bosi, M.Tamelli, C. Monti, S.Storani, A. Martini, E. Allara, P. Angelini, F. Faggiano, Effectiveness of a school-based multi-component smoking prevention intervention: The LdP cluster randomized controlled trial. Preventive Medicine 61(2014) 6-13 - Bosi S., Gorini G., Tamelli M., Monti C., Storani S., Carreras A., Allara E., Angelini P., Faggiano F., A school-based peer-led smoking prevention intervention with extra-curricular activities: the LILT-LDP cluster randomized controlled trial design and study population. Tumori, 99: 572-577, 2013).
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il programma valorizza il ruolo degli Istituti Alberghieri - nel rapporto con il territorio in cui sono inseriti attraverso iniziative svolte in collaborazione con Enti Locali, Associazioni ecc.; - nel loro essere riferimento per affrontare i temi della alimentazione corretta e dell'uso consapevole di alcol negli Istituti scolastici di secondo grado.
Attività principali	Formazione di operatori sanitari, docenti e studenti selezionati come pari per la realizzazione di attività curriculari nelle classi destinatarie dell'intervento. Svolgimento dei moduli didattici per le diverse aree tematiche nelle classi, compreso l'intervento dei pari.

	Realizzazione di laboratori esperienziali di cucina e bar, nonché interventi in collaborazione con la Comunità locale per la promozione delle azioni del progetto. Monitoraggio della implementazione del progetto attraverso raccolta dati e partecipazione a incontri periodici di audit anche allo scopo di favorire la trasversalità e il miglioramento in progress.
Rischi e management	Il cambiamento frequente del personale scolastico nei diversi Istituti è una criticità rispetto alla continuità necessaria all'implementazione del progetto; può essere al contempo un'opportunità per la contaminazione delle metodologie applicate. In ogni caso può essere governato attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro interno alla scuola, inclusivo e flessibile, ma formalizzato in ambito istituzionale.
Sostenibilità	L'esperienza già in corso ha dimostrato di avere bisogno di risorse economiche dedicate all'attivazione dei laboratori esperienziali di cucina (materiali di consumo) ed evidenzia come la sostenibilità del progetto sia legata alla valorizzazione delle iniziative che rinforzano la costituzione di Scuole che promuovono Salute, al potenziamento del ruolo della Educazione fra pari e alla capacità di agire in modo sincretico fra Scuola, Sanità e Territorio.

Cronogramma progetto 5.5 "Scegli con gusto, gusta in salute"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Formazione operatori sanitari e docenti	X	X			X	X			X	X				
Formazione dei pari		X	X			X	X			X	X			
Attivazione moduli didattici			X	X			X	X			X	X		
Attivazione laboratori			X	X			X	X			X	X		
Monitoraggio e valutazione				X				X				X		

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Numero totale Istituti aderenti	referenti AUsl	NA	9	9	10	11
<i>N.ro Istituti in cui le classi coinvolte sono >= 80%</i>	<i>referenti AUsl</i>	<i>NA</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>10</i>	<i>10</i>
% classi che hanno partecipato in modo completo al monitoraggio	referenti AUsl	n.ro classi con monitoraggio fratto totale classi coinvolte x 100	70%	80%	90%	90%

Codice progetto e nome	5.6 - Fra rischio e piacere
Descrizione	Progetto basato sul potenziamento delle life skills nel contrasto alle pressioni sociali che condizionano i comportamenti individuali e di gruppo nell'uso di sostanze psicoattive e comportamenti di gioco d'azzardo fra i giovani di età compresa fra i 13 e i 16 anni. In coerenza con Guadagnare salute adotta la logica di facilitare scelte salutari puntando a ricollocare il tema della relazione fra giovani, sostanze e altri comportamenti di dipendenza (gioco d'azzardo) in chiave di legalità, percezione del rischio, alterazione della percezione, piacere/corporeità. Prevede il superamento della logica puramente informativa (es. lezioni sulla pericolosità delle sostanze e del gioco d'azzardo) in favore dell'avvio di un processo di responsabilizzazione di adulti e giovani, non giudicante, basato sulle dimensioni del "sapere, credere, sentire" per l'acquisizione di competenze trasversali utili alla modificazione dei comportamenti basati sulle scelte personali. Nella Scuola prevede azioni sul contesto, sviluppo di moduli curricolari per l'acquisizione di competenze trasversali specifiche sui processi decisionali, attività di educazione fra pari, laboratori espressivi, coinvolgimento delle famiglie. Si pone l'obiettivo di creare un forte collegamento con gli Enti Locali per iniziative di controllo del territorio che rendano più difficile l'accesso dei minori al gioco d'azzardo. Il percorso progettuale è distinto in due moduli separati, uno dedicato all'uso di sostanze e l'altro al gioco d'azzardo che si avvalgono di un approccio comune su competenze trasversali e interattività, ma con parti specifiche in relazione agli specifici contenuti trattati.
Gruppo beneficiario prioritario	Studenti delle classi seconde.
Setting identificato per l'azione	Istituti Secondari di II grado.
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Docenti, Dirigenti scolastici, famiglie. Operatori sanitari e sociali e del terzo settore. Enti Locali.
Prove di efficacia	Il progetto si è ispirato alla cornice culturale del programma validato Unplugged (vedi banca dati NIEBP).
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Nella parte specifica del progetto dedicata al gioco d'azzardo è previsto lo sviluppo di alleanze con il territorio sull'obiettivo comune di rendere difficile l'accesso ai punti di gioco. In generale comunque tutto il progetto, per la parte curricolare, si basa sulla multidisciplinarietà e l'integrazione tra aree tematiche.
Attività principali	Per ciascuno dei due moduli sopra indicati è previsto • Formazione di operatori sanitari, docenti e studenti selezionati come pari per la realizzazione di attività curricolari nelle classi destinatarie dell'intervento; • Svolgimento dei moduli didattici per le diverse aree tematiche nelle classi, compreso l'intervento dei pari;

	- Promozione di un cambiamento nel contesto verso scuole che promuovono salute con il coinvolgimento dei pari; - Attivazione di laboratori esperienziali espressivi con tecniche interattive realizzati presso il Centro regionale Luoghi di Prevenzione.
Rischi e management	Difficoltà di adozione di un approccio innovativo, non giudicante, per la responsabilizzazione di adulti e giovani. Necessità di un forte coinvolgimento e “governo” del progetto da parte degli Organi collegiali al fine di declinare la Scuola che promuove salute nell’ottica della legalità.
Sostenibilità	Nel corso dell'anno scolastico 2014-2015 il progetto è stato sperimentato in alcuni Istituti scolastici della Regione e si sta avviando un momento di valutazione per identificare gli elementi più utili alla sua sostenibilità. Si può già affermare però che la parte dedicata all'abuso di sostanze è più consolidata anche in relazione al fatto che è stata oggetto di uno specifico progetto CCM (CCM 2012 su giovani a rischio).

Cronogramma progetto 5.6 "Fra rischio e piacere"

	2015		2016		2017		2018	
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II
Formazione operatori sanitari e docenti	X	X			X	X		
Formazione dei pari		X	X			X	X	
Attivazione moduli didattici			X	X			X	X
Attivazione laboratori			X	X			X	X
Monitoraggio e valutazione				X				X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Numero totale Istituti aderenti	referenti AUsl	NA	5	5	8	11
<i>N.ro Istituti aderenti in cui le classi coinvolte sono >= 80%</i>	<i>referenti AUsl</i>	<i>NA</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>8</i>
% classi che hanno partecipato in modo completo al monitoraggio	referenti AUsl	n.ro classi con monitoraggio fratto totale classi coinvolte x 100	70%	80%	90%	90%

Codice progetto e nome	5.7 - Educazione all'affettività e sessualità
Descrizione	I progetti di educazione all'affettività e sessualità offrono la possibilità ai preadolescenti e adolescenti di affrontare i temi legati alla crescita, alle relazioni, all'affettività e sessualità con gli adulti di riferimento, gli operatori degli Spazi giovani o di altri servizi sanitari coinvolti, i genitori e gli insegnanti. La vita sessuale in adolescenza è importante non solo per la crescita intellettuale e lo sviluppo di una socialità matura, ma anche in relazione all'influenza che questa può avere sulla salute individuale. La messa in atto di comportamenti a rischio in preadolescenza e adolescenza, quali ad es. rapporti sessuali precoci e non protetti, può produrre effetti molto seri sulla salute e sul benessere psico-sociale personale e portare l'individuo a contrarre malattie sessualmente trasmissibili o avere gravidanze indesiderate. La Regione Emilia-Romagna sostiene e finanzia da anni nelle Scuole secondarie di I e II grado progetti condotti dagli operatori degli Spazi Giovani per la promozione della salute in relazione all'attività di educazione affettiva, sessuale e relazionale. Questi progetti hanno l'obiettivo di favorire un dialogo su affettività, sessualità e relazioni di coppia, prevenire le interruzioni volontarie di gravidanza, promuovere un benessere relazionale e sessuale, prevenire la violenza di genere e domestica, prevenire l'infezione da HIV e altre malattie sessualmente trasmesse, far conoscere e favorire l'utilizzo dello Spazio Giovani nei casi di difficoltà e/o di disagio personale.
Gruppo beneficiario prioritario	Preadolescenti, adolescenti, insegnanti e genitori delle Scuole secondarie di I e II grado. In particolare l'intervento è rivolto alle terze classi delle scuole secondarie di I grado e alle seconde classi delle scuole di II grado
Setting identificato per l'azione	Scuole secondarie di I e II grado e Spazi Giovani
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori degli Spazi Giovani (psicologi, ginecologi, ostetriche, educatori, assistenti sociali, assistenti sanitarie), operatori di altri servizi territoriali (Dipartimenti di Sanità pubblica, di Salute mentale e Dipendenza patologiche), operatori del sociale (cooperative, area educativa del sociale), Enti Locali (Centri per le famiglie), insegnanti e genitori.
Prove di efficacia	Vi è evidenza che l'età target di questo progetto è quella che più può beneficiare di interventi come quelli proposti. Sia documenti e linee guida nazionali ed internazionali (OMS 2004, UNESCO 2009, Guadagnare salute in adolescenza) che ricerche condotte a livello regionale (Studio HBSC - Health Behaviour in School-aged Children 2010 e 2014) evidenziano come stia aumentando la percentuale di adolescenti che iniziano la sessualità in età precoce (entro 14 anni) senza possedere informazioni e competenze adeguate per proteggersi dai rischi di gravidanze indesiderate ed infezioni sessualmente trasmesse. Relativamente agli interventi messi in atto invece non ci sono solidi riferimenti di bibliografia e alla fine dell'anno scolastico in ogni scuola viene effettuata una valutazione della qualità percepita del coinvolgimento ottenuto con l'analisi degli strumenti utilizzati e con focus con insegnanti, ragazzi e operatori
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto si basa sulla cooperazione di operatori di ambito sanitario, sociale, educativo. Vi è una transversalità intraziendale con gli Spazi Giovani in collaborazione con più Dipartimenti: Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Sanità Pubblica. A ciò si integra l'intersectorialità del lavoro comune tra Sanità, Scuola, Sociale e Enti Locali

Attività principali	Proposta dei progetti alle scuole e loro reclutamento nonché definizione delle classi aderenti ai progetti; questa attività è svolta dagli operatori degli Spazi Giovani in collaborazione con l'area di educazione alla salute delle AUSL. Progettazione e realizzazione degli interventi nelle diverse AUSL; in ogni territorio l'intervento, pur mantenendo caratteristiche di omogeneità rispetto agli obiettivi e al coinvolgimento degli Spazi Giovani può assumere aspetti specifici in coerenza con sensibilità e bisogni del territorio. Monitoraggio della diffusione dei progetti, del numero degli istituti e delle classi coinvolte e degli indicatori di processo.
Rischi e management	La difficoltà principale è legata alla capacità di mettere in sintonia le proposte fatte dagli Spazi Giovani con i bisogni identificati dagli Istituti scolastici e favorire quindi l'adesione. Su queste tematiche particolarmente sensibili dal punto di vista delle scelte personali, religiose, etiche e morali la difficoltà è la condivisione di obiettivi, modalità di lavoro e contenuti dei progetti riducendo al minimo le interferenze ideologiche. A volte è più semplice non effettuare i progetti, che pure rispondono a bisogni urgenti e prioritari per la salute dei ragazzi e delle ragazze, piuttosto che affrontare le discussioni, spesso inevitabili, che la loro realizzazione comporta.
Sostenibilità	La possibilità di implementare interventi di miglioramento dei progetti effettuati nelle scuole o di ampliare gli interventi è vincolata alla presenza di risorse professionali adeguate negli Spazi Giovani e alla disponibilità delle Scuole.

Cronogramma progetto 5.7 "Educazione all'affettività e sessualità"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Proposta dei progetti alle Scuole e loro reclutamento	X	X			X	X			X	X			X	X
Progettazione degli interventi nelle diverse AUSl		X	X			X	X			X	X			
Realizzazione degli interventi		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio della diffusione dei progetti				X	X			X	X			X	X	

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Numero totale Istituti aderenti	referenti AUsl	NA	90	100	110	120
<i>N.ro Istituti in cui le classi coinvolte sono >= 80%</i>	<i>referenti AUsl</i>	<i>NA</i>	<i>0</i>	<i>20</i>	<i>30</i>	<i>50</i>
% classi che hanno partecipato in modo completo al monitoraggio	referenti AUsl	n.ro classi con monitoraggio fratto totale classi coinvolte x 100	20%	30%	40%	60%

Codice progetto e nome	5.8 - Verso un lavoro più sicuro in Costruzioni e Agricoltura La scuola promotrice di salute e di sicurezza
Descrizione	Il progetto si propone di promuovere la cultura della salute e sicurezza nei giovani, futuri lavoratori, degli Istituti tecnici e professionali indirizzo Costruzioni e Agraria, in coerenza con i progetti sviluppati dal Programma 1 – Setting Ambienti di lavoro che individua questi comparti come a maggior rischio. Il progetto intende sviluppare un approccio complessivo, articolato in interventi integrati nel curriculum scolastico, di tipo pratico-normativo ed educativo. I Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL) si pongono a supporto della formazione dei docenti – formatori di sicurezza, che trattano in ambito curriculare i temi della salute e sicurezza sul lavoro. L'acquisizione di competenze specifiche da parte dei docenti della Scuola, consentirà di integrare definitivamente i contenuti di salute e sicurezza sul lavoro nei curricula degli studenti, così da consentire loro l'ingresso nel mondo del lavoro avendo già la competenza base per lavorare in sicurezza come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 21.12.2011 su formazione lavoratori. I contenuti della formazione saranno declinati in relazione all'indirizzo dell'Istituto e comprenderanno gli elementi caratterizzanti la futura attività lavorativa, compreso, ove necessario, la movimentazione macchine. Parallelamente al lavoro curriculare, il progetto si propone di mettere nella pratica i contenuti di sicurezza nell'ambito dei percorsi di alternanza Scuola-Lavoro. Anche in questo ambito i Servizi SPSAL si pongono come facilitatori offrendo strumenti e competenze utili a realizzare tra Scuola e Aziende una partnership solida e coerente con la gestione della sicurezza.
Gruppo beneficiario prioritario	Studenti delle classi 3° o 4°, a seconda dell'inizio del percorso Scuola-Lavoro.
Setting identificato per l'azione	Istituti tecnici e professionali ad indirizzo Costruzioni e Agraria
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Docenti, Dirigenti Scolastici, Aziende coinvolte nei percorsi Scuola-Lavoro, operatori SPSAL.
Prove di efficacia	NA
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto prevede la sinergia tra Servizi SPSAL, Istituti scolastici e Aziende del territorio uniti dall'obiettivo di favorire l'accesso al lavoro di studenti formati alla sicurezza nei luoghi di lavoro
Attività principali	Progettazione e realizzazione da parte del gruppo regionale SPSAL di un pacchetto formativo per studenti. Formazione da parte degli SPSAL dei docenti –formatori di sicurezza. Riprogettazione congiunta Sanità-Scuola del percorso formativo Scuola-Lavoro con attenzione agli aspetti peculiari di sicurezza e conoscenza del sistema di prevenzione aziendale.
Rischi e management	L'inserimento definitivo dei contenuti di salute e sicurezza sul lavoro nei curricula scolastici necessita di un forte coinvolgimento e “governo” del progetto da parte degli Organi collegiali della Scuola. In particolare si consiglia l'adozione del progetto nel Piano dell'Offerta Formativa.

Sostenibilità

Il corso per docenti-formatori alla sicurezza e il pacchetto formativo utile per la formazione degli studenti saranno predisposti dal gruppo regionale SPSAL.

Cronogramma progetto 5.8 "Verso un lavoro più sicuro in Costruzioni e Agricoltura - La scuola promotrice di salute e di sicurezza"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Realizzazione del pacchetto formativo		X												
Reclutamento Istituti e formazione docenti formatori			X	X	X	X								
Formazione studenti							X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N.ro totale Istituti aderenti	referenti AUsl	NA	8	11	18	20
<i>N.ro Istituti in cui le classi coinvolte sono >= 80%</i>	<i>referenti AUsl</i>	<i>NA</i>	<i>5</i>	<i>7</i>	<i>11</i>	<i>18</i>
Disponibilità del pacchetto formativo	RER	NA	No	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	5.9 - Promozione della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica
Descrizione	Tutti gli elementi del contesto scolastico che influenzano le abitudini alimentari degli alunni e della comunità scolastica, in particolare l'offerta alimentare a scuola, costituiscono quello che possiamo definire "ambiente alimentare scolastico" che può essere orientato verso l'adozione di sane abitudini alimentari nei bambini e nei ragazzi. A questo scopo con DGR 418/2012 sono state adottate le "Linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutari nelle Scuole" che costituiscono uno strumento concreto per la promozione di sane scelte alimentari in tutto l'ambiente scolastico e per l'applicazione sul territorio regionale di standard nutrizionali omogenei che consentono di migliorare la qualità del cibo offerto nella Scuola, sia nella distribuzione automatica, sia nelle mense. In particolare alle scuole viene chiesto di gestire i contratti di fornitura di alimenti (distributori automatici o bar interni) in coerenza con gli obiettivi nutrizionali riportati nelle Linee guida; al contempo agli Enti Locali che garantiscono i servizi mensa viene chiesto di applicare gli standard nutrizionali nei menu proposti. Agli operatori dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) competono le seguenti attività relativamente all'applicazione delle Linee Guida: • stimare in maniera oggettiva la diffusione e la promozione di specifici obiettivi nutrizionali nelle Scuole; • garantire una uniformità sul territorio regionale; • consentire un monitoraggio nel tempo per valutare il miglioramento della qualità del cibo offerto. Il programma di lavoro prevede da parte dei SIAN e delle Pediatrie di Comunità la promozione e la verifica del rispetto degli standard nutrizionali nell'offerta di alimenti e bevande nella Scuola e asili nido mediante un'analisi semiquantitativa a punteggio. Si intende inoltre proseguire con la campagna regionale di sensibilizzazione "Mangiare sano dà più slancio alla vita" per promuovere ed incrementare l'offerta di alimenti salutari nei distributori automatici in tutte le Scuole secondarie di primo e secondo grado della regione. Il miglioramento all'accesso a sani alimenti nella Scuola contribuisce a ridurre le iniquità sociali, consentendo a bambini e adolescenti con poche risorse economiche di migliorare lo stile alimentare.
Gruppo beneficiario prioritario	Studenti di tutte le Scuole di ogni ordine e grado, nonché delle Scuole dell'infanzia e asili nido.
Setting identificato per l'azione	Tutte le Scuole di ogni ordine e grado, Scuole dell'infanzia e asili nido.
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Dirigenti scolastici, docenti, genitori, alunni, operatori sanitari, amministratori locali, ditte di ristorazione.
Prove di efficacia	Le Linee guida di cui si cura l'implementazione sono state formulate sulla base di evidenze di efficacia riportate in letteratura. In particolare si fa riferimento a: • Wolfenden L, Wyse RJ, Britton BI, Campbell KJ, Hodder RK, Stacey FG, McElduff P, James EL. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged 5 years and under. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. • Knai C, Pomerleau J, Lock K, McKee M. Getting children to eat more fruit and vegetables: a systematic review. Prev Med. 2006 Feb;42(2):85-95.

	• School Food Trust: “A guide to introducing the Government’s foodbased and nutrient-based standards for school lunches from the School Food Trust”, http://www.childrensfoodtrust.org.uk/assets/sft_nutrition_guide.pdf • Strategic Alliance ENACT. (n.d.). Eliminate exclusive beverage contracts that require the marketing of unhealthy beverages. Retrieved April 13, 2009, http:// www.preventioninstitute.org/sa/enact/school/beverage_contracts_4b.php
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Prevedendo lo sviluppo di un ambiente alimentare scolastico orientato alla promozione di sane abitudini alimentari, il progetto si basa sulla forte interazione tra Scuola, Servizi AUSL (SIAN e Pediatrie di comunità), Enti Locali, ditte di ristorazione
Attività principali	Valutazione con apposita scheda dei menu proposti nelle mense scolastiche. Supporto alle scuole che devono procedere a un nuovo capitolato d’appalto per il servizio di distribuzione automatica al fine di valutare gli standard nutrizionali del contratto che si va a predisporre così da migliorare l’offerta di alimenti. Elaborazione dei dati raccolti sull’offerta alimentare in ambito scolastico e produzione di un relativo report al fine di monitorare l’andamento del processo e il relativo impatto sull’offerta alimentare. Estensione e rinforzo della campagna informativa “Mangiar sano dà più slancio alla vita” per invogliare gli studenti a scegliere gli alimenti salutarici tra quelli offerti
Rischi e management	Le attività di promozione e controllo nei distributori automatici sono legati alla periodica scadenza dei capitolati d'appalto. La disponibilità economica della scuola condiziona spesso la scelta degli alimenti più salutarici.
Sostenibilità	Le esperienze già in corso confermano che i servizi possono supportare le scuole e i servizi mensa in azioni di promozione di corretti stili alimentari.

Cronogramma progetto 5.9 "Promozione della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Valutazione dei menu con apposita scheda	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Supporto alle Scuole per la definizione dei capitolati sui distributori automatici	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estensione e rinforzo campagna informativa			X	X			X	X			X	X		
Elaborazione dati e produzione report				X				X				X		

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
% Scuole in cui il servizio mensa propone menu valutati e approvati dal SIAN	ricognizione ad hoc da parte del SIAN	n.ro Scuole con menu validati / n.ro totale di Scuole con mensa x 100	=>90%	93%	95%	99%
% Scuole con capitolati in fase di rinnovo con cui il SIAN collabora per promuovere adeguati standard nutrizionali	ricognizione ad hoc da parte del SIAN	n.ro Scuole con proposta di nuovo capitolato redatto congiuntamente con SIAN / n.ro di Scuole con capitolati in scadenza x 100	No	30	40	50
Produzione report di valutazione dell'applicazione Linee guida	referente regionale progetto	NA	No	Sì	Sì	Sì

6. Setting Ambito sanitario

La salute è influenzata principalmente da fattori esterni al SSR e che non dipendono dalle cure erogate, ma piuttosto dal livello economico e culturale della popolazione e dal capitale sociale di una comunità. Questi fattori aumentano l'empowerment degli individui. Anche il SSR può giocare comunque un ruolo fondamentale nel favorire l'empowerment individuale attraverso: l'organizzazione di programmi proattivi che rendano accessibili a tutti interventi efficaci, la promozione della salute orientando le persone verso comportamenti e pratiche di prevenzione, l'assicurazione di livelli di qualità e sicurezza delle cure. Queste attività devono essere coerenti fra loro e con il contesto e dare testimonianza, con l'esempio e con le azioni, di una sinergia di messaggi favorevoli alla salute.

Il programma setting sanitario si muove su due linee di lavoro. Da un lato si propone di favorire un processo di empowerment sui singoli e nelle comunità allo scopo di sviluppare migliori capacità e interventi che facilitino l'adozione diffusa di comportamenti salutari: non fumare, praticare attività fisica secondo le indicazioni dell'OMS, moderare il consumo di alcol, adottare una alimentazione salutare. Dall'altro si sviluppano interventi nel contesto assistenziale rivolti agli operatori per migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni fornite; questi progetti vanno inoltre a potenziare l'empowerment dei cittadini/pazienti, promuovendo comportamenti protettivi per la salute, come ad esempio l'adesione alle vaccinazioni consigliate e ai programmi di screening oncologici proposti dal SSR, o il consumo consapevole degli antibiotici.

Gli operatori del SSR - grazie al loro ruolo e ancora di più se in sintonia con le associazioni operanti a tutela di gruppi di malati - possono influenzare grandemente gli stili di vita e l'adesione a buone pratiche di persone con fattori di rischio per patologie croniche e dei pazienti affetti da patologie cardiovascolari, diabete, tumori, malattie respiratorie. I percorsi diagnostico-terapeutici possono essere arricchiti con suggerimenti, accompagnamenti a percorsi salutari, prescrizioni vere e proprie come nel caso dell'attività fisica.

Rispetto ai consigli forniti da personale sanitario in merito ai cambiamenti degli stili di vita in Emilia-Romagna la situazione è simile a quanto rilevato a livello nazionale: in media solo 1 su 2 tra le persone che hanno comportamenti a rischio riceve consigli per modificarli: in caso di consumo di alcol questa proporzione è addirittura 1 su 6. Gli operatori sanitari mostrano più attenzione nei confronti delle persone con una patologia cronica che ricevono consigli in una proporzione più alta ma da migliorare.

È necessario quindi aumentare il numero di persone che riceve suggerimenti e indicazioni da operatori sanitari così che esse siano indirizzate e sostenute verso un percorso di cambiamento.

Esperienze già realizzate hanno documentato che non basta un singolo contatto per adottare comportamenti favorevoli alla salute, ma che occorre predisporre strumenti differenziati e reiterare i messaggi o le occasioni di contatto per poter avere cambiamenti che durino nel tempo.

Andranno quindi rafforzate le competenze degli operatori sanitari che consentano loro di essere incisivi ed efficaci nel dare consigli e sostegno. Gli operatori devono essere in grado di cogliere tutte le opportunità assistenziali per favorire interventi di promozione della salute.

Gli interventi in questo setting per sviluppare consigli e sostegno al cambiamento si basano su una medicina di iniziativa che proponga due tipi di approccio: l'avviso motivazionale breve (minimal o brief advice) o l'intervento motivazionale breve (brief intervention).

A supporto di questi interventi sono disponibili strumenti riadattati da materiali messi a punto dall'Habits Lab dell'Università del Maryland. Il percorso di revisione e traduzione in italiano degli strumenti è avvenuta nell'ambito della collaborazione tra Habits Lab e il Centro regionale Luoghi di prevenzione, con la supervisione del prof. di Clemente.

Il Piano Nazionale della Prevenzione e le esperienze sviluppate in questi anni, anche nella nostra Regione, confermano il ruolo strategico delle cure primarie nel portare avanti progetti con interventi esemplari che vedono lavorare in modo integrato medici, infermieri e operatori della sanità pubblica per proporre modalità di valutazione dei rischi nel loro complesso, intervenendo con una relazione empatica nei confronti dei cittadini e orientando scelte comportamentali più salutari. Si è poi evidenziato la necessità di garantire veri e propri percorsi di prevenzione, con rinforzi dei messaggi e accompagnamento e verifica di quanto i cambiamenti si mantengano nel tempo.

Il Setting Ambito sanitario prevede 8 progetti riguardanti il MO1 del PNP.

Il Libro Bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia cita che "...gli interventi di prevenzione sanitaria (riconoscimento e presa in carico precoce degli stati di suscettibilità, come gli *screening* dell'ipertensione o dei tumori prevenibili) sono solitamente molto efficaci per la salute, anche sul breve termine, ma risultano in grado di contrastare le disuguaglianze di salute solo se adottano un approccio di iniziativa e non di attesa, pro-attivo e non passivo, a bassa soglia e non ad accesso strutturato e rigido." Questa lente ha guidato la definizione del "Progetto di fattibilità per un programma di medicina proattiva" che farà tesoro delle tante iniziative e strumenti realizzati in questi anni, in particolare con quello su "La lettura integrata del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute", che si caratterizza per iniziative pro-attive nei confronti degli adulti ad una specifica età. Questi progetti danno continuità al lavoro avviato con i precedenti Piani della Prevenzione regionali, il cui disegno però, sulla base delle prime valutazioni, non permette di raggiungere una copertura importante della popolazione target.

Altri tre Progetti si rivolgono ai cittadini identificati come "fragili", agli adulti diabetici e ai bambini con condizioni croniche, e sono sempre caratterizzati da interventi di iniziativa che vedono un modello integrato di lavoro tra diverse professionalità. Questi progetti trovano completamento in quelli previsti per gruppi particolarmente svantaggiati del setting 4, ove l'attenzione maggiore alle esigenze dei singoli tempera l'eccessiva uniformità insita negli interventi programmati per gruppi omogenei di popolazione.

Il Progetto "Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari" si propone poi, come recita il titolo, di cogliere tutte le opportunità di contatto tra i Servizi sanitari e i cittadini per estendere esperienze virtuose realizzate in ambiti territoriali limitati. Progetti declinati in altri setting sono complementari a questo progetto, supportando le scelte individuali e arricchendo le opportunità che la comunità offre nell'orientare verso percorsi di prevenzione.

La partecipazione a esperienze di rilievo nazionale permette alla Regione di presentarsi all'avvio del nuovo Piano avendo già assicurato l'impostazione e l'implementazione nel territorio regionale di due importanti iniziative: la diffusione della pratica dell'esercizio fisico,

anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche e l'identificazione precoce delle donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella (e dell'ovaio) offrendo protocolli efficaci di sorveglianza o trattamenti profilattici. Per quest'ultimo programma si prevede anche l'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici strutturati quando si riscontrano condizioni francamente patologiche (o condizioni particolari come una mutazione deleteria di BRCA1 o 2) in pazienti che non risultano presi in carico precedentemente.

Il Setting Ambito sanitario prevede inoltre 4 progetti riguardanti il MO9 del PNP. Obiettivi ambiziosi come anticipare la diagnosi e ridurre la trasmissione di HIV e TB, diffondere l'adesione ai programmi vaccinali nei gruppi a rischio, nonché prevenire l'antibioticoresistenza e le infezioni correlate all'assistenza non possono che far perno su un aumento della cultura degli operatori e su una sistematica applicazione di indicazioni e linee guida evidence-based che garantiscono qualità e sicurezza agli interventi di prevenzione e di cura.

I 12 progetti che compongono il setting 6, Ambito sanitario, sono coerenti con i principi previsti dalla Rete HPH (Health Promoting Hospitals and health services) cui aderiscono tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna: incorporare i concetti e i principi della promozione della salute all'interno della struttura organizzativa e della cultura di tutti gli attori del servizio sanitario per favorire il "processo che mette in grado le persone e le comunità di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla" (Carta di Ottawa, 1986) migliorando al contempo la qualità dell'assistenza fornita.

Monitoraggio e valutazione:

Il programma n. 6 "Setting Ambito sanitario" si propone di contribuire alla realizzazione di alcuni Obiettivi centrali dei Macro Obiettivi 1 e 9. In particolare:

- le prime 8 schede sono riferite a progetti dedicati al contrasto dei 4 fattori di rischio di Guadagnare salute: fumo, alcol, sedentarietà e basso consumo di frutta e verdura, dando così un contributo agli indicatori codificati come: 1.10.1; 1.10.2, 1.10.3, 1.10.4, 1.10.5, 1.10.6, 1.11.1; 1.15.1 e 2
- il successivo progetto tratta della riduzione del rischio di trasmissione di malattie infettive croniche quali TBC e HIV (obiettivo centrale 9.5 con i corrispondenti indicatori 9.5.1 e 2)
- il successivo progetto entra nel merito dell'obiettivo centrale 9.7 e soddisfa l'indicatore 9.7.1
- gli ultimi 2 progetti rispondono agli obiettivi centrali 9.10; 9.11; 9.12; 9.13 e ai corrispondenti indicatori: 9.10.1; 9.11.1; 9.12.1; 9.13.1

Schede di progetto

Programma 6 - Setting Ambito sanitario

Codice progetto e nome	6.1 - Progetto di fattibilità per un programma di medicina proattiva in popolazione di età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT
Descrizione	L'individuazione precoce di fattori di rischio intermedi permette di intervenire riducendo l'insorgenza di patologie croniche ad essi correlati attraverso il cambiamento degli stili di vita, ma anche con interventi di prevenzione secondaria. Esistono già alcune esperienze in Emilia-Romagna, focalizzate però su singole patologie/condizioni (diabete, scompenso, BPCO, cardiopatie) e tutte senza invito attivo. Una in particolare è basata sulla lettura integrata del rischio cardiovascolare, questa esperienza copre però una quota limitata di popolazione. Si vuole valutare la fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio di MCNT che ha come elementi costituenti: • popolazione target: la popolazione generale di 45-60anni; • strumenti per individuare i soggetti a rischio: carta del rischio cardiovascolare e altri strumenti (es.: questionario, analisi accessi al servizio sanitario, ecc.); • interventi da proporre, modulati sulla base del rischio individuale: - o intervento multisetoriale sugli stili di vita e adesione a interventi preventivi efficaci; - o percorso multidisciplinare di prevenzione secondaria. Verrà condotto uno studio di fattibilità che, a partire dalla letteratura esistente e dalle esperienze in atto, in particolare l'uso della carta del rischio cardiovascolare, dovrà individuare: 1. arruolamento della popolazione target (approccio di coorte o trasversale, es. solo 50enni, fasce d'età); 2. la modalità di invito della popolazione target (invito attivo, modalità miste, contatto opportunistico con remainder, ecc.); 3. i criteri per l'attivazione dell'intervento sulla base del risultato della "carta del rischio" e degli altri strumenti 4. il protocollo operativo della presa in carico: a. empowerment individuale finalizzato all'adozione di stili di vita sani e adesione a interventi preventivi efficaci; b. attivazione di percorsi multidisciplinari di prevenzione secondaria; c. modalità di invio ai percorsi terapeutici assistenziali già esistenti per i pazienti francamente patologici eventualmente identificati. 5. il sistema di monitoraggio e valutazione (es. registrazione dell'effettuazione e dei risultati della carta del rischio, registrazione dell'adesione all'intervento proposto, possibilmente sul sistema Sole).
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione con fattori di rischio (per genere, fumo, alcol a rischio, sovrappeso, sedentarietà) di specifica età adulta (45-60 anni)
Setting identificato per l'azione	Cure primarie e Dipartimenti di Sanità pubblica
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Associazioni di volontariato; associazioni ed enti sportivi; Enti Locali; Cure primarie e MMG; responsabili e operatori dei percorsi terapeutico-assistenziali per i pazienti francamente patologici.

Prove di efficacia	In letteratura sono riportati alcuni interventi di individuazione precoce di fattori di rischio come, ipertensione, iperglicemia, ipercolesterolemia e sovrappeso, che si sono dimostrati efficaci nel prevenire l'insorgenza di patologie cardiovascolari e diabete. La trasferibilità di queste prove di efficacia è però molto bassa: infatti fattori di contesto, epidemiologici, culturali e di organizzazione dei servizi sanitari possono rendere inefficace ciò che ha funzionato altrove. Per questo motivo lo studio di fattibilità prevede anche una fase pilota che valuterà al contempo le barriere logistiche e l'efficacia nel nostro contesto culturale e organizzativo del progetto. Infine, ogni intervento del servizio sanitario diretto alla popolazione sana tramite invito attivo ha insito un rischio iatrogeno di ipermedicalizzazione e dunque è necessario non solo valutare endpoint pensati per i benefici attesi, ma anche includerne alcuni che permettano di valutare i possibili danni dell'intervento in termini di esami e terapie inappropriate.
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio di MCNT si situa nel setting delle cure primarie, ma si fonda sulla sua interconnessione con gli altri livelli di intervento più comunitari che devono facilitare le scelte individuali di stili di vita sani, ma anche con percorsi di presa in carico terapeutico-assistenziali in setting più intensivi qualora si individuino pazienti francamente patologici che non sono il target di questo progetto.
Attività principali	• Censimento esperienze presenti e revisione della letteratura sugli interventi di comprovata efficacia • Valutazione epidemiologica dei rischi comportamentali nella popolazione target e dei risultati della carta del rischio o di altri strumenti considerati • Analisi delle alternative possibili: - o simulazioni dei carichi di lavoro e assorbimento di risorse per cure primarie e altri servizi in base alle soglie usate come criterio per l'attivazione dell'intervento e all'intensità dell'intervento - o analisi economica delle alternative - o identificazione del setting per progetto pilota e per la sua estensione • Definizione di un protocollo per il progetto pilota • Realizzazione del sistema informativo e monitoraggio del progetto pilota • Formazione operatori coinvolti nel progetto pilota • Conduzione pilota nel setting individuato • Valutazione del progetto pilota: compliance operatori e popolazione, barriere, costi, efficacia sul campo dell'intervento su outcome di salute intermedi (riduzione BMI, colesterolemia, glicemia, pressione arteriosa); interviste ai pazienti per valutazione della modifica delle abitudini di vita; induzione di esami e terapie non appropriate.
Rischi e management	NA
Sostenibilità	Lo studio di fattibilità ha come obiettivo principale quello di definire un protocollo operativo di intervento che sia sostenibile anche una volta esteso all'intera popolazione target. Lo studio di fattibilità di per sé ha dimensioni ridotte in modo da garantirne la sostenibilità.

Cronogramma progetto 6.1 "Progetto di fattibilità per un programma di medicina proattiva popolazione di età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Censimento esperienze presenti e Revisione della letteratura	X	X												
Valutazione epidemiologica dei rischi comportamentali nella popolazione target e dei risultati della carta del rischio	X	X												
Analisi delle alternative	X	X												
Definizione di un protocollo per il progetto pilota		X	X											
Sistema informativo e monitoraggio del progetto pilota		X	X											
Formazione operatori coinvolti nel progetto pilota			X											
Conduzione progetto pilota			X	X	X	X	X							
Valutazione del progetto pilota							X	X						

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Produzione documento analisi contesto	Regione	NA	No	Sì		
Protocollo pilota definito e approvato	Regione	NA	No	Sì		
Realizzazione sistema informativo	Regione	NA	No	Sì		
% operatori formati	Regione	N. operatori formati/ N. operatori nelle cure primarie e DSP coinvolti x 100	0	>60%		
% Arruolamento nello studio pilota	Regione	N. pazienti reclutati/ N. pazienti target dello studio fattibilità x 100	No	>20%	>50%	
Produzione documento finale	Regione	NA	No	No	Sì	

Codice progetto e nome	6.2 - La lettura integrata del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute
Descrizione	Nel precedente PRP 2010-2013 è stato attivato il Progetto “La lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare” con l’obiettivo di stimare il rischio cardiovascolare nella popolazione target: soggetti maschi di 45 anni e femmine di 55 anni. Sono state interessate tutte le AUSL: nella prima fase di implementazione del Progetto sono state coinvolte 6 Case della Salute e 5 Nuclei di cure primarie, con la partecipazione di 179 MMG e chiamati attivamente 3.816 soggetti, pari al 96% degli eligibili, il 64% ha aderito. Nella seconda fase sono state coinvolte ulteriori 4 Case della Salute, con la partecipazione di 34 MMG e chiamati attivamente (al 28/02/2015) 396 soggetti pari al 55% degli eligibili. Considerati i risultati positivi delle esperienze attuate, in quanto hanno consentito lo sviluppo, nell’ambito dell’assistenza primaria, dei nuovi paradigmi basati sul principio della proattività e sull’interazione tra l’equipe curante e la persona che deve diventare soggetto attivo, informato, si intende sviluppare ulteriormente il Progetto nell’ambito del PRP 2015-2018, con l’obiettivo specifico di <u>promuovere l’estensione della lettura integrata del rischio cardiovascolare nell’ambito delle Case della Salute</u>, attivando il percorso con chiamata attiva del target di popolazione assistita di riferimento (m. di 45 anni e f. di 55 anni) e relativa personalizzazione dell’intervento da mettere in campo finalizzato alla promozione di uno stile di vita salutare. Nello specifico gli interventi di chiamata attiva prevedono: • primo accesso ambulatoriale dell’assistito con la somministrazione dell’intervista strutturata a tutti i soggetti arruolati e applicazione della carta del rischio cardiovascolare (ISS) limitatamente ai soggetti che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari ed eventi cerebrovascolari, maggiori o minori, e che non presentano valori estremi dei fattori di rischio pressione arteriosa sistolica maggiore di 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg, colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl. La valutazione sarà congiunta MMG/infermiere. L’insieme dei dati raccolti nel corso del primo accesso ambulatoriale ed organizzati in modo informatizzato consente l’identificazione del profilo di salute per tutti gli assistiti e l’identificazione del grado di rischio tramite l’applicazione della carta del rischio, per gli assistiti che ne hanno i requisiti. • secondo accesso ambulatoriale dell’assistito con rivalutazione a un anno con l’utilizzo degli stessi strumenti per gli assistiti che hanno completato la prima fase del percorso. Per la prosecuzione del Progetto è quindi necessario che nelle Case per la salute precedentemente coinvolte (PRP 2010-2013) si completi il percorso con la rivalutazione a un anno dei soggetti target e si mantenga attivo il rinforzo motivazionale rispetto ai consigli, alle indicazioni su stili di vita e alle iniziative di programmazione di salute (mappe di opportunità); vanno poi individuate ulteriori Case della Salute in cui attuare la chiamata attiva alle persone target
Gruppo beneficiario prioritario	Soggetti sani che compiono nell’anno solare 45 anni per gli uomini e 55 anni per le donne
Setting identificato per l’azione	Case della Salute.
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Infermieri, MMG, Cure primarie, Assistenti sanitarie e Medici dell’area di sanità pubblica, enti e istituzioni operanti sul territorio

Prove di efficacia	Esistono numerose prove scientifiche che gli interventi più efficaci nelle patologie cardiovascolari sono quelli che intervengono sui principali fattori di rischio (Liu K et al. "Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age: the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults (CARDIA) Study." <i>Circulation</i> 2012; 125: 996-1004; Berry JD et al. "Lifetime Risks of Cardiovascular Disease". <i>N Engl J Med</i> 2012; 366: 321-9) Anche rispetto alla scelta dell'età: rischio della donna che pareggia quella dell'uomo durante il climaterio, diverse sono le evidenze in letteratura: (Authors/Task Force Members of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice "European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)", <i>European Heart Journal</i> (2012) 33, 1635–1701; M. Cainzos-Achirica and M. J Blaha "Cardiovascular risk perception in women: true unawareness or risk miscalculation?" <i>BMC Medicine</i> (2015) 13:112; A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines "2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk"; Mosca, Emelia J. Benjamin, Kathy Berra, et. al, "Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women—2011 Update: A Guideline From the American Heart Association" <i>Circulation</i> 2011, 123:1243-1262). Relativamente invece alla organizzazione di un percorso come quello proposto non risultano al momento evidenze di letteratura.
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per il progetto	Il Progetto si colloca nell'ambito di una rete che coinvolge Infermieri, MMG, Cure primarie, Assistenti sanitarie e Medici dell'area di sanità pubblica; a ciò si aggiungono le alleanze con enti e istituzioni operanti sul territorio, per la promozione di comportamenti e stili di vita salutari come individuati in "La mappa delle opportunità" (Progetto 2.5 "Comunicazione per la salute" del Setting 2 Comunità.
Attività principali	Il Progetto prevede il coordinamento con uno specifico Gruppo operativo regionale che coinvolgerà i diversi professionisti delle AUSL interessate con il compito di ridefinire il Piano operativo, e di supportare l'implementazione e lo sviluppo del Progetto nelle AUSL coinvolte. È prevista l'attivazione di una iniziativa formativa per i MMG, gli infermieri e altri professionisti coinvolti, che operativamente svolgeranno la chiamata attiva dei soggetti target e cureranno tutte le fasi del percorso previste nel Piano operativo. L'intero percorso progettuale sarà monitorato periodicamente tramite specifici indicatori di processo e verrà effettuata la valutazione dell'impatto del progetto sull'utenza coinvolta nella chiamata attiva.
Rischi e management	La principale criticità che può ostacolare il raggiungimento degli obiettivi progettuali è il grado di adesione delle persone target nei confronti della chiamata attiva.
Sostenibilità	Il contesto più favorevole per l'estensione del presente Progetto è rappresentato dalle Case delle Salute, in quanto tale organizzazione consente una migliore presa in carico delle persone e dei loro problemi di salute, grazie all'integrazione tra i diversi professionisti.

Cronogramma progetto 6.2 "La lettura integrata del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attivazione operatività del gruppo operativo regionale di progetto		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Rimodulazione del piano operativo regionale di progetto		X	X											
Implementazione nelle AUSL del piano operativo regionale di progetto rimodulato				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Predisposizione iniziativa formativa per i MMG e gli Infermieri coinvolti nelle nuove Case della salute individuate					X									
Monitoraggio del processo tramite specifici indicatori					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Valutazione impatto del progetto sull'utenza coinvolta nella chiamata attiva									X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Attivazione e operatività del gruppo operativo regionale di progetto	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì
Rimodulazione del piano operativo regionale di progetto	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì		
N° Case della Salute sui NCP aderenti	Ricognizione ad hoc AUSL	NA	15	+7 (tot 22)	+4 (tot 26)	
Attivazione iniziativa formativa per i MMG e gli Infermieri coinvolti nelle Case della Salute individuate	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	
Estensione dell'intervento nelle nuove Case salute aderenti	Applicativo RISCARDIO – CUP2000	Numero assistiti chiamati attivamente (uomini di età pari a 45 anni e donne di età pari a 55 anni)/Numero assistiti eligibili x 100	0	20%	60%	80%
Adesione dell'intervento nelle nuove Case salute aderenti	Applicativo RISCARDIO – CUP2000	Numero assistiti con esito chiamata attiva = “accettato” / Numero assistiti con chiamata attiva = “accettato” + “rifiutato” x 100	0	10%	30%	50%

Codice progetto e nome	6.3 - Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per cittadini identificati come “fragili”
Descrizione	Il Population Health Management pone l'obiettivo di mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche attraverso l'identificazione della popolazione di riferimento in base al bisogno di salute, la stratificazione in base alla gravità e la valutazione dei modelli di presa in carico. Il nuovo paradigma della Medicina di Iniziativa impone, inoltre, il consolidamento dei programmi assistenziali trasversali che integrano le attività di tutti gli operatori coinvolti nei processi di prevenzione, cura ed assistenza (territoriali, ospedalieri, dei servizi sociali, associazioni di volontariato e associazioni dei pazienti). Ponendosi l'obiettivo dell'identificazione precoce di cittadini a rischio di cronicità\fragilità per poi compiere su di essi interventi mirati di medicina di iniziativa, la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato con l'ASSR uno strumento validato per stratificare la popolazione adulta regionale e generare stime del rischio di ospedalizzazione per problemi potenzialmente evitabili, o la cui progressione potrebbe essere stata evitata o ritardata attraverso cure appropriate. Il modello predittivo stratifica su quattro livelli di gravità, dal basso rischio (75% della popolazione) al più alto rischio (3.1%). Il progetto “Profilo di Rischio di fragilità” avviato nelle Case della Salute di cinque Aziende Sanitarie (Parma, Modena, Reggio Emilia, Bologna, Romagna-area Forlì e Ravenna) prevede come azioni prioritarie: • l'identificazione e stratificazione della popolazione di riferimento con i profili di Rischio individuali; • validazione dei profili di rischio con gli MMG e gli Infermieri dell'ambulatorio della cronicità; • chiamata attiva dei pazienti identificati; • valutazione congiunta (Infermiere e MMG); • intervento motivazionale breve/counselling in casi selezionati per età e condizioni di fragilità, finalizzata all'empowerment; • proposta\invio a percorsi “tutelati” su stili di vita, mappa delle opportunità, vaccinazioni, programmi di prevenzione ecc; • definizione momenti di recall con il contributo delle associazioni dei pazienti e di volontariato; • l'addestramento a utente e caregiver ai fini anche dell'identificazione precoce di segni e sintomi di complicanze; • continuità assistenziale nei diversi setting sanitari e sociali.
Gruppo beneficiario prioritario	Persone adulte fragili identificate a rischio nelle Case della salute di 5 AUSL della Regione: Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Romagna sede di Forlì e Ravenna.
Setting identificato per l'azione	Case della salute\NCP

Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Popolazione identificata ad alto rischio di fragilità/cronicità, associazioni di volontariato e di pazienti, personale sanitario delle cure primarie, salute mentale e assistenti sociali.
Prove di efficacia	Le evidenze a supporto di modelli per l'identificazione precoce di fragilità sono molteplici in letteratura, e diverse sono le esperienze di implementazione: "Combined Predictive Model" del NHS sviluppato dal King's Fund; Adjusted Clinical Groups della Johns Hopkins, in adozione anche dalla Regione Veneto; il "Predicting risk of hospitalisation or death" dell'ASSR in collaborazione con Jefferson university di Philadelphia. • Louis DZ, Robeson M, McAna J, Maio V, Keith SW, Liu M, Gonnella JS, Grilli R, (2014) "Predicting risk of hospitalisation or death: a retrospective population-based analysis"; BMJ Open;4:e005223. • NHS, (2006) Combined predictive model final report: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/PARR-combined-predictive-model-final-report-dec06.pdf • Starfield B, Kinder K (2011): Multimorbidity and its measurement; Health Policy 103 3– 8; Predictive Models - The Johns Hopkins ACG System • Lemke KW1, Weiner JP, Clark JM. Development and validation of a model for predicting inpatient hospitalization. Med Care. 2012 Feb;50(2):131-9. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182353ceb. • Kansagara D, Englander H, Salanitro A, et al, (2011) Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. Washington, DC: Department of Veterans Affairs US,. • Falasca P, Berardo A, Di Tommaso F.(2011) Development and validation of predictive MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty? Ist Super Sanita.;47(2):220-8. doi: 10.4415. • Maio V, Rossi G, DelCanale S, FabiM, Brianti E, Sforza S, Robeson M, Keith S, Gonnella J S., Louis D Z., (2013) Models for Identifying Patients at Risk of Hospitalization: Use in Medical Homes in Emilia-Romagna Region, Italy; Population Health Matters Vol. 26 No. 4. • Pandolfi P. (2013) Cosa sappiamo delle persone fragili a Bologna (la banca dati della "fragilità"): http://www.ausl.bologna.it/news/archivio-2013/auslnews.2013-05-29.6580923145/files/8-maggio-2013-Dott.-Pandolfi.pdf
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto prevede la collaborazione della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali e per l'integrazione, dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, delle AUSL, dei Comuni, nonché delle Associazioni dei pazienti e di volontariato. Esistono inoltre collegamenti e possibili sinergie con altri programmi del PRP, per esempio con Dipartimenti Sanità pubblica per la realizzazione de "La mappa delle opportunità" (Progetto 2.5 "Comunicazione per la salute" del Setting 2 Comunità) sul territorio per praticare stili di vita salutari, organizzazione vaccinazione nelle persone con patologia cronica, AFA ed EFA, programmi di popolazione in generale.
Attività principali	Verifica degli strumenti (valutazione, proposte, verifica quanto effettuato) a disposizione per valorizzare meglio la

	trasversalità delle proposte di prevenzione, standardizzarle e diffonderle Informazione sul progetto e fasi di attuazione alle direzioni delle AUSL. Nelle AUSL in cui progressivamente si interviene, le fasi sono: • Identificazione delle realtà territoriali (case della salute/NCP) in cui implementare il progetto pilota; • Informazione a tutti i professionisti interessati (sanitari e sociali) e alle associazioni per la condivisione delle fasi e degli strumenti; • Formazione operatori coinvolti; • Attuazione a partire dai pazienti ad alto rischio\molto alto rischio; • Monitoraggio; • Implementazione in diverse realtà con progressivo aumento estensione del progetto.
Rischi e management	Acquisizione delle informazioni locali per l'integrazione delle variabili socio-economiche Aderenza dei medici in convenzione (Medici di Medicina Generale).
Sostenibilità	Il prototipo Gestore percorsi di Modena e Reggio Emilia può essere base per favorire l'informatizzazione indispensabile. Necessità di investire sul personale degli ambulatori integrati della cronicità riallocando risorse e investimento sull'informatizzazione delle Case della salute.

Cronogramma progetto 6.3 "Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per cittadini identificati come "fragili""

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Attivazione e operatività del Comitato Scientifico regionale di progetto	X	X		X		X		X		X		X		X
Verifica degli strumenti (valutazione, proposte, verifica quanto effettuato) a disposizione per valorizzare meglio la trasversalità delle proposte di prevenzione, standardizzarle e diffonderle		X	X											
Informazione sul progetto e fasi di attuazione alle direzioni delle AUSl	X	X		X				X				X		
Fase di attuazione	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementazione in diverse realtà con progressivo aumento estensione del progetto	X	X			X				X				X	
Identificazione di un Minimum data set di indicatori e monitoraggio del processo		X		X		X		X		X		X		X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Attivazione e operatività del Comitato Scientifico regionale di progetto	Evidenza documentale	NA	No	Sì	Sì	Sì
Verifica degli strumenti (valutazione, proposte, verifica quanto effettuato) a disposizione	Evidenza documentale	NA	No	Sì		
Implementazione ed estensione del progetto	Report annuale	N°Case della Salute aderenti sul totale delle Case della Salute delle 5 Aziende sperimentali (47)	5\47	10\47	20\47	28/47
Monitoraggio del progetto	Report annuale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	6.4 - Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con Diabete Mellito
Descrizione	Per lo sviluppo dei modelli assistenziali proattivi diventa di fondamentale importanza intercettare i bisogni di salute prima che si manifestino clinicamente, effettuando una presa in carico proattiva e intervenendo sui fattori di rischio modificabili. Nei modelli assistenziali di gestione integrata delle patologie croniche, i registri di patologia sono strumenti fondamentali per la prevenzione e il governo clinico della cronicità. La Regione Emilia- Romagna, con la DRG 380/2009, ha affidato alle AUSL il compito di costruire e implementare il registro clinico del Diabete e con il PRP 2010-2013 ha implementato in tutte le AUSL percorsi integrati e multidisciplinari che hanno permesso di migliorare l'assistenza e ridurre i ricoveri e le complicanze da diabete. Il profilo di salute della popolazione emiliano-romagnola mostra che la prevalenza del diabete è attorno al 4,4% e che nella popolazione >35 anni di età negli ultimi anni si è assistito ad un incremento del valore che è più elevato negli uomini rispetto alle femmine (9,1% versus 7,3%) a seguito dell'applicazione del Percorso Diagnostico Terapeutico-Assistenziale (PDTA) con l'anticipazione diagnostica. La prevalenza è più elevata nella popolazione immigrata proveniente dall'Africa del nord e Asia del sud, nella popolazione sopra 65 anni e in condizioni socio-economiche svantaggiate. Gli interventi di prevenzione secondaria e terziaria effettuati nei confronti delle persone diabetiche mostrano risultati soddisfacenti: riduzione dei ricoveri e delle amputazioni ma anche degli infarti miocardici. Rispetto ad altre patologie croniche il sistema di sorveglianza Passi mostra che l'attenzione dei sanitari a sostenere stili di vita salutari è migliore, ma ancora insufficiente rispetto alla pratica dell'attività fisica (il 58% riferisce di aver avuto il consiglio di praticare attività fisica regolare). Pertanto è necessario incidere sulle modifiche degli stili di vita, inserendo interventi specifici, consigli e indicazioni sulle opportunità offerte dai territori all'interno del PDTA. Si tratta di continuare nella identificazione precoce e nella presa in carico proattiva del diabete, secondo i principi normativi di equità, nell'ambito della medicina d'iniziativa, valorizzando il lavoro in equipe multidisciplinari (territoriali e ospedalieri, sanitari e sociali) e riconoscendo un ruolo attivo del cittadino e della comunità locale nella gestione della propria salute.
Gruppo beneficiario prioritario	Persone adulte con Diabete Mellito
Setting identificato per l'azione	Case della salute, Nuclei di Cure Primarie, Centri di Diabetologia
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Popolazione con diagnosi di Diabete Mellito 2, associazioni di volontariato e di pazienti; personale sanitario operante nelle cure primarie, centri diabetologici e assistenti sociali
Prove di efficacia	• ADA 2014. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2014. Diabetes Care 2014; 37 (Suppl 1). • AMD-SID 2014. Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID). Standard

	italiani per la cura del diabete mellito 2014. 2014. • CDA 2013. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Can J Diabetes 2013; 37 (Suppl 1): S1-S212. • NICE 2010. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical Guideline 15 Type 1 diabetes: diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults. 2010. • Documento di Consenso Internazionale sul Piede Diabetico – 2010, Gruppo di Studio Intersocietario Piede Diabetico SID-AMD, Terza Edizione Italiana • Cavanagh P, Attinger C, Abbas Z, Bal A, Rojas N, Xu ZR. (2012) Cost of treating diabetic foot ulcers in five different countries. Diabetes Metab Res;28 Suppl 1:107-11. • Consensus AMD, SID, SIEDP, OSDI (2012), Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio. Il giornale di AMD. 2012; vol 15, n.1: 9-25. (1). • Dorresteijn JA, Kriegsman DM, Assendelft WJ, Valk GD. (2012), Patient education for preventing diabetic foot ulceration. Cochrane Database Syst Rev. Oct 17;10:CD001488. • Misurare in sanità pubblica: registri e sorveglianza, aspetti generali, 2014, Istituto Superiore di Sanità, ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online) Rapporti ISTISAN, 14/23 Pt. 1 • Misurare in sanità pubblica: registri e sorveglianza situazione iniziale e prospettive, 2014, Istituto Superiore di Sanità, ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online), Rapporti ISTISAN, 14/23 Pt. 2
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per il progetto	Il progetto prevede la collaborazione della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali e per l'integrazione, dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, delle Aziende sanitarie, i Comuni, nonché delle Associazioni dei pazienti e di volontariato. Esistono inoltre collegamenti e possibili sinergie con altri programmi del PRP, per es con Dipartimenti Sanità pubblica la realizzazione di "La mappa delle opportunità" (Progetto 2.5 "Comunicazione per la salute" del Setting 2 Comunità) sul territorio per praticare stili di vita salutari, organizzazione vaccinazione nelle persone con patologia cronica, AFA ed EFA, programmi di popolazione in generale.
Attività principali	• Verifica degli strumenti per gestire il PPDTA (percorsi di prevenzione, terapeutici e assistenziali) a partire da quanto già in essere nelle esperienze pilota per valorizzare meglio la trasversalità delle proposte di prevenzione (riduzione fattori di rischio comportamentali sfavorevoli, incremento adesione a vaccinazioni efficaci, partecipazione ai programmi di screening oncologici); definizione di uno strumento comune standardizzato con sistema di verifica; diffusione su tutto il territorio regionale; • Implementazione del l'aggiornamento del PPDTA regionale della Gestione Integrata DM tipo2; • Indicazioni regionali per il PPDTA aziendale per la prevenzione e la cura del Piede Diabetico; • Diffusione del PPDTA DM2 nei NCP\Case della Salute e del PDTA Piede Diabetico in tutte le Aziende sanitarie della Regione; • Monitoraggio dei PPDTA.
Rischi e management	L'integrazione con il Servizio Sociale rimane una criticità. Per intercettare la popolazione più svantaggiata si predisporranno interventi mirati per i gruppi più fragili e a maggiore prevalenza del diabete.

Sostenibilità	L'informatizzazione dell'ambulatorio integrato della cronicità e dei Centri di diabetologia. Necessità di investire sul personale degli ambulatori integrati della cronicità e centri diabetologici riallocando risorse.
---------------	---

Cronogramma progetto 6.4 "Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con Diabete Mellito"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Verifica degli strumenti, definizione strumento comune, diffusione		X	X											
Aggiornamento del PPDTA regionale della Gestione Integrata DM tipo2		X	X											
Indicazioni regionali per il PPDTA Aziendale per la prevenzione e la cura del Piede Diabetico		X	X											
Diffusione del PPDTA DM2 nei NCP\Case della Salute e del PPDTA Piede Diabetico in tutte le Aziende sanitarie della Regione			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio dei PPDTA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Verifica presenza cartella per la gestione del PPDTA nell'ambulatorio integrato della cronicità e nei centri diabetologici	Documentazione delle Case della Salute e la Cartella clinica Informatizzata dei Centri di Diabetologia	NA	assente	50%	80%	100%
Aggiornamento PPDTA regionale della Gestione Integrata DM tipo2	Documenti regionali con pubblicazione entro il 3\2016	NA	PDTA 2009	presente		
Indicazioni regionali per il PPDTA Aziendale per la prevenzione e la cura del Piede Diabetico	Documenti regionali con pubblicazione entro il 3\2016	NA	assente	presente		
% di diffusione del PPDTA regionale della Gestione Integrata DM tipo2	I Profili di Cura dei NCP; la Cartella clinica Informatizzata dei Centri di Diabetologia Osservatorio Cure primaria	N° di Distretti/totale Distretti x 100	0	40%	70%	100%
Applicazione del PPDTA per la prevenzione e la cura del Piede Diabetico aggiornato al 2015: % di Centri di Diabetologia che adottano il PPDTA	I Profili di Cura dei NCP; la Cartella clinica Informatizzata dei Centri di Diabetologia	N° di Centri di Diabetologia che adottano il PPDTA\centri diabetologici x 100	0	40%	70%	100%

Codice progetto e nome	6.5 - Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari
Descrizione	Il progetto si pone l'obiettivo di sfruttare alcune occasioni di contatto tra cittadini e operatori sanitari (momenti "opportunistici") per intervenire con strumenti efficaci per aumentare il numero di cittadini che ricevono informazioni e consigli su comportamenti e corretti stili di vita da adottare. Il progetto è rivolto alla popolazione generale sfruttando alcuni setting specifici in occasione di importanti eventi di contatto con le strutture sanitarie: es. dimissione da ricovero, visite in ambulatori specialistici e infermieristici, in consultori familiari e pediatrici, nei centri screening. In queste occasioni di incontro gli operatori sanitari possono approcciare il tema degli stili di vita con tecniche di approccio motivazionale in applicazione del modello transteorico del cambiamento. Sulla base del tempo disponibile e delle loro competenze, possono adottare due modalità di intervento: l'avviso breve (minimal o brief advice) o l'intervento motivazionale breve (detto anche counselling motivazionale breve). A supporto di questi interventi sono disponibili strumenti riadattati da materiali messi a punto dall'Habits Lab dell'Università del Maryland. Il percorso di revisione e traduzione in italiano degli strumenti è avvenuta nell'ambito della collaborazione tra Habits Lab e il Centro regionale Luoghi di prevenzione, con la supervisione del Prof. Di Clemente. Un counselling più strutturato viene invece riservato a servizi specialistici di secondo livello.
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione che entra in contatto con i servizi sanitari
Setting identificato per l'azione	Sono previsti vari ambiti/momenti di contatto tra popolazione e strutture sanitarie in cui intervenire: Ambulatori per screening oncologici Ambulatori vaccinali Ambulatori infermieristici e specialistici MMG e PLS in forma aggregata Consultori familiari Spazi giovani Dimissione da Ospedale di Comunità Dimissione da ricovero ospedaliero Giornate di prevenzione organizzate dalle associazioni e società scientifiche per prevenzione.
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Direzioni sanitarie e operatori sanitari; associazioni di volontariato e di pazienti;
Prove di efficacia	Interventi di promozione della salute con offerta di breve colloquio motivazionale basato sul modello transteorico del cambiamento (1) hanno dimostrato di essere efficaci in diversi contesti e per tutti i maggiori ambiti di stili di vita: fumo, consumo di alcol, alimentazione, attività fisica (2-9). 1. 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

	2. Ashenden R. Family Practice, 1997 14:166-174 3. Dunn C. <i>Addiction</i> (2001) 96, 1725-1742 4. RubaK S. <i>Br J of General Pract</i> 2005; 55: 305-312 5. Pill R. Family Practice, 1998, 15: 229-235 6. Silagy C. In the Cochrane Library; Issue 3, 2000. 7. Vasilaky EI, <i>Alcol -Alcoholism</i> 2006, 41(3): 328-335 8. Desroches S. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2013 Feb 28;2:CD008722. doi: 10.1002/14651858.CD008722.pub2. Review. 9. Richards J. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2013 Sep 30;9:CD010392. doi: 10.1002/14651858.CD010392.pub2.
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto è trasversale per definizione in quanto si basa fortemente sulla condivisione di un approccio integrato sugli stili di vita in una logica di rete tra operatori e servizi diversi.
Attività principali	Per ciascun ambito di intervento definizione delle modalità di contatto con le persone: • tipo di approccio (avviso breve o intervento motivazionale breve) • eventuale necessità di successivi contatti di rinforzo • collegamento efficace con la mappa delle opportunità (Progetto 2.5 "Comunicazione per la salute" del Setting 2 Comunità) per il sostegno al cambiamento Definizione presso le aziende sanitarie degli ambiti di intervento su cui attivare il progetto e successiva implementazione Condivisione del progetto con i diversi portatori di interesse per la definizione del loro eventuale contributo Formazione diffusa agli operatori e ai volontari sugli strumenti a supporto degli interventi di avviso breve e intervento motivazionale breve Progressiva estensione delle attività nei vari ambiti Monitoraggio avanzamento copertura interventi
Rischi e management	Il progetto è molto sfidante in quanto prevede un forte riorientamento nelle attività e nelle modalità di lavoro degli operatori coinvolti, che si accompagna inevitabilmente anche una riorganizzazione dei momenti "opportunistic" individuati per garantire la disponibilità del tempo necessario per questo approccio. D'altro canto acquisire la capacità di un approccio motivazionale costituisce per gli operatori sanitari un'opportunità di riqualificazione del loro ruolo.
Sostenibilità	Occorre riorientamento delle attività e investimento per la formazione degli operatori

Cronogramma progetto 6.5 "Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Definizione modalità e strumenti da utilizzare per ciascun ambito di intervento	X	X	X											
Definizione presso le Aziende degli ambiti di intervento				X										
Condivisione del progetto con i diversi portatori di interesse, definendo loro eventuale contributo				X										
Formazione diffusa agli operatori e ai volontari su strumenti per favorire cambiamenti, avviso breve e colloquio breve motivazionale					X	X	X	X						
Progressiva estensione delle attività nei vari ambiti					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Produzione protocollo	Regione		No	Sì		
Definizione presso le AUSL (in integrazione con l'Azienda ospedaliera) degli ambiti di intervento	Regione	Numero di ambiti inclusi da ogni AUSL (in integrazione con l'Azienda ospedaliera) Standard: almeno 3 ambiti individuati in modo diffuso in ciascuna AUSL	No	Sì		
Incontri con portatori d'interesse	Regione	Incontri effettuati in ogni AUSL	No	Sì, almeno 5/7 Aziende		
% operatori formati su strumenti per favorire cambiamenti, avviso breve e colloquio breve motivazionale	Regione	Operatori formati/operatori target degli ambiti individuati x 100	0	>20%	>60%	
% assistiti contattati/assistiti target	Regione, PASSI+ sistemi informativi screening, consultori ecc.	Assistiti contattati/assistiti target (PASSI+sistemi informativi screening, consultori ecc.) x 100	0	>5%	>10%	>15%
% counselling effettuati/ assistiti contattati	Regione	Counselling effettuati/ assistiti contattati x 100	0	>10%	>10%	>10%

Codice progetto e nome	6.6 - Prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche
Descrizione	Diabete in età pediatrica Il diabete di tipo 1 (DMT1) rappresenta la malattia endocrino-metabolica più frequente dell'età pediatrica, età in cui tipicamente esordisce. Il DMT1, che nella popolazione generale incide per il 5% di tutti i casi di diabete, in età evolutiva interessa il 98% dei casi. Negli ultimi 3 decenni l'incidenza del diabete tipo 1 ha mostrato in Europa un lento ma costante incremento, pari al 3% (studio EURODIAB). L'incremento è risultato più significativo nella fascia di età inferiore ai 5 anni. La diagnosi di DMT1, se tardiva, è gravata da un rischio elevato di chetoacidosi grave e di complicanze. Il DMT1 è inoltre associato ad altre patologie autoimmuni (celiachia 7-12%, tiroidite 10-16 %) che possono rendere più complessa la gestione della malattia. Per questi motivi la Regione Emilia-Romagna (Servizio Assistenza territoriale) è impegnata da anni in un progetto di collaborazione fra i professionisti ospedalieri che assistono i bambini con diabete, le associazioni dei pazienti e dei familiari dei bambini/ragazzi con diabete (coordinati in federazione - FeDER) e il mondo della scuola, al fine di prevenire le diagnosi tardive all'esordio (prevenzione della chetoacidosi diabetica) e di prevenire le complicanze della malattia. Il progetto è trasversale ai progetti di lotta alla disuguaglianza: è nota l'associazione fra nazionalità straniera e maggiore rischio di esordio grave e, in seguito, di peggiore controllo della malattia, con maggiore rischio di complicanze e obesità. Il monitoraggio tramite il registro dovrebbe identificare e indirizzare interventi per la lotta alla disuguaglianza. Sovrappeso e obesità in età pediatrica L'eccesso ponderale in età pediatrica richiede interventi preventivi e terapeutici secondo l'organizzazione di una rete integrata e multidisciplinare di servizi sanitari, attraverso l'interazione tra i diversi tipi di intervento per assicurare il monitoraggio e la presa in carico dei soggetti a rischio tanto più efficace quanto più precoce. Si rende pertanto necessario diffondere e applicare a livello regionale "Il modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso" approvato con la Deliberazione della Giunta regionale n.780/2013. Il modello si articola nei seguenti punti: 1. La prevenzione primaria dell'obesità infantile che coinvolge in primis i Pediatri di libera scelta nella promozione attiva dei fattori protettivi, nel monitoraggio antropometrico e nell'intercettazione precoce di sovrappeso e di obesità; 2. Lo sviluppo sul territorio di equipe multidisciplinari per la presa in carico e l'educazione terapeutica del bambino obeso e del nucleo familiare su idoneo stile di vita (nutrizione sana e attività motoria costante) per favorire un cambiamento duraturo dei comportamenti; 3. L'alleggerimento dell'impegno delle strutture ospedaliere, conseguente allo sviluppo della rete multidisciplinare, consente al Pediatra ospedaliero di focalizzare l'attenzione sull'obesità grave e complicata.
Gruppo beneficiario prioritario	Bambini/ragazzi (età 0-18 anni) e loro familiari
Setting identificato per l'azione	Diabete in età pediatrica • Territorio (consultori familiari, centri vaccinali, spazi donne immigrate, pediatria di comunità, pediatri di libera scelta; associazioni di auto-mutuo-aiuto) • Scuole (infanzia e primarie) • Ospedali (centri per l'assistenza al bambino con diabete)

	<i>Sovrappeso e obesità in età pediatrica</i> • Case per la salute • Territorio (ambulatori dei PLS/MMG, pediatria di comunità, Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione))
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Professionisti sanitari dell'area pediatrica ospedaliera e territoriale (pediatri/MMG, endocrinologi, infermiere, assistenti sanitarie, nutrizionisti, dietiste, psicologi) Gruppi di volontariato (auto-mutuo-aiuto) Professionisti della scuola (insegnati, personale ATA) Enti Locali (centri per le famiglie, assessori al welfare)
Prove di efficacia	<i>Diabete in età pediatrica</i> • American Diabetes Association. Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the ADA. Diabetes Care 2005;28:186-212 • American Diabetes Association Position Statement. Diabetes Care in the school and day care setting. Diabetes Care 2008; 31; S79- S85. • Pihoker C, Forsander G, Wolfsdorf J, Klingensmith GJ. The delivery of ambulatory diabetes care to children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes 2009; 10 (Suppl. 12): 58-70. • DCCT. Effect of intensive treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus: Diabetes Control and Complications Trial. J.pediatr. 1994; 125;177-88. • ISPAD Diabetic ketoacidosis in children and adolescent with diabetes. Pediatric Diabetes 2009; 10(Suppl. 12): 118–133 • European Society for Paediatric Endocrinology/Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society consensus statement on diabetic ketoacidosis in children and adolescents. Pediatrics 2004;113:e133-40 <i>Sovrappeso e obesità in età pediatrica</i> Il modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso di cui si cura l'implementazione è stato formulato sulla base di evidenze di efficacia riportate in letteratura. In particolare si fa riferimento a: • Recommandation de bonne pratique Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Actualisation des recommandations 2003. Collège de la Haute Autorité de Santé en Septembre 2011. • Ambrozzi "Modificazioni dietetiche generali", p.157-160, in "L'obesità in età evolutiva" L. Iughetti, S. Bernasconi, Ed. McGraw-Hill 2005 • S. Scaglioni "Il trattamento: nutrizione" in "L'obesità del bambino: aspetti clinici e fisiopatologici", p.261-266, C. Maffei et al. Centro Scientifico Editore, Torino 2009 • "L'Obesità del bambino e dell'adolescente: Consensus su prevenzione, diagnosi e terapia", SIP Istituto Scotti Bassani 2006 • "Standard italiani per la cura dell'obesità", Sio-Adi, 2012-2013 • C. Maffei "Il bambino obeso e le sue complicanze. Dalla conoscenza scientifica alla pratica clinica " 159-160, See Ed. Firenze 2004 • Sargent GM, Pilotto LS, Baur LA. Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. Obesity reviews 2011; 12: e219-235 • A primary care-based, multicomponent lifestyle intervention for overweight adolescent females. Pediatrics

	2012; doi: 10.1542/peds.2011-0863 Gerards S, Sleddens E, Dagnelie PC, De Vries NK, Kremers S. Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. Int J Pediatr Obes 2011; 6: e28-e45
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	Diabete in età pediatrica Il progetto prevede la collaborazione di diversi Servizi della Direzione Generale regionale, AUSL e Aziende Ospedaliere Universitarie, il rafforzamento della rete con gli Enti Locali e le associazioni di volontariato oltre che con il mondo della scuola (professionisti delle scuole dell'infanzia e scuole primarie). Sovrappeso e obesità in età pediatrica Il progetto è basato sulle sinergie e collaborazioni tra vari operatori sanitari del territorio e ospedale: pediatri di libera scelta, pediatri di comunità e ospedalieri, dietista, nutrizionista, psicologo, medico dello sport.
Attività principali	Diabete in età pediatrica - Prevenzione della chetoacidosi grave all'esordio: campagna informativa, raccomandazioni per il primo trattamento, monitoraggio dei casi di chetoacidosi grave - Monitoraggio della qualità delle cure dei bambini/ragazzi con diabete in RER con particolare attenzione a variabili sociali per la valutazione dell'equità di accesso alle cure e a variabili antropometriche per l'intercettazione precoce di problemi alimentari: implementazione del registro dei bambini con diabete e rapporto periodico Sovrappeso e obesità in età pediatrica - Formazione professionisti: prevedere un percorso formativo, da indirizzare prioritariamente ai PLS, che rientri nel programma di aggiornamento obbligatorio dei professionisti, incentrato sulle seguenti tematiche: - Le strategie regionali per la prevenzione e il trattamento dell'eccesso di peso nell'infanzia - Principi di alimentazione e attività fisica nell'infanzia e nell'adolescenza - L'intervento motivazionale breve - Costituzione di equipe multidisciplinari territoriali per la presa in carico del bambino sovrappeso-obeso e del relativo nucleo familiare al fine di favorire l'adozione di uno stile di vita salutare (nutrizione sana e attività motoria costante)
Rischi e management	Diabete in età pediatrica La campagna per la prevenzione delle chetoacidosi grave all'esordio è stata sviluppata in collaborazione con FeDER. La sua diffusione capillare necessita del sostegno della federazione. Il registro dei bambini con diabete è vincolato alla collaborazione con i professionisti dei centri ospedalieri (11 in RER) che assistono i bambini con diabete. L'inserimento di questa attività fra gli obiettivi delle Direzioni aziendali potrebbe facilitare la collaborazione dei professionisti. Sovrappeso e obesità in età pediatrica Poiché il primo livello di presa in carico presuppone il ruolo cruciale dei PLS adeguatamente informato e formato, appare necessario prevedere, nell'ambito delle convenzioni con l'AUSL, tale compito e organizzare adeguata formazione, secondo le modalità indicate nel modello regionale, nell'ambito della formazione obbligatoria prevista per tali professionisti.
Sostenibilità	Diabete in età pediatrica I costi per la diffusione della campagna sono a carico di FeDER, mentre i costi per il mantenimento del registro sono a carico aziendale, e prevedono costi minimi di manutenzione del sistema. Sovrappeso e obesità in età pediatrica

Le attività del progetto sono sostenibili con costi contenuti per le AUSL in quanto prevedono l'attivazione di percorsi di integrazione e collaborazione tra operatori sanitari che già operano sul territorio.

Cronogramma progetto 6.6 "Prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Diabete in età pediatrica														
Prevenzione chetoacidosi diabetica, campagna informativa	X	X		X		X								
Prevenzione chetoacidosi diabetica, monitoraggio casi con esordio grave							X	X	X	X	X	X	X	X
Attivazione locale registro diabete	X	X	X	X										
Registro diabete raccolta dati					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Obesità														
Formazione professionisti			X	X	X	X								
Costituzione di equipe multidisciplinari territoriali							X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
N eventi per la presentazione del materiale della campagna informativa prevenzione chetoacidosi diabetica	Atti del servizio	N eventi/anno	2/2014-2015	2		
N centri che inseriscono e inviano i dati del registro dei bambini/adolescenti con diabete	Flusso invio dati dalle Aziende protetto (ftps)	N assoluto di centri che inviano i dati (su 11 centri)	2	4	6	8
<i>N. di AUsl che hanno effettuato la formazione dei PLS e altro personale sanitario come da modello regionale di presa in carico del bambino obeso</i>	<i>Ricognizione ad hoc da parte delle AUsl</i>	<i>N. AUsl che hanno effettuato la formazione (su 8 AUsl)</i>	<i>3/8</i>	<i>6/8</i>	<i>8/8</i>	
N. di AUsl che hanno istituito con atto formale il Team multidisciplinare	Ricognizione ad hoc da parte delle AUsl	N. AUsl con Team multidisciplinare formalizzato (su 8 AUsl)	2/8	3/8	6/8	8/8

Codice progetto e nome	6.7 - Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche
Descrizione	Attivazione di percorsi attraverso i quali i soggetti affetti da MCNT o portatori di fattori di rischio sport/esercizio fisico sensibili, possono essere avviati in sicurezza verso un'attività fisica/sportiva congrua alle proprie condizioni fisiche/psicologiche ed in grado migliorare il livello di salute o, se non possibile altro, di non farlo deteriorare ulteriormente per cause connesse ad uno stile di vita sedentario o non sufficientemente attivo. I programmi di prescrizione dell'esercizio fisico si intersecano e sostengono necessariamente anche i programmi di promozione dell'attività fisica e, in generale, di stili di vita sani. Due attività, in realtà non così separate: Attività Fisica Adattata (AFA) è indicata per patologie stabilizzate neuromuscolari e articolari con l'obiettivo di evitare medicalizzazioni inappropriate, migliorare lo stile di vita del soggetto raggiungendo attraverso una attivazione-riattivazione neuromuscolare e metabolica, un miglioramento delle condizioni di salute del soggetto; Esercizio Fisico Adattato (EFA) è rivolto a portatori di patologie cardiovascolari e metaboliche dove l'esercizio prescritto e somministrato funziona/deve funzionare come un vero e proprio farmaco, impattando positivamente sulla funzione cardiorespiratoria e metabolica del soggetto.
Gruppo beneficiario prioritario	Soggetti affetti da patologie o portatori di fattori di rischio sport o esercizio fisico sensibili
Setting identificato per l'azione	Ambulatori MMG, Servizi pubblici di Medicina dello Sport, Servizi di Riabilitazione e ambulatori specialistici in genere, Palestre associate ai Servizi, Palestre Etiche e Sicure. Spazi al chiuso o all'aperto utilizzabili per lo svolgimento dell'attività fisica prescritta, svolta in autonomia o sotto supervisione.
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Oltre ai quali i soggetti affetti da MCNT o portatori di fattori di rischio sport/esercizio fisico sensibili, loro famiglie, caregiver e associazioni, MMG, PLS, Medici dello Sport, Igienisti, Fisiatri, Psichiatri, Cardiologi, Reumatologi, Neurologi, Medici per i DCA, Oncologi, Tossicologi etc. Società ed Enti di promozione sportiva, Palestre, Enti Locali. Laureati in scienze Motorie. Università (Medicina e Scienze Motorie). INAIL e Fondazioni.
Prove di efficacia	ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription di American College of Sports Medicine (Acsm) Progetto nazionale su prescrizione attività fisica per quanto riguarda la fattibilità: Contributi n. 78 Regione Emilia-Romagna http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/contributi/Contributi%2078%20attivit%C3%A0%20fisica%20e%20malattie%20croniche.pdf/view
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Realizzazione, formazione e crescita della rete intrasanitaria sul tema e sua integrazione/interazione con la rete extrasanitaria sportiva, del volontariato e dell'associazionismo. Enti Locali.
Attività principali	Implementazione del programma AFA ed EFA nelle Aziende come da indicazioni regionali

	Realizzazione di un programma informatico che consenta di mettere in rete i diversi punti prescrittivi tra di loro e con le sedi di somministrazione delle attività Aggiornamento delle indicazioni regionali sull'identificazione dei Servizi di Medicina dello Sport pubblici per compiti di coordinamento e formazione, con il supporto delle Riabilitazioni per AFA Sensibilizzazione e formazione MMG, realizzazione rete tra Servizi di Medicina dello Sport, altre specialistiche coinvolte e MMG Ridefinizione rete e delle caratteristiche delle Palestre Etiche /Sicure a supporto dei percorsi di promozione/prescrizione, anche in collaborazione con rappresentanze (Corsi di Laurea Scienze Motorie, CONI, Enti Promozione Sportiva, Assessorato regionale Sport) Verifica efficacia
Rischi e management	Rischi connessi alla mancanza di equità nell'offerta, errori nella prescrizione e nella somministrazione. Rischi del esclusione delle fasce di popolazione più povere e fragili per difficoltà economiche/logistiche/culturali. La verifica attenta e costante del percorso, dell'equità e dell'efficacia è un obiettivo da perseguire costantemente.
Sostenibilità	Messa in rete e valorizzazione dell'esistente. Potenziamento e formazione dei servizi Medicina dello Sport

Cronogramma progetto 6.7 "Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Implementazione del programma AFA ed EFA nelle Aziende come da indicazioni regionali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzazione del programma informatico per mettere in rete i diversi punti prescrittivi tra di loro e con le sedi di somministrazione delle attività			X	X	X	X								
Aggiornamento delle indicazioni regionali sull'identificazione dei Servizi di MdS pubblici per compiti di coordinamento e formazione, con il supporto delle Riabilitazioni per AFA		X	X											
Sensibilizzazione e formazione MMG, realizzazione rete tra dei Servizi di MdS, specialistiche coinvolte e MMG			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ridefinizione rete e delle caratteristiche delle Palestre Etiche /Sicure a supporto dei percorsi di promozione/prescrizione, anche in collaborazione con rappresentanze		X	X											
Verifica efficacia					X				X				X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
<i>Piena funzionalità dei percorsi AFA ed EFA negli ambiti previsti a livello regionale (^) dopo adeguata formazione nei confronti dei MMG</i>	<i>flusso da Servizi Medicina dello Sport e Riabilitazioni</i>	<i>Numero ambiti territoriali delle Aziende che hanno percorsi AFA o EFA/numero standard degli ambiti aziendali ove è prevista AFA(11) o EFA (9)</i>	<i>5 AFA e 5 per EFA</i>	<i>9 per AFA e 8 per EFA</i>	<i>11 per AFA e 9 EFA</i>	<i>11 per AFA e 9 EFA</i>
Realizzazione di un programma informatico che consenta di mettere in rete i diversi punti prescrittivi tra di loro e con le sedi di somministrazione delle attività	Servizi di MdS	NA	Fase di progettazione	Attivazione del programma e sua implementazione/correzione	Attivazione del programma e sua implementazione/correzione	A regime
Palestre/Società Sportive Etiche Sicure coinvolte con SSR, in rete per percorsi a) promozione AF-Sani stili di vita rispetto ai 4 fattori di rischio di Guadagnare Salute o b) prescrizione AFA-EFA SSR	Referenti AF	Numero palestre etiche-sicure e società sportive coinvolte in percorsi con SSR/totale palestre etiche-sicure e società sportive con relazione con SSR x 100	40% del totale	60% del totale	70% del totale	80% del totale

(^) AFA: prevista a regime in tutte le AUSL anche in più ambiti; EFA: prevista a regime a: Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara, Ravenna, Forlì-Cesena, Rimini

Codice progetto e nome	6.8 - Identificare precocemente le donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella (e dell'ovaio) e monitorarne l'andamento
Descrizione	Diventa sempre più stringente la necessità di mirare gli interventi di prevenzione e diagnosi precoce nelle donne, individuando gruppi di donne a particolare rischio. Questo è oggi possibile per il rischio genetico per carcinoma mammario, visto l'elevato rischio individuale nelle donne portatrici di mutazione BRCA1 e 2. Questo progetto si propone pertanto l'identificazione delle donne a rischio eredo-familiare partendo da una griglia di valutazione anamnestica dei familiari con carcinoma della mammella e dell'ovaio (con punteggio derivante dai parametri delle linee guida Nice secondo il grado di parentela e l'età di insorgenza del tumore). Le donne possono compilare la griglia presso il medico di medicina generale o dallo specialista (ginecologo, radiologo senologo, ecc.); in caso di sospetto rischio eredo-familiare aumentato (punteggio 2 o più) sono invitate ad approfondire la valutazione presso il Centro di senologia di riferimento locale (Spoke), mentre le altre sono rassicurate avendo un rischio pari alla popolazione generale. La valutazione al Centro Spoke avviene utilizzando il modello di Cuzick e Tyrer con calcolo del rischio relativo individuale: le donne con rischio elevato vengono inviate al Centro di genetica di riferimento (Hub) dove viene eseguito un counselling genetico complesso, completata la definizione del rischio e discussi e programmati gli eventuali interventi. Le donne con rischio moderatamente aumentato (profilo 2 medio rischio), seguono i percorsi di screening, se in età 40-44anni le raccomandazioni apposite. Presso il Centro Hub, dopo accurato counselling oncogenetico ed eventuale esecuzione dei test genetici (BRCA1 e 2) vengono definiti 4 profili di rischio (base-medio-elevato con o senza mutazione accertata), a ciascuno dei quali corrisponde un protocollo di sorveglianza. Per il rischio elevato sono definite, con il sostegno di un team multidisciplinare, strategie di intervento a scopo profilattico o di diagnosi precoce mirate. Per questo sarà necessario attivare un monitoraggio basato su record individuali e su indicatori e standard di riferimento ad hoc.
Gruppo beneficiario prioritario	Donne di qualsiasi età che accedono spontaneamente al percorso o attraverso il proprio medico di medicina Generale o un medico specialista (oncologo, radiologo/senologo, ginecologo, chirurgo prevalentemente) oppure perché rispondenti all'invito a partecipare al programma di screening mammografico (donne dai 45 ai 74 anni).
Setting identificato per l'azione	centri screening t. mammella, centri di senologia, rete servizi di genetica, MMG, consultori familiari, ginecologi, oncologi
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Associazioni femminili specifiche, operatori coinvolti nel percorso di senologia (MMG, operatori centro screening, consultori, radiologia/senologia, chirurgia, oncologia, radioterapia ecc. per il ca. mammario; operatori consultori familiari, ginecologia per il ca. ovarico); donne con familiarità per ca.mammario e/o ovarico e/o con anamnesi familiare sospetta.
Prove di efficacia	Percorso diagnostico-terapeutico senologico di screening mammografico con evidenza scientifica dimostrata; Algoritmo di Cuzick e Tyrer validato; protocolli di sorveglianza periodica per la mammella, profilassi chirurgica per mammella e ovaio e di promozione degli stili di vita per la mammella con evidenza scientifica dimostrata. www.saluter.it/screening_femminili/documentazioni: DGR n. 220/2011; CR n. 21/2011; Protocollo assistenziale nelle donne a rischio ereditario di tumore della mammella e dell'ovaio (Collana RER Contributi n. 83/2014).

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per il progetto	È un percorso multidisciplinare integrato, attivamente gestito, con presa in carico complessiva. Sono coinvolti: MMG, specialisti specifici (oncologo, radiologo/senologo, ginecologo, chirurgo principalmente) che operano in ambito clinico o coinvolti nel programma di screening mammografico, nel percorso diagnostico-terapeutico specialistico e nel follow-up post-trattamento.
Attività principali	Implementazione progetto in tutte le Aziende sanitarie Creazione di un sistema informativo/informatico che colga l'intero percorso: classifichi le donne valutate in screening, segua quelle inviate a spoke e poi hub, tracciando anche l'attività di sorveglianza Monitoraggio e valutazione dell'intero processo Organizzazione eventi informativo/formativi con dati di ritorno, verifica e messa a punto delle criticità Identificazione di set di indicatori di percorso, di performance e di esito con standard di riferimento quando possibile.
Rischi e management	Servizio di riferimento regionale con funzioni di programmazione, formazione, controllo di qualità, verifica e fornitura delle linee guida e dei protocolli complessivi; rete dei centri di senologia spoke (13) e di genetica hub (4) individuati a livello regionale. Accettazione del percorso nelle sue varie fasi da parte delle donne. Ad oggi ancora deboli evidenze scientifiche per i protocolli di sorveglianza nelle donne ad alto rischio, anche per la difficoltà di considerare diversi parametri che potrebbero rendere discusse e discutibili molte parti dell'intervento; mancanza di esperienze istituzionali precedenti di riferimento.
Sostenibilità	Sostenibile nell'ambito dell'attività ordinaria che fa capo alla rete dei servizi prevista dal progetto regionale: programmi e centri di screening, MMG, specialisti più direttamente coinvolti, centri spoke e hub indicati. Necessità di un accurato monitoraggio per verificare quanto si sta facendo e gli eventuali esiti.

Cronogramma progetto 6.8 "Identificare precocemente le donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella (e dell'ovaio) e monitorarne l'andamento"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Implementazione, consolidamento e continuità progetto in tutte le Aziende	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Creazione di un sistema informativo/informatico che colga l'intero percorso: classifichi le donne valutate in screening, segua quelle inviate a spoke e poi hub, tracciando l'attività di sorveglianza			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio e valutazione dell'intero processo				X				X				X		
Organizzazione eventi informativo/formativi con dati di ritorno, verifica e messa a punto delle criticità	X			X				X				X		
Identificazione di set di indicatori di percorso, di performance e di esito con standard di riferimento quando possibile		X	X	X	X									

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
<i>Offerta di valutazione rischio eredo-familiare alle donne esaminate in screening</i>	<i>Flusso dati aggregati percorso eredo-familiare</i>	<i>Numero donne aderenti a screening a cui è stata proposta valutazione griglia o con profilo di rischio già noto/ Numero donne aderenti allo screening x 100</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
% donne che effettuano l'accesso ai Centri Spoke entro 3 mesi	Flusso dati aggregati percorso eredo-familiare	Numero donne esaminate nei Centri Spoke entro 3 mesi da appuntamento/ Numero donne esaminate nei Centri Spoke x 100	>80%	>85%	>90%	>95%
% di donne aderenti al programma di screening (età 45-69 anni) con almeno una prima valutazione del rischio	Tracciato a record individuali screening mammella	Numero donne che hanno eseguito mammografia con punteggio definito o donne con profilo accertato presso Spoke-Hub / donne che hanno eseguito mammografia x 100	/	/	>70%	>90%

Codice progetto e nome	6.9 - Anticipare le diagnosi e ridurre la trasmissione di HIV e TB
Descrizione	Sia per l'infezione da HIV sia per la tubercolosi (TB) è importante considerare che in Emilia-Romagna pur a fronte di una lieve diminuzione dei nuovi casi (HIV: 8,7 per 100.000 abitanti nel 2009-2012 vs 9,3 nel 2006-2008; TB: 10,9 per 100.000 abitanti nel 2009-2012 vs 11,4 nel 2005-2008), la diagnosi è spesso tardiva, come rilevato anche a livello internazionale e nazionale. In Emilia-Romagna nel 2012 il ritardo diagnostico per tubercolosi ad interessamento polmonare (inteso come il tempo in giorni intercorso fra la data di inizio dei sintomi e la data di inizio della terapia antitubercolare) mostra un valore mediano pari a 39 giorni. La quota di late presenters HIV in Emilia-Romagna nel periodo 2006-2013 è risultata pari a 50,3% e nel 2013 è del 53,9% (57,6% a livello nazionale). Gli obiettivi principali del progetto sono pertanto: • prevenire e ridurre i rischi di contagio HIV-AIDS e TB • migliorare le conoscenze della popolazione generale riguardo a HIV e TB, sia lottando contro lo stigma sia facendo comprendere l'importanza di sottoporsi ai test HIV e tubercolinici, in collaborazione con le associazioni presenti sul territorio • potenziare gli interventi su setting a rischio, per promuovere l'offerta del test in persone con prevalenza attesa elevata di infezione da HIV. La bassa prevalenza dell'infezione da HIV nella popolazione generale della nostra regione rende, infatti, non giustificata l'offerta generalizzata del test; l'offerta va invece fortemente raccomandata in presenza di situazioni epidemiologiche, comportamentali o in presenza di specifiche condizioni cliniche con una prevalenza stimata di sieropositività > 0.1%. La diagnosi precoce di infezione da HIV permette di ottimizzare il percorso clinico con conseguente migliore risposta al trattamento farmacologico, rallentamento della progressione verso l'Aids, riduzione della mortalità. L'abbassamento della carica viremica, poi, riduce il rischio di trasmissione. • anticipare la diagnosi di malattia tubercolare, attraverso la formazione di base e continua degli operatori sanitari e la disponibilità di laboratori di riferimento con elevati standard di qualità, • migliorare la proporzione degli esiti favorevoli del trattamento della malattia tubercolare, attraverso l'integrazione tra Ospedale e territorio (Dipartimenti di Sanità pubblica, delle Cure Primarie, Servizi Sociali e Associazioni di Volontariato) e il follow up della terapia • diminuire il rischio di sviluppare malattia tubercolare mediante la sorveglianza integrata degli esposti ai casi contagiosi e l'individuazione e il trattamento precoce delle persone con infezione tubercolare (soprattutto in presenza di condizioni o patologie favorevoli all'attivazione dell'Infezione Tubercolare Latente -ITBL), assicurando il monitoraggio dell'intero percorso.
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione generale; Gruppi specifici ad alta esposizione (dipendenti da sostanze, Men Sex with Men (MSM), sex workers, transgender, detenuti, immigrati) operatori sanitari
Setting identificato per l'azione	Operatori sanitari ospedalieri e del territorio, popolazione generale

Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Popolazione generale, appartenenti a gruppi a rischio, Associazioni di volontariato, Enti Locali, operatori sanitari
Prove di efficacia	HIV • WHO, July 2014: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key population. • Ministero della salute. Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia. Giugno 2012 • ECDC. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the Europe Union, 2010 • Sullivan AK, et al. Feasibility and effectiveness of indicator conditions-guided testing for HIV: Results from HIDES I PLoS ONE 2013;8: Issue I e52845. • Kutsyna G. Which conditions are indicator for HIV testing across Europe? Results from the HIDES II Study. HepHIV 2014 Barcelona. www.hiveurope.eu TB • European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015 • ECDC/ERS Task Force Report European Union Standards for Tuberculosis Care. Eur Respir J 2012; 39: 807–819 • WHO. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. World Health Organization 2014 • WHO. Treatment of tuberculosis: guidelines. 4th ed. World Health Organization 2010 • NICE clinical guideline 117. Tuberculosis. Clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011 • CCM. Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi. Versione estesa. Dicembre 2008
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto coinvolge Sanità pubblica, Cure primarie, Ospedali, Agenzia sanitaria e sociale regionale, Servizi Sociali, Associazioni di volontariato, Enti Locali.
Attività principali	Per HIV e TB: • continuare a promuovere iniziative comunicative e formative per la sensibilizzazione della popolazione al test HIV e la lotta allo stigma • aumentare l'offerta dei test di screening in contesti/condizioni assistenziali ove la probabilità di avere persone a rischio è maggiore: carceri, SERT, spazio salute immigrati, Unità di strada, promuovendo la semplificazione degli accessi per l'utenza (possibilmente con: prelievo nel Centro e invio diretto al laboratorio; uso di test rapidi per HIV qualora sia elevato il rischio di bassa compliance; effettuazione del test tubercolinico direttamente presso il Centro), il corretto counselling pre e post test HIV e la presa in carico in caso di riscontro di positività • realizzare un progetto regionale di fattibilità specifico per l'offerta attiva del test HIV e del test tubercolinico (o equivalente) in ambito ospedaliero in presenza di specifici indicatori clinici, che includa la formazione del

	personale sanitario coinvolto e la definizione di un percorso strutturato di presa in carico, da parte degli specialisti, dei pazienti riscontrati HIV positivi e/o con infezione tubercolare latente, identificando anche un sistema di valutazione dei risultati. Per HIV: • continuare le attività dell'osservatorio epidemiologico regionale HIV-AIDS, integrandolo con le informazioni sull'evoluzione clinica in relazione ai trattamenti effettuati • garantire informazioni coordinate e diffuse: incrementare la diffusione di messaggi positivi e di informazione attiva nei social network maggiormente utilizzati dagli adolescenti e a luoghi ove siano accessibili con facilità informazioni adeguate e preservativi, e garantire continuità all'azione del sito web regionale Helpaids e del telefono Verde regionale AIDS e il coordinamento delle informazioni fornite • sostenere iniziative mirate all'offerta del test al di fuori delle strutture sanitarie, per promuovere l'accesso e la prevenzione declinata in ragione delle specifiche esigenze delle comunità (Check point a Bologna) Per TB: • potenziare i programmi di screening e di controllo della TB attraverso la realizzazione di iniziative formative per gli operatori sanitari, finalizzate al tempestivo riconoscimento di segni e sintomi di malattia e al ricorso all'esame dell'escreato in caso di sospetto diagnostico; l'implementazione in tutte le Aziende Sanitarie di programmi di screening di malattia nelle categorie ad alto rischio (profughi, detenuti); la definizione a livello regionale di un protocollo di gestione dei malati di TB che hanno problemi sociali tali da incidere significativamente sul risultato terapeutico, da applicare nelle diverse realtà comunali; la diffusione dei programmi di screening dell'infezione nelle persone a rischio per condizioni o patologie presso i centri clinici di riferimento; • individuare nel territorio regionale un laboratorio di riferimento con elevati standard di qualità e capacità di effettuare la genotipizzazione dei micobatteri
Rischi e management	Gli obiettivi prevedono l'integrazione di diversi professionisti e strutture, nonché la partecipazione di attori esterni al servizio sanitario. Occorre avere una regia forte e un coordinamento dei diversi sottoprogetti e dei differenti attori.
Sostenibilità	L'integrazione tra gruppi di professionisti diversi e di strutture organizzative diverse è l'unico elemento chiave per sostenere il progetto. La presenza in ogni territorio di una Commissione interaziendale per la prevenzione e la lotta all'AIDS e per la sorveglianza della tubercolosi (tra AUsl e AOsp) può certamente favorire il processo.

Cronogramma progetto 6.9 "Anticipare le diagnosi e ridurre la trasmissione di HIV e TB"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Sensibilizzare la popolazione ai test	X	X	X	X		X				X				X
Aumentare l'offerta dei test di screening	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Progetto fattibilità offerta del test HIV e del test tubercolinico in ambito ospedaliero			X	X	X	X								
Sviluppare attività Osservatorio regionale HIV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantire informazioni coordinate e diffuse	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Attivare e sostenere Check-point	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizzare iniziative formative per gli operatori sanitari per anticipare la diagnosi di TB	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementare in tutte le Aziende sanitarie programmi di screening di malattia nelle categorie ad alto rischio (profughi, detenuti)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definire con il Servizio Integrazione socio-sanitaria regionale un protocollo di gestione dei malati di TB con problemi sociali		X	X	X	X	X								
Individuare il laboratorio regionale di riferimento per la TB			X	X	X	X								

Elenco indicatori (con evidenziati quelli sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Sensibilizzare la popolazione al test e lotta allo stigma	Saluter	NA	Sì	Sì	Sì	Sì
% di offerta del test per la diagnosi di infezione da HIV presso i SerT della regione sugli utenti in carico	Cartella clinica informatizzata SerT	<i>n. utenti in carico ai SerT che si sono sottoposti al test con esito noto /n. utenti in carico ai SerT x 100</i>	>70%	>75%	>80%	>90%
Definizione di un progetto finalizzato a promuovere l'offerta attiva del test HIV e del test tubercolinico (o equivalente) in ambito ospedaliero in presenza di specifici indicatori clinici.	Documentale+indagine ad hoc	NA	No	Sì		
Report annuale sulle informazioni riguardanti i dati relativi all'andamento dell'epidemia da HIV in regione	Sistema di sorveglianza HIV/Aids	NA	Sì	Sì	Sì con arricchimento dati coorte assistiti	Sì con arricchimento dati coorte assistiti
Aggiornamento e miglioramento del sito web regionale Helpaids (web 2.0 e tecnologie mobile)	Sito Helpaids	NA	No	Sì		
Effettuazione test HIV al di fuori delle strutture sanitarie (Centro "Check point" attivato nel territorio dell'AUSL di Bologna con valenza regionale)	Documentale	NA	No	Sì		
% operatori sanitari formati per diagnosi precoce di tubercolosi	Uffici formazione Aziende sanitarie	<i>N operatori formati /operatori target nelle Aziende sanitarie nel triennio x 100</i>	No	10%	30%	50%
Individuazione Laboratorio regionale di riferimento per la TB in grado di eseguire genotipizzazione		NA	No		Sì	
Definizione protocollo integrato di gestione dei malati di TB con problemi sociali	Documentale	NA	No	Sì		
Report annuale sulle informazioni riguardanti i dati relativi all'andamento della malattia tubercolare in regione	Sistema di sorveglianza della tubercolosi	NA	Sì	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	6.10 - Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali in specifici gruppi a rischio e monitoraggio dell'attività
Descrizione	Se le vaccinazioni sono utili ed efficaci per tutta la popolazione, presentano però un valore aggiunto per determinate persone che, per la presenza di patologie croniche o per un particolare status (lavoro, età, condizioni di vita ecc.), sono più a rischio e necessitano di essere protette in modo particolare da alcune malattie. È pertanto prioritario raggiungere queste persone per offrire loro le vaccinazioni adeguate. Le categorie previste sono le seguenti: • vaccinazione contro la rosolia (MPR) nelle donne in età fertile, • vaccinazione contro l'influenza nelle donne in gravidanza, • vaccinazioni contro le Malattie Invasive Batteriche e l'influenza nelle persone con determinate patologie croniche, • vaccinazione contro l'HPV nelle persone HIV positive, • vaccinazioni contro influenza, MPR e varicella negli operatori sanitari, • vaccinazioni nelle carceri.
Gruppo beneficiario prioritario	Donne in età fertile, donne in gravidanza, persone con patologie croniche, persone HIV positive, operatori sanitari, carcerati
Setting identificato per l'azione	operatori ospedalieri e territoriali, carceri
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Operatori sanitari delle aziende sanitarie e ospedaliere, MMG e PLS, operatori ICT delle Aziende sanitarie, esperti di comunicazione, scuole, associazioni di ammalati.
Prove di efficacia	• "Efficacy and Effectiveness of Maternal Influenza Vaccination During Pregnancy: A Review of the Evidence" Matern Child Health J (2014) 18:1599–1609 • "Fetal death and preterm birth associated with maternal influenza vaccination: systematic review" BJOG 2014; DOI: 10.1111/1471-0528.12977 • "Influenza vaccination in pregnancy: current evidence and selected national policies" Lancet Infect Dis 2008; 8: 44–52; "Reduction of illness in young infants after maternal immunization with influenza vaccine." 46th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC); San Francisco, CA, USA; Sept 27–30, 2006. Abstract) • Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2011 " Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015" • Ministero della Salute, Centro Nazionale AIDS, Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS, Consulta delle Associazioni per la lotta contro l'AIDS e Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali. Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1. Dicembre 2014
Trasversalità (intersectoriale,	Il progetto coinvolge Sanità pubblica, Cure primarie, Ospedali, referenti di Programma Carceri, Associazioni di volontariato, Area Comunicazione

multisetoriale) per il progetto	
Attività principali	Miglioramento dell'adesione alle vaccinazioni proposte alle persone con patologie croniche, alle persone HIV positive, alle donne in gravidanza, alle donne in età fertile attraverso: • rafforzamento della rete di collaborazione con MMG, PLS, medici ospedalieri, medici specialisti, ginecologi e ostetriche; • formazione degli operatori sanitari; • progettazione di nuove forme di interazione con le case per la salute; • diffusione a livello regionale di buone pratiche locali; • informazione ai professionisti e ai cittadini (via web e cartacea) • attività di sensibilizzazione e coinvolgimento delle associazioni dei malati Nelle carceri: Offrire attivamente le vaccinazioni previste da indicazioni nazionali o regionali in ragione dell'età, del rischio e della condizione sanitaria; attivazione dei promotori di salute; verificare l'offerta vaccinale e l'adesione (vedasi progetto 4.1 Promozione della salute nelle carceri) Aumentare le coperture vaccinali negli operatori sanitari attraverso il completamento dello screening immunologico degli operatori, in particolare per morbillo e varicella; l'offerta attiva agli operatori delle vaccinazioni previste dal PNPV; la promozione di programmi obbligatori di formazione sulle vaccinazioni rivolti agli operatori; la definizione di una procedura per la valutazione dell'idoneità al lavoro degli operatori che rifiutano le vaccinazioni, che tenga conto anche del rischio verso terzi. (vedasi progetto 1.8 Tutela della salute degli operatori sanitari)
Rischi e management	Coinvolgimento delle Commissioni professionali o di specifici ambiti al fine di superare le resistenze dei Professionisti di settore
Sostenibilità	Le attività vaccinali sono già rivolte anche ai gruppi a rischio. Tuttavia l'integrazione prevista, pur alla luce della razionalizzazione delle attività vaccinale, richiederà un aumento dell'impegno da parte del personale.

Cronogramma progetto 6.10 "Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali in specifici gruppi a rischio e monitoraggio dell'attività"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Estensione a tutta la Regione della buona pratica della AUSL BO: introduzione nelle schede di dimissione del campo obbligatorio con il consiglio alla vaccinazione.			X	X	X	X								
Monitoraggio flusso della vaccinazione contro la rosolia da punti nascita e laboratori a DSP		X				X				X				X
Costituzione di un Gruppo di lavoro con la commissione nascita per aumentare l'offerta e l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale nelle donne in gravidanza e definizione di un documento condiviso che individui le strategie per aumentare l'adesione alla vaccinazione			X	X	X	X								
Realizzazione di corsi di formazione obbligatoria sulle vaccinazioni per operatori sanitari (sia dipendenti SSR che MMG e PLS)	X	X			X	X			X	X			X	X
Miglioramento dei criteri per individuare le persone con patologia cronica di età inferiore ai 65 anni al fine di favorire l'appropriatezza della vaccinazione antinfluenzale e per un calcolo più corretto delle coperture vaccinali nei gruppi a rischio		X	X			X	X							

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
<i>Istituzione di un campo obbligatorio nella scheda informatizzata di dimissione ospedaliera con l'indicazione alle vaccinazioni contro l'influenza e contro le MIB</i>	<i>Evidenza del campo obbligatorio nelle schede di dimissione</i>	<i>N. Aziende sanitarie che hanno istituito campo obbligatorio nella scheda di dimissione osp/Totale Aziende sanitarie x 100</i>	<i>Solo AUsl di Bologna</i>		<i>50% Aziende sanitarie</i>	<i>75% Aziende sanitarie</i>
Corsi di formazione obbligatoria sulle vaccinazioni rivolti agli operatori sanitari (sia dipendenti che MMG e PLS) in tutte le Aziende sanitarie	Referenti formazione Aziende sanitarie	N. Aziende sanitarie che hanno organizzato corsi obbligatori/Totale Aziende sanitarie x 100	Dato non rilevato	50% Aziende sanitarie	75% Aziende sanitarie	100% Aziende sanitarie
Costruzione del denominatore per il calcolo delle coperture vaccinali antinfluenzali nei soggetti appartenenti alle categorie a rischio	Sistema informativo regionale	NA	Sì valore approssimativo	Sì come valore più definito	Sì	Sì

Codice progetto e nome	6.11 - Monitoraggio dei consumi di antibiotici e campagne informative per l'uso appropriato di questi farmaci in ambito umano e veterinario
Descrizione	L'uso appropriato degli antibiotici è oggetto di un programma di attività specifico della ASSR della Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del quale è stata costruita una rete di sorveglianza per il monitoraggio del consumo di antibiotici e dell'antibiotico-resistenza ed è stato implementato un progetto specifico per la pediatria (ProBA). La reportistica regionale sui consumi di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale viene prodotta, già da diversi anni, utilizzando i dati dei flussi correnti della farmaceutica (AFO; AFT; FED). Più recentemente, il tema dell'uso appropriato degli antibiotici è stato affrontato nei suoi diversi aspetti in una delibera di giunta regionale (DGR 318/2013) "Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici". Sono stati inoltre promossi uno studio e una campagna informativa di popolazione sugli antibiotici. Nel 2012, è stato effettuato uno studio controllato in 2 province che ha confermato l'efficacia di una campagna informativa diretta alla popolazione per ridurre l'uso inappropriato di antibiotici. Nel periodo novembre 2014/marzo 2015 è stata realizzata una campagna regionale rivolta alla cittadinanza nella quale sono stati utilizzati materiali informativi sull'uso appropriato degli antibiotici e sui comportamenti per prevenire le infezioni. La campagna è stata implementata attraverso gli ambulatori, le strutture sanitarie, le scuole, le farmacie, le stazioni ferroviarie e il web. La capillarità della diffusione dei messaggi e dei materiali nelle scuole, nelle farmacie territoriali e, in alcuni casi, negli ambulatori delle cure primarie non ha raggiunto i livelli sperati lasciando spazio di miglioramento per le edizioni future della campagna informativa. Anche il settore veterinario è chiamato attivamente in causa a fronteggiare il problema delle resistenze antibiotiche e, da tempo, affronta tematiche quali la sorveglianza sul corretto utilizzo degli antibiotici negli animali e la prevenzione del fenomeno antibioticoresistenza. Inoltre con Determina 583 del 3/07/2014 è attivo un Progetto Regionale sul tema ed è coinvolto nell'ambito del CCM-2014-001 "Buone pratiche per la sorveglianza e il controllo dell'antibioticoresistenza".
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione generale
Setting identificato per l'azione	Territorio (luoghi pubblici/mezzi di trasporto; farmacie; PLS/MMG; pediatri di comunità; CUP) Ospedale (sale d'attesa; ambulatori; farmacie ospedaliere)
Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Popolazione generale; genitori; insegnanti Servizi scolastici Professionisti in ambito sanitario (PLS/MMG, medici specialisti; veterinari; farmacisti)
Prove di efficacia	Sono disponibili evidenze scientifiche che mostrano come sia possibile ridurre i consumi inappropriati di antibiotici attraverso campagne informative che promuovano la consapevolezza della popolazione e dei professionisti in ambito sanitario e che ne modifichino i comportamenti. - Formoso G, Paltrinieri B, Marata AM, Gagliotti C, Pan A, Moro ML, Capelli O, Magrini N; LOCAAL Study Group. Feasibility and effectiveness of a low cost campaign on antibiotic prescribing in Italy: community level, controlled, non-randomised trial. BMJ. 2013;347:f5391. - Arnold SR, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. Cochrane Database Systc Rev2005;(4):CD003539.

	• Ranji SR, Steinman MA, Shojania KG, Gonzales R. Interventions to reduce unnecessary antibiotic prescribing. A systematic review and quantitative analysis. Med Care2008;46:847-62. • Filippini M, González Ortiz LG, Masiero G. Assessing the impact of national antibiotic campaigns in Europe. Eur J Health Econ2013;14:587-99.
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per il progetto	Il progetto prevede la collaborazione dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale con la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali e per l'integrazione, dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia ed Emilia-Romagna e dell'Agenzia informazione e ufficio stampa della Giunta. Esistono inoltre collegamenti e possibili sinergie con altri programmi del PRP relativi alla scuola e alle campagne vaccinali.
Attività principali	• Effettuare campagne informative di popolazione per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici che includano: definizione di strumenti informativi; identificazione dei canali di diffusione e monitoraggio della distribuzione; coinvolgimento dei medici e degli altri gruppi/istituzioni di interesse (scuole, farmacie) • Monitorare i dati di consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale e valutarne l'andamento temporale regionale e per azienda sanitaria. • Valutare l'utilizzo degli antibiotici in medicina veterinaria negli animali da reddito e nei Pet in ambito regionale. • Valutare i ceppi microbici antibioticoresistenti circolanti di origine zoonotica. • Produrre linee guida regionali per il responsabile utilizzo degli antibiotici in medicina veterinaria. • Effettuare formazione regionale sulla "valutazione dell'impiego del farmaco in medicina veterinaria", destinata a Veterinari pubblici e sul "corretto utilizzo dell'antibiotico" destinata a Veterinari liberi professionisti, Veterinari pubblici ed allevatori.
Rischi e management	Le campagne informative di popolazione per aumentare l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e ridurre le resistenze in ambito territoriale si sono dimostrate efficaci e costo-efficaci Determinano infatti miglioramento degli esiti di salute, riduzione dell'uso inappropriato di antibiotici e delle resistenze e risparmio nella spesa farmaceutica. L'esistenza di strumenti informativi sviluppati a livello regionale e utilizzabili in più campagne riduce ulteriormente i costi rimuovendo potenziali ostacoli legati al budget. La valutazione e il superamento dei problemi relativi alla disseminazione dei contenuti e dei materiali in tutti i contesti regionali, osservati nella prima campagna informativa può consentire una maggior capillarità delle future edizioni. É infatti ipotizzabile una maggiore attività di sensibilizzazione degli operatori coinvolti (PLS; MMG; pediatri di comunità; farmacisti) con incontri specifici. Si potranno inoltre sfruttare le sinergie esistenti con altri programmi del PRP relativi alla scuola e alle campagne vaccinali. Se necessario, si potrà infine esplorare la possibilità di ulteriori strumenti per la promozione della campagna (es. eventuali convenzioni con la scuola o gli operatori coinvolti). Infine, in attesa che anche in medicina veterinaria ci sia la disponibilità a livello nazionale della ricetta elettronica e dell'implementazione del sistema informativo per la tracciabilità del farmaco di competenza centrale, indispensabile alla conoscenza del destino e del consumo degli antibiotici, il percorso proposto permetterà l'armonizzazione e la condivisione di strategie finalizzate al contenimento del fenomeno AMR e la divulgazione di buone pratiche sull'utilizzo degli antibiotici anche in campo veterinario.
Sostenibilità	L'utilizzo dei dati dei flussi informativi correnti della farmaceutica per la produzione di report e per monitorare i consumi degli antibiotici è una pratica già consolidata in ambito regionale. Per quanto riguarda le campagne di popolazione, sono stati prodotti (per l'edizione 2014-2015) materiali informativi per il pubblico e per le scuole che

potranno essere riutilizzati in futuro. Anche considerando l'integrazione dei materiali già esistenti con altri prodotti informativi, le spese di stampa e distribuzione e l'eventuale acquisto di spazi pubblicitari, i costi delle campagne per gli anni futuri saranno inferiori rispetto alla prima edizione. Il sistema di sorveglianza dei consumi di antibiotici e le campagne annuali per aumentare la consapevolezza delle comunità nell'uso di questi farmaci appaiono quindi sostenibili nel tempo.

Cronogramma progetto 6.11 "Monitoraggio dei consumi di antibiotici e campagne informative per l'uso appropriato di questi farmaci in ambito umano e veterinario"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Effettuare campagne informative di popolazione per aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici che includano: definizione di strumenti informativi; identificazione dei canali di diffusione e monitoraggio della distribuzione; coinvolgimento dei medici e degli altri gruppi/istituzioni di interesse (scuole, farmacie)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorare i dati di consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale e valutarne l'andamento temporale regionale e per azienda sanitaria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Valutare l'utilizzo degli antibiotici in medicina veterinaria negli animali da reddito e nei Pet in ambito regionale	X	X	X	X	X	X								

Valutare i ceppi microbici antibioticoresistenti circolanti di origine zoonotica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Produrre linee guida regionali per il responsabile utilizzo degli antibiotici in medicina veterinaria			X	X	X	X									
Effettuare formazione regionale in medicina veterinaria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì
Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende sanitarie	Produzione report regionali specifici	Esistenza report per le Aziende	Sì	Sì	Sì	Sì
Esistenza di strumenti regionali per valutare l'utilizzo degli antibiotici in medicina veterinaria negli animali da reddito e nei Pet	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì
Produrre linee guida regionali per il responsabile utilizzo degli antibiotici in medicina veterinaria	Evidenza documentale	NA	No	Sì	Sì	Sì
Formazione regionale in medicina veterinaria	Evidenza documentale	NA	Sì	Sì	Sì	Sì

Codice progetto e nome	6.12 - Sistemi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza
Descrizione	La sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza sono attività centrali nella gestione del rischio clinico e rientrano tra le priorità del servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna come recentemente affermato nella Delibera di Giunta 318/2013 (<i>Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici</i>). Il controllo dell'antibiotico-resistenza è un altro tema prioritario della Regione Emilia-Romagna e costituisce l'oggetto un programma di attività specifico, nell'ambito del quale è stata costruita una rete di sorveglianza attiva dal 2003. Tra gli elementi cardine delle attività di sorveglianza e controllo sono da annoverare: la formazione specifica nei vari setting assistenziali; la sorveglianza delle infezioni e dei microrganismi multiresistenti; l'applicazione delle misure per prevenire la trasmissione degli agenti infettivi. Le Aziende sanitarie organizzano periodicamente giornate di formazione dirette alle diverse figure professionali sul rischio infettivo in ambito ospedaliero; in attuazione delle indicazioni inerenti l'accreditamento socio-sanitario (DGR 514/09) le iniziative formative devono riguardare anche gli operatori delle strutture socio-sanitarie accreditate. Le attività di sorveglianza e prevenzione coordinate a livello regionale sono rivolte a diverse tipologie di infezioni e di setting assistenziali; i progetti che hanno maggiormente impegnato gli operatori negli ultimi anni riguardano la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) e il controllo di un particolare gruppo di microrganismi multiresistenti agli antibiotici, gli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE). Le ISC sono tra le più frequenti infezioni correlate all'assistenza e causano un aumento significativo della durata della degenza, dei costi e della mortalità. Per questo motivo, già da alcuni anni, è stato attivato in Emilia-Romagna un sistema di sorveglianza specifico (SICHER): dato che attualmente l'implementazione è incompleta a livello regionale e variabile nelle diverse aziende sanitarie, il sistema dovrà essere migliorato. I CPE sono microrganismi multiresistenti caratterizzati da elevata patogenicità e letalità e forte potenziale epidemico. A partire dal 2011 sono state definite linee guida regionali per il controllo di questi patogeni nei diversi setting assistenziali ed è stato istituito uno specifico sistema di sorveglianza con produzione di un report regionale mensile. Nel 2013 è stata inoltre istituita, con circolare ministeriale, una sorveglianza nazionale delle batteriemie causate da CPE. La regione Emilia-Romagna ha ottenuto risultati tangibili nel controllo delle CPE anche se esistono ancora criticità non risolte e margini di miglioramento. La regione ha inoltre attivato una scheda informatizzata, collegata al sistema di notifica e alert delle malattie infettive (SMI), che permette di inoltrare automaticamente le segnalazioni delle batteriemie da CPE al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità. La completezza di queste segnalazioni potrà essere monitorata utilizzando le altre fonti informative relative alla sorveglianza dei microrganismi resistenti e dei CPE esistenti in regione. Le attività relative all'igiene delle mani in ambito sanitario vengono promosse e monitorate in Emilia-Romagna, coerentemente a quanto indicato nella campagna sostenuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'adesione a questa pratica è ancora disomogenea nei diversi setting e va quindi ulteriormente promossa.
Gruppo beneficiario prioritario	Soggetti che ricevono assistenza sanitaria e socio-sanitaria
Setting identificato per l'azione	Ospedale (unità operative di area medica, chirurgica, di emergenza e intensivistica) Territorio (strutture residenziali e semiresidenziali)

Gruppi di interesse (destinatari, sostenitori o operatori)	Professionisti sanitari appartenenti a: area di management delle aziende sanitarie; area di prevenzione del rischio (nucleo strategico aziendale e gruppi operativi per il controllo delle infezioni e per l'uso appropriato degli antibiotici); area clinica (ospedaliera e delle cure primarie); area socio-sanitaria (Responsabili dell'attività sanitaria interna delle strutture residenziali, Personale sanitario operante nelle strutture socio-sanitarie, Rappresentanze dei soggetti gestori, Responsabili Uffici di piano distrettuali, Coordinatori responsabili di servizio/struttura). Pazienti ricoverati in ospedali per acuti; pazienti sottoposti a cure mediche o procedure medico-chirurgiche; residenti in strutture territoriali (CRA); caregivers.
Prove di efficacia	Sono disponibili evidenze scientifiche che mostrano come sia possibile ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso l'adozione di programmi di intervento e in particolare con la sorveglianza continuativa e il feed-back periodico dei dati. • Gastmeier P, Geffers C, Brandt C, Zuschneid I, Sohr D, Schwab F et al. Effectiveness of a nationwide nosocomial infection surveillance system for reducing nosocomial infections. J Hosp.Infect. 2006;64:16-22. • Marchi M, Pan A, Gagliotti C, Morsillo F, Parenti M, Resi D, Moro ML; Sorveglianza Nazionale Infezioni in Chirurgia (SNICCh) Study Group. The Italian national surgical site infection surveillance programme and its positive impact, 2009 to 2011. Euro Surveill. 2014;19: 20815 • Geubbels EL, Nagelkerke NJ, Mintjes-de Groot AJ, Vandenbroucke-Grauls CM, Grobbee DE, de Boer AS. Reduced risk of surgical site infections through surveillance in a network. Int J Qual Health Care 2006;18:127-33. Vi sono inoltre evidenze che mostrano il ruolo preminente dell'igiene delle mani nella prevenzione delle infezioni correlata all'assistenza e l'efficacia dei prodotti idroalcolici. • Evidence of hand hygiene to reduce transmission and infections by multidrug resistant organisms in health-care settings; Literature review, WHO 2014 (http://bit.ly/1g2i56r) • WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care; WHO 2009 (http://bit.ly/1scfxd5)
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per il progetto	Il progetto prevede la collaborazione della Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR), con la DG sanità e politiche sociali e con le Aziende sanitarie della regione. Esso si collega inoltre con altri progetti della Macroarea 9 del PRP, relativi alla sorveglianza dei consumi di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale e alla promozione di un uso consapevole degli antibiotici nella popolazione. La prevenzione delle infezioni ha infatti un effetto sull'appropriatezza delle prescrizioni e sui consumi di antibiotici, sia in profilassi sia in terapia (incremento dell'adesione alle linee guida; riduzione del numero di infezioni e quindi di trattamenti). La sorveglianza delle ISC, in particolare, è efficace non solo nella prevenzione di questa complicità in corso di ricovero ma anche nella gestione post-dimissione del paziente (riduzione delle infezioni chirurgiche tardive e del relativo carico assistenziale).
Attività principali	Definizione, promozione e implementazione di un piano di formazione condiviso che coinvolga le strutture residenziali (Casa Residenza per Anziani non autosufficienti) e semiresidenziali territoriali (Centri Diurni per anziani) e affronti contenuti relativi alla prevenzione delle infezioni associate all'assistenza con particolare attenzione all'uso di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani. Monitoraggio dell'uso di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani nelle aziende sanitarie. Sorveglianza di laboratorio dei trend dell'antibioticoresistenza e individuazione dei problemi emergenti utilizzando il sistema di sorveglianza regionale LAB.

	Monitoraggio della partecipazione alla sorveglianza nazionale dei CPE delle Aziende e degli ospedali della regione. Monitoraggio della partecipazione alla sorveglianza della ISC delle Aziende e degli ospedali della regione. Miglioramento degli strumenti per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) e per la redazione della reportistica specifica.
Rischi e management	La partecipazione delle Aziende sanitarie al sistema di sorveglianza delle CPE è facilitata dall'esistenza della piattaforma informatica regionale SMI per la sorveglianza delle malattie infettive. La completezza delle segnalazioni potrà essere monitorata comparando le segnalazioni in SMI con altre fonti informative regionali. Le aree di sottotifica potranno quindi essere individuate consentendo interventi specifici per migliorare la completezza e la qualità della sorveglianza. L'adesione al sistema di sorveglianza SIChER è stato incluso per un triennio tra i criteri di valutazione di mandato dei Direttori Generali delle aziende sanitarie ed è quindi nella lista delle priorità aziendali. Le attività per la produzione di supporti informatici facilitanti la raccolta, la gestione e l'invio dei dati e la produzione di report aziendali sono inoltre elementi che permetteranno un allargamento della partecipazione a livello regionale e delle singole aziende.
Sostenibilità	Il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CPE è già integrato nel sistema regionale di sorveglianza delle malattie infettive. Questo sistema informatizzato include infatti una scheda specifica CPE con la quale le segnalazioni vengono automaticamente reindirizzate al livello centrale nazionale. La sorveglianza CPE appare quindi sostenibile nel tempo. Il sistema di sorveglianza SIChER è già stato attivato in regione anche se con un livello di partecipazione variabile nelle singole aziende sanitarie. La partecipazione dovrebbe essere favorita in futuro dalla predisposizione di supporti informatici facilitanti la rilevazione e dall'integrazione del sistema nei flussi correnti regionali. Il sistema di sorveglianza appare quindi sostenibile nel tempo, a patto che rimanga nella lista delle priorità a livello regionale e aziendale.

Cronogramma progetto 6.12 "Sistemi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza"

	2015		2016				2017				2018			
Attività principali	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Definizione e promozione di un piano di formazione condiviso che coinvolga le strutture residenziali e semiresidenziali e includa l'uso di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani.	X	X	X	X	X	X								
Monitoraggio dell'uso di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani nelle aziende sanitarie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio della partecipazione alla sorveglianza nazionale dei CPE delle aziende e degli ospedali della regione.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sorveglianza di laboratorio della antibioticoresistenza	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio della partecipazione alla sorveglianza della ISC delle aziende e degli ospedali della regione	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Miglioramento degli strumenti per la sorveglianza del infezioni del sito chirurgico (ISC) e per la redazione della reportistica specifica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Elenco indicatori (con evidenziato quello sentinella)

Indicatori di processo	Fonte	Formula	Valore di partenza (baseline)	2016	2017	2018
Proporzione di Aziende sanitarie che hanno promosso attività formative sul rischio infettivo e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel corso dell'anno considerato e/o nei due precedenti	Dataset aziendali delle attività formative	N. Aziende sanitarie che hanno promosso formazione nel triennio/N. totale aziende x 100	/	/	70%	100%
Percentuale di strutture socio-sanitarie accreditate coinvolte, nel corso dell'anno considerato e/o nei due precedenti, nel piano di formazione condiviso sulla prevenzione delle infezioni associate all'assistenza	Dataset delle AUSl sulle attività formative	n. strutture coinvolte nelle attività formative nel triennio/n. totale strutture accreditate x 100	/	/	66%	90%
Produzione di un report annuale regionale su consumo di prodotti idroalcolici ospedalieri nelle diverse Aziende sanitarie	Dati farmacia ospedaliera	N. Aziende sanitarie con reportistica disponibile /N. totale Aziende sanitarie x 100	70%	80%	90%	100%
Produzione di un report annuale di AUSl sul consumo di prodotti idroalcolici nelle strutture socio-sanitarie accreditate	Dataset per centri di costo e/o comunicazione soggetti gestori	N. AUSl con reportistica disponibile /N. totale AUSl x 100	/	/	66%	90%
Proporzione di strutture ospedaliere, appartenenti ad aziende sanitarie e aziende ospedaliere, aderenti alla Circolare "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26/02/2013, sul totale delle strutture ospedaliere	SMI	N. ospedali aderenti a circolare/N. totale ospedali x 100	70%	80%	90%	100%
Proporzione di CIO che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza*	Sistemi SICH e LAB	N. aziende con reportistica disponibile /N. totale aziende x 100	70%	80%	90%	100%

* declinazione in ambito regionale: "Proporzione di CIO (da intendere Aziende sanitarie) per i quali sono disponibili report annuali su infezioni del sito chirurgico (SICH e LAB) e antibioticoresistenza"

Il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018: Piano di monitoraggio e controllo - Indicatori sentinella

Per ogni Setting si elencano gli indicatori sentinella individuati e il progetto cui fanno riferimento.

1. Programma n.1 - Setting Ambienti di lavoro

- 1.1. Sistema informativo regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro Emilia-Romagna (S.I.R.P.- E-R);
 - 1.1.a ***Rapporto annuale relativo all'attività complessiva del progetto***
- 1.2. Promozione della salute nei luoghi di lavoro;
 - 1.2.a ***N° aziende partecipanti al progetto***
- 1.3. Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali in edilizia;
 - 1.3.a ***% interventi di vigilanza effettuata secondo le procedure di qualità e con la lista di controllo definita a livello regionale***
- 1.4. Tutela della salute e della sicurezza in agricoltura e silvicoltura;
 - 1.4.a ***N. di aziende agricole e delle altre attività collegate al settore agricolo oggetto di vigilanza controllate nell'anno, con attenzione particolare ad una strategia proattiva della vigilanza***
- 1.5. Emersione e prevenzione malattie muscolo scheletriche;
 - 1.5.a ***% di operatori addetti alla vigilanza formati***
- 1.6. Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno professionale;
 - 1.6.a ***Numero di Aziende a rischio cancerogeno controllate***
- 1.7. Prevenzione del rischio stress lavoro correlato e promozione del miglioramento del benessere organizzativo e della Responsabilità sociale d'impresa;
 - 1.7.a ***Numero aziende controllate mediante l'utilizzo di lista di controllo interna***
- 1.8. Tutela della salute degli operatori sanitari.
 - 1.8.a ***% di Aziende sanitarie che effettuano la valutazione del rischio TB secondo le Linee di indirizzo regionali***

2. Programma n.2 - Setting Comunità - Programmi di popolazione

- 2.1. Sviluppo rete epidemiologia ambientale;
 - 2.1.a ***N.ro report finali degli studi avviati.***
- 2.2. Azioni di sanità pubblica nell'ambito delle procedure di VAS e di VIA;
 - 2.2.a ***Disponibilità contenuto tecnico linea guida.***
- 2.3. Piano regionale dei controlli e della formazione sul REACH e CLP;
 - 2.3.a ***% di operatori dei Servizi del DSP formati per essere formatori in eventi rivolti all'esterno di informazione, formazione ed aggiornamento in materia di sostanze chimiche tal quali o presenti in miscele od in articoli.***
- 2.4. Ridurre le esposizioni ad amianto dei cittadini e dei lavoratori: Piano Amianto della Regione Emilia-Romagna;
 - 2.4.a ***Produzione report del COR sui dati degli ex esposti.***
- 2.5. ComunicAzione per la salute;
 - 2.5.a ***Costruzione della mappa delle opportunità.***
- 2.6. Progetti di empowerment di comunità;
 - 2.6.a ***Relazione valutativa sui progetti realizzati.***
- 2.7. Advocacy per le politiche di pianificazione urbanistica e dei trasporti orientate alla salute;
 - 2.7.a ***% di Aziende sanitarie che elaborano ed attuano piani per incentivare la mobilità attiva e sostenibile dei dipendenti.***
- 2.8. Creare occasioni di attività motoria nel tempo libero accessibili alla cittadinanza, attraverso l'attivazione delle risorse delle comunità locali;
 - 2.8.a ***% di distretti) in cui sono offerte occasioni di attività fisica gratuita in gruppo in almeno il 20% dei Comuni (esclusi i capoluoghi di provincia).***
- 2.9. Alcol e Guida sicura: corsi infoeducativi per conducenti con infrazione art. 186 Cds;
 - 2.9.a ***% di guidatori che hanno frequentato i corsi nell'anno sul totale dei guidatori con revisione dell'idoneità alla guida per violazione Art. 186.***
- 2.11. Sorveglianza epidemiologica e valutazione di impatto della prevenzione sulla diffusione dei tumori in Emilia-Romagna;

- 2.11.a ***Copertura del territorio regionale da parte del Registro tumori regionale unico.***
- 2.12. Implementazione e monitoraggio programmi di screening oncologici;
 - 2.12.a ***Proporzione di popolazione regionale aderente all'invito a partecipare al programma di screening cervicale;***
 - 2.12.b ***Proporzione di popolazione regionale aderente all'invito a partecipare al programma di screening mammografico;***
 - 2.12.c ***Proporzione di popolazione regionale aderente all'invito a partecipare al programma di screening coloretale.***
- 2.13. Sorveglianza Malattie Infettive;
 - 2.13.a ***Mantenimento dell'attuale standard di informatizzazione delle segnalazione di malattia infettiva.***
- 2.14. Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio e monitoraggio dell'attività;
 - 2.14.a ***Completamento Anagrafe vaccinale regionale informatizzata e costruzione delle coperture vaccinali completata su coperture vaccinali e dei rifiuti delle vaccinazioni.***
- 2.16. Adozione di 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;
 - 2.16.a ***Diffusione sul territorio regionale di piani di monitoraggio, sorveglianza e campionamento condivisi.***
- 2.17. Osservatorio Regionale sulla Sicurezza Alimentare (ORSA);
 - 2.17.a ***% di AUSL che caricano le anagrafiche degli OSM su SINVSA.***
- 2.18. Rafforzamento e razionalizzazione delle attività di prevenzione in Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare;
 - 2.18.a ***Numero di audit regionali svolti sui sistemi di controllo del country profile Italia rendicontati al Ministero.***
- 2.19. Realizzazione di campagne informative ai fini della prevenzione del randagismo;
 - 2.19.a ***Realizzazione di una campagna informativa sulla prevenzione del randagismo.***
- 2.20. La gestione delle emergenze del Dipartimento di Sanità Pubblica; malattie infettive, sicurezza alimentare, ambientali, chimiche, calamità naturali ed epidemiche degli animali.
 - 2.20.a ***Stesura documento definitivo, formalizzazione e presentazione alle Prefetture e altri stakeholders.***

3. Programma n.3 - Setting Comunità - Programmi età specifici

- 3.1. Prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie;
 - 3.1.a **% di Aziende sanitarie che hanno attivato gli interventi.**
- 3.2. AllattER - Promozione allattamento al seno;
 - 3.2.a **N AUSl che adottano buone pratiche.**
- 3.3. Sicurezza;
 - 3.3.a **% punti nascita in cui avviene distribuzione del materiale informativo e del gadget per la prevenzione degli incidenti domestici.**
- 3.4. Implementazione e monitoraggio di alcuni fra i principali screening neonatali;
 - 3.4.a **Attivazione dello screening oftalmologico nei punti nascita.**
- 3.5. Peer online;
 - 3.5.a **N. contatti.**
- 3.6. Progetto adolescenza;
 - 3.6.a **Numero di distretti in cui è formalizzato il coordinamento del "Progetto adolescenza" nei distretti.**
- 3.7. Maltrattamento e abuso nei minori: prevenzione, accoglienza e cura;
 - 3.7.a **% di minori trattati tramite integrazione multiprofessionale (modalità organizzative individuate per l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico integrata).**
- 3.8. Programma di ginnastica personalizzata a domicilio (Otago) e per piccoli gruppi;
 - 3.8.a **Attivazione del programma all'interno delle Case della Salute.**
- 3.9. Alimentazione anziano.
 - 3.9.a **% operatori addetti alla preparazione dei pasti formati.**

4. Programma n.4 – Setting Comunità – Programmi per condizione

- 4.1. Esercizio fisico e attività sportiva nella popolazione affetta da disabilità;
 - 4.1.a **Realizzazione dei momenti di formazione in ogni AUSl.**
- 4.3. Progetto Oltre la Strada;

- 4.3.a ***N. di contatti con persone che si prostituiscono in strada effettuati dalle Unità di Strada.***
- 4.6. Corsi di secondo livello per conducenti con violazione ripetuta dell'art. 186 del Codice della strada;
 - 4.6.a ***N. AUSI nelle quali vengono organizzati i corsi.***
- 4.8. Promozione della salute nelle carceri;
 - 4.8.a ***% II.PP. che utilizzano la Cartella clinica informatizzata per registrare lo screening HIV nei detenuti.***
- 4.9. Progetto Percorsi di Prevenzione e di Cura di Salute Mentale per l'Adolescenza e i Giovani Adulti (fascia 14 – 25 anni).
 - 4.9.a ***N. AUSI in cui sono state presentate e diffuse le linee di indirizzo ai gruppi di interesse per la fascia 14-25;***
 - 4.9.b ***N. AUSI in cui sono stati organizzati corsi di formazione diretta ai professionisti.***

5. Programma n.5 – Setting Scuola

- 5.1. La mappa degli interventi riconducibili a Guadagnare salute rivolti alle Scuole Primarie e dell'Infanzia;
 - 5.1.a ***N.ro di Scuole Primarie e dell'Infanzia coinvolte in uno dei progetti definiti "Buone Pratiche".***
- 5.2. Infanzia a colori;
 - 5.2.a ***Numero Scuole Primarie che hanno coinvolto l'80% delle classi.***
- 5.3. Progetto Paesaggi di Prevenzione;
 - 5.3.a ***Numero Istituti di I grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target;***
 - 5.3.b ***Numero Istituti di II grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target.***
- 5.4. Scuole Libere dal Fumo;
 - 5.4.a ***Numero Istituti di I grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target;***
 - 5.4.b ***Numero Istituti di II grado che hanno coinvolto l'80% delle classi target.***
- 5.5. Scegli con gusto, gusta in salute;
 - 5.5.a ***N.ro Istituti in cui le classi coinvolte sono >= 80%.***
- 5.6. Fra rischio e piacere;
 - 5.6.a ***N.ro Istituti aderenti in cui le classi coinvolte sono >= 80%.***
- 5.7. Educazione all'affettività e sessualità;

- 5.7.a ***N.ro Istituti in cui le classi coinvolte sono >= 80%.***
- 5.8. Verso un lavoro più sicuro in Costruzioni e Agricoltura. La scuola promotrice di salute e di sicurezza
 - 5.8.a ***N.ro Istituti in cui le classi coinvolte sono >= 80%.***
- 5.9. Promozione della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica.
 - 5.9.a ***% Scuole in cui il servizio mensa propone menu valutati e approvati dal SIAN.***

6. Programma n.6 – Setting Ambito sanitario

- 6.1. Progetto fattibilità per un programma di medicina proattiva in popolazione di età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT;
 - 6.1.a ***% Arruolamento nello studio pilota.***
- 6.2. La lettura integrata del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute;
 - 6.2.a ***Estensione dell'intervento nelle nuove Case salute aderenti.***
- 6.3. Organizzare e realizzare interventi di iniziativa per cittadini identificati come "fragili";
 - 6.3.a ***Implementazione ed estensione del progetto.***
- 6.4. Organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con Diabete Mellito;
 - 6.4.a ***Applicazione del PPDTA per la prevenzione e la cura del Piede Diabetico aggiornato al 2015: % di Centri di Diabetologia che adottano il PPDTA.***
- 6.5. Interventi opportunistici con strumenti efficaci per incrementare il consiglio dei sanitari su stili di vita salutari;
 - 6.5.a ***% operatori formati su strumenti per favorire cambiamenti, avviso breve e colloquio breve motivazionale.***
- 6.6. Prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche;
 - 6.6.a ***N. di AUSL che hanno effettuato la formazione dei PLS e altro personale sanitario come da modello regionale di presa in carico del bambino obeso***
- 6.7. Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche;
 - 6.7.a ***Piena funzionalità dei percorsi AFA ed EFA negli ambiti previsti a livello regionale dopo adeguata formazione nei confronti dei MMG.***

- 6.8. Identificare precocemente le donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella (e dell'ovaio) e monitorarne l'andamento;
- 6.8.a ***Offerta di valutazione rischio eredo-familiare alle donne esaminate in screening.***
- 6.9. Anticipare le diagnosi e ridurre la trasmissione di HIV e TB;
- 6.9.a ***% di offerta del test per la diagnosi di infezione da HIV presso i SerT della regione sugli utenti in carico;***
- 6.9.b ***% operatori sanitari formati per diagnosi precoce di tubercolosi.***
- 6.10. Promozione dell'adesione consapevole ai programmi vaccinali in specifici gruppi a rischio e monitoraggio dell'attività;
- 6.10.a ***Istituzione di un campo obbligatorio nella scheda informatizzata di dimissione ospedaliera con l'indicazione alle vaccinazioni contro l'influenza e contro le MIB.***
- 6.11. Monitoraggio dei consumi di antibiotici e campagne informative per l'uso appropriato di questi farmaci in ambito umano e veterinario;
- 6.11.a ***Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende sanitarie.***
- 6.12. Sistemi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.
- 6.12.a ***Proporzione di strutture ospedaliere, appartenenti ad aziende sanitarie e aziende ospedaliere, aderenti alla Circolare "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26/02/2013, sul totale delle strutture ospedaliere.***

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI E PER L'INTEGRAZIONE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2016/111

data 26/01/2016

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

omissis

L'assessore Segretario: Costi Palma

Il Responsabile del Servizio

Affari della Presidenza