



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 30/21 del 16.6.2015

# **PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## **SOMMARIO:**

### **Parte Generale**

#### **Sezione A Programmi**

- P - 1.1 Una scuola in salute
- P - 1.2 Comunità in salute
- P - 1.3 Identificazione precoce dei soggetti a rischio malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e presa in carico sistemica
- P - 1.4 Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening e presa in carico sistemica
- P - 2.1 Screening dei disturbi sensoriali neonatali
- P - 3.1 Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica
- P - 5.1 Prevenzione degli incidenti stradali e riduzione della gravità dei loro esiti
- P - 6.1 Prevenzione degli incidenti domestici
- P - 7.1 Prevenzione degli infortuni
- P - 7.2 Prevenzione delle malattie professionali
- P - 7.3 Consolidamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato
- P - 7.4 Miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e della compliance
- P - 8.1 Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali
- P - 8.2 Supporto alle politiche ambientali
- P - 8.3 Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche
- P - 9.1 Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni
- P - 9.2 Sviluppo e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e risposta alle emergenze infettive
- P - 9.3 Programma di lotta alla Tubercolosi e alle infezioni da HIV
- P - 9.4 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico - resistenza
- P - 10.1 Integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare
- P - 10.2 Promozione della sicurezza nutrizionale
- P - 10.3 Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche
- P - 10.4 Prevenzione delle malattie trasmissibili tramite vettori animali
- P - 10.5 Prevenzione del randagismo

#### **Sezione B Piano di monitoraggio e valutazione del PRP**





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

attività di controllo e della compliance										
P-8.1 Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali										
P-8.2 Supporto alle politiche ambientali										
P-8.3 Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche										
P-9.1 Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni										
P-9.2 Sviluppo e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e risposta alle emergenze infettive										
P-9.3 Programma di lotta alla Tubercolosi e alle infezioni da HIV										
P-9.4 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico - resistenza										
P-10.1 Integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare										
P-10.2 Promozione della sicurezza nutrizionale										
P-10.3 Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche										
P-10.4 Prevenzione delle malattie trasmissibili tramite vettori animali										
P-10.5 Prevenzione del randagismo										

In data 25.03.2015 è stato sancito l'Accordo Stato-Regioni n. 56/CSR sul documento "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 – Documento di valutazione", che stabilisce i criteri per la valutazione e la certificazione dei PRP da parte del Ministero della Salute come prescritto dall'Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13.11.2014.

Tale documento stabilisce, tra l'altro, che la struttura del PRP deve prevedere:

- l'esplicitazione del Quadro Logico regionale (QLr) con:
  - la definizione di programmi regionali, il più possibile integrati in modo tale da poter includere più obiettivi centrali nello stesso programma;
  - le popolazioni destinatarie dei programmi;
  - gli obiettivi specifici, e relativi indicatori e standard, funzionali al raggiungimento del corrispondente obiettivo centrale;
  - le azioni con cui dare attuazione alle strategie definite nel Quadro Logico centrale (QLc);
- il Piano di monitoraggio e valutazione del PRP che definisce:
  - gli indicatori del QLc (indicatori centrali);
  - gli standard regionali al 2018 degli indicatori dei QLc;
  - gli indicatori sentinella, da individuare tra gli indicatori di processo di ogni programma, che devono essere idonei a valutare e documentare l'avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici esplicitandone definizione, fonte informativa, numeratore, denominatore, formula di calcolo, valore baseline ed i relativi standard per ogni anno.

Nell'elaborazione del PRP, si è provveduto a sviluppare i 24 Programmi secondo il "Format" di cui alla nota del Ministero della Salute DGPRE 0009129-P-03/03/2015 che, oltre a permettere di uniformare l'attività di



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

pianificazione, ha consentito di programmare coerentemente con principi, criteri e metodi del PNP e con il Documento di valutazione.

In coerenza con quanto sopra, il PRP è composto dalle seguenti Sezioni:

A Programmi, ciascuno dei quali articolato in:

- descrizione, obiettivi generali, indicatori di programma con relativi valori di partenza (baseline) e relativi valori attesi (standard) al 2018;
- quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del programma, con indicazione per ogni azione di obiettivo specifico, relativi indicatori, fonte di verifica, formula di calcolo, valore di partenza e valori attesi per ogni anno; complessivamente, per i 24 programmi, sono state definite 101 azioni:
- pianificazione di ciascuna azione, con descrizione dell'azione e indicazione di gruppo beneficiario prioritario, setting identificato per l'azione, gruppi di interesse, prove di efficacia, trasversalità, attività principali, rischi e management dei rischi, sostenibilità;
- cronogramma di ciascuna azione, con indicazione per ogni attività principale della medesima del Responsabile e del dettaglio temporale trimestrale;

B Piano di monitoraggio e valutazione del PRP che - come stabilito nel punto 3.5.2 del succitato Documento di valutazione e nel punto 16 dell'Allegato 2 di tale Documento - comprende per ciascuno dei 24 Programmi i seguenti elementi riportati in apposite griglie:

- gli indicatori centrali del QLc con
  - i valori baseline nazionali e regionali;
  - i valori attesi al 2018 (standard) a livello nazionale, corrispondenti a quelli riportati nell'Allegato 1 del predetto Documento di valutazione, e a livello regionale, individuati tenuto conto dei suddetti standard nazionali, della differenza tra il rispettivo valore baseline regionale e lo standard nazionale, dei programmi messi in campo;
- gli indicatori sentinella del QLr con esplicitazione di:
  - definizione;
  - fonte informativa;
  - formula di calcolo;
  - valore baseline;
  - relativi standard per ogni anno.

Il PRP fornisce un quadro strategico, a valenza pluriennale, delle attività di prevenzione e di promozione della salute e individua e definisce, operativamente, in modo uniforme a livello regionale, i 24 Programmi con i quali sono perseguiti gli obiettivi centrali e i relativi indicatori fissati a livello nazionale, mediante azioni funzionali alla loro realizzazione.

Al fine garantire la più ampia partecipazione sin dalla fase della pianificazione dei principali attori della prevenzione e promozione della salute sono stati coinvolti sia gli operatori appartenenti al settore sanitario, sia gli operatori di altri settori, nel rispetto del principio della trasversalità e dell'intersectorialità. Allo scopo sono stati costituiti appositi Gruppi di Programmazione che hanno complessivamente interessato 146 operatori sanitari e non, che hanno contribuito a sviluppare i 24 Programmi del PRP.

I Programmi sono connotati dalla sostenibilità nel tempo e pertanto le azioni programmate dovranno integrarsi nell'attività ordinaria del Servizio Sanitario Regionale. Quindi, nell'ottica della sostenibilità, dovrà essere ottimizzato l'aspetto organizzativo poiché l'organizzazione sanitaria è un determinante della qualità e dell'efficacia degli interventi.

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL dovrà garantire il ruolo di stewardship e governance del Piano a livello locale, rappresentando il motore per l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste. Il Dipartimento di Prevenzione dovrà essere sostenuto, in questo suo ruolo, dalle Direzioni Generali e Sanitarie delle ASL, attraverso gli opportuni strumenti di coinvolgimento delle strutture aziendali interessate dalle azioni del PRP.

Per ottimizzare e facilitare le attività di Piano saranno costituiti appositi Gruppi di lavoro per le azioni di formazione e comunicazione.

Il PRP si integra nell'ambito della più complessiva programmazione regionale, con particolare riferimento al Programma Regionale di Sviluppo (PRS) 2014-2019 e precisamente con le seguenti strategie del PRS:



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- “Strategia 1. Investire sulle persone”, che prevede azioni per migliorare l’offerta formativa, ridurre la dispersione scolastica, aumentare il numero dei diplomati e le competenze, creare opportunità di lavoro (azione 1.1.1), rendere l’Università un luogo accogliente capace di offrire eque opportunità agli studenti capaci e meritevoli (azione 1.2.1), garantire agli studenti sardi un’offerta formativa ampia e di qualità, spendibile nel mondo del lavoro e integrata nel territorio regionale (azione 1.2.3).
- “Strategia 3. Una società inclusiva”, che prevede:
  - riguardo alla Promozione della Salute, azioni per la promozione di comportamenti alimentari salutari (azione 3.2.1), la lotta al tabagismo (azione 3.2.2), il contrasto ai consumi rischiosi di alcol (azione 3.2.3), la promozione dell’attività fisica (azione 3.2.4), la guida sicura (azione 3.2.5),
  - riguardo alle Politiche per il sostegno e l’inclusione sociale, azioni per la promozione dell’inclusione e della partecipazione attiva e delle pari opportunità (azione 3.3.3), l’inclusione sociale di persone a rischio di marginalità (azione 3.3.4), il supporto alle famiglie e alla genitorialità (azione 3.3.5), l’attivazione di servizi ed i interventi per la non autosufficienza (azione 3.3.6),
  - riguardo alla Promozione delle attività sportive, azioni per il rafforzamento dei programmi di attività motoria (azione 3.4.1) e dell’attività sportiva all’interno delle scuole (azione 3.4.2),
  - riguardo alla tutela della salute animale, azioni per il monitoraggio e controllo costante delle cause e degli effetti delle epizootie (azione 3.5.1), il contrasto delle epizootie e il sostegno alla tutela della salute animale (azione 3.5.2),
- “Strategia 4. Beni Comuni”, che prevede azioni relative alla pianificazione regionale per la tutela e risanamento della risorsa idrica e per la razionalizzazione dell’uso dell’acqua (azione 4.2.1), ad attività di monitoraggio ambientale (azione 4.2.2), alla revisione del Piano regionale di gestione dei rifiuti (azione 4.3.2), (azione 3.3.6), a interventi di bonifica su aree, strutture ed edifici con presenza di amianto (azione 4.4.2), a misure tecniche volte alla riduzione delle emissioni in atmosfera nelle aree di risanamento o a rischio di superamento (azione 4.4.3), a misure non tecniche finalizzate al contenimento delle emissioni in atmosfera su tutto il territorio regionale (azione 4.4.4),

Nel PRP è stato applicato un approccio per setting in particolare nell’area della promozione della salute, specificamente nel Programma “P-1.1 Una scuola in salute” - che persegue gli obiettivi centrali relativi alla promozione della salute nel setting scuola ed è integrato da alcuni obiettivi centrali presenti nei Macro obiettivi 3, 4, 7, 8 in quanto pertinenti alla popolazione target - e nel Programma “P-1.2 Comunità in salute” che ricomprende gli obiettivi centrali di promozione della salute da sviluppare nell’ambito dei setting Servizio Sanitario Regionale, luoghi di lavoro, comunità locale.

La lotta alle disuguaglianze rappresenta una delle priorità di intervento del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP), che deve essere tradotta operativamente in interventi specifici all’interno delle Azioni Centrali e dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP). Vari fattori di rischio evidenziati nel PNP presentano disuguaglianze di esposizione che spiegano una quota significativa delle disuguaglianze di mortalità, tanto da giustificare un investimento di health equity audit sulle rispettive azioni del PRP.

Allo scopo di identificare i fattori di rischio più promettenti per la riduzione delle disuguaglianze a livello regionale, sulle cui relative azioni di contrasto fare un health equity audit, si è seguito il seguente percorso con l’ausilio del Servizio di Epidemiologia della ASL TO3 della Regione Piemonte:

Si è, innanzitutto, redatta la lista dei Macro obiettivi del PNP e dei relativi fattori di rischio aggredibili attraverso il contrasto alle disuguaglianze di salute.

Per guidare la scelta degli interventi preventivi più promettenti in termini di riduzione delle disuguaglianze, sono stati poi calcolati, come sintetizzato nella successiva tabella, per la popolazione regionale di più di 20 anni stratificata per genere:

- la prevalenza dei principali indicatori disponibili a livello regionale di esposizione a quei fattori di rischio, quale misura della diffusione del fattore di rischio in una determinata popolazione (nella maggioranza degli indicatori la popolazione di riferimento è quella generale, per alcune variabili invece si è scelto un suo sottogruppo, come, per esempio, per le variabili sulle esposizioni ai rischi lavorativi, calcolate sul totale degli occupati che, a loro volta, sono solo una frazione di tutta la popolazione); maggiore è la prevalenza, maggiore è ovviamente la rilevanza del problema in termini di salute pubblica;
- la frazione attribuibile alle disuguaglianze sociali (PAR), ossia il contributo delle disuguaglianze sociali a tale esposizione e quindi la quota di esposti ai fattori di rischio che potrebbe essere evitata se si annullassero le disuguaglianze sociali nella salute, misurate attraverso il livello di istruzione



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- raggiunto, che esprime di quanto si potrebbero ridurre gli esposti ad un determinato fattore di rischio se l'intera popolazione assumesse i comportamenti dei più istruiti. Tale contributo è stato calcolato tenendo in considerazione la variabilità nelle differenze sociali per 4 macro fasce di età (20-34 anni, 35-49 anni, 50-64 anni e 65 o più anni) e sintetizzando poi i differenti risultati in un unico indicatore;
- l'impatto specifico nella popolazione di riferimento, che misura la percentuale di riduzione della prevalenza del problema sulla popolazione esposta ad un fattore di rischio se venissero eliminate tali disuguaglianze; rispetto alla frazione attribuibile (che dipende unicamente dalla grandezza delle differenti esposizioni associate alle diverse categorie del titolo di studio e dalla distribuzione del titolo di studio nella popolazione) tiene dunque in considerazione anche il livello generale della prevalenza di un fattore di rischio; anche in questo caso sono state prese in considerazione le 4 predette fasce di età;
  - l'impatto su tutta la popolazione, che misura la percentuale di riduzione della prevalenza del problema sul totale della popolazione (e non solo sulla frazione di popolazione esposta al fattore di rischio) qualora si eliminassero le disuguaglianze di esposizione al fattore di rischio in esame.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Tabella: Elenco dei fattori di rischio corrispondenti ai Macro obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione, della loro prevalenza e della loro aggredibilità in termini di disuguaglianze sociali. Sardegna**

Macro obiettivo		Fattori di rischio	Prevalenza (%)		PAR (%)		Impatto pop. spec. (%)	Impatto su tutta la popolazione (%)
			M	F	M	F		
MO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	Alimentazione non corretta (aumento consumo frutta e verdura, riduzione consumo sale)	No frutta e verdura	38,1%	34,8%	21,2%	15,3%	6,5%	6,5%
		Carni	55,8%	64,4%	12,8%	-4,3%	2,0%	2,0%
		Grassi	12,3%	11,3%	23,5%	34,3%	3,4%	3,4%
	Allattamento esclusivo al seno	Non allattamento al seno	/	36,3%	/	20,7%	7,6%	0,4%
	Sedentarietà	Inattività fisica	66,4%	68,9%	13,3%	10,2%	7,9%	7,9%
	Fumo (ridurre il numero di fumatori = prevenzione + cessazione; ridurre fumo passivo)	Fumo	27,9%	16,1%	30,5%	22,2%	6,0%	6,0%
		Forti fumatori	15,5%	5,5%	39,9%	-12,4%	2,6%	2,6%
	Consumo dannoso di alcool (cronico e binge drinking)	Alcol	46,2%	11,1%	17,9%	-14,5%	3,2%	3,2%
	Sovrappeso/obesità	BMI>25	54,5%	33,4%	13,8%	38,4%	10,2%	10,2%
		BMI>30	10,9%	9,3%	21,2%	74,1%	4,7%	4,7%
	Iperensione	Iperensione	20,4%	21,8%	22,3%	0,9%	2,4%	2,4%
	Dislipidemia	Ipercolesterolemia	34,3%	36,6%	10,9%	16,0%	4,8%	3,5%
	Iperglicemia	Diabete	6,7%	7,8%	11,2%	56,0%	2,6%	2,6%
	Lesioni precancerose e cancerose iniziali per i carcinomi della cervice uterina, della mammella del colon retto	Non uso screening ca mammella	/	50,9%	/	30,2%	15,4%	2,5%
Non uso screening ca colon-retto		18,4%	16,9%	-77,0%	-30,6%	-9,5%	-3,2%	
Non uso screening ca cervice		/	55,2%	/	40,1%	22,1%	7,4%	
MO 2: Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	Cause congenite per ipoacusia e sordità	Sordità	2,2%	2,6%	36,9%	34,4%	0,9%	0,9%
	Cause congenite per ipovisione e cecità	Cecità	0,9%	1,2%	31,5%	69,3%	0,6%	0,6%
MO 3: Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	Fattori di rischio organici che si correlano alla salute mentale							
	Fattori di protezione e di rischio sociali che si correlano alla salute mentale	Disoccupazione parentale	24,0%	25,8%	27,4%	44,7%	8,8%	2,6%
	Fattori di protezione e di rischio socio-emozionali che si correlano alla salute mentale							
MO 4: Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti	Determinanti ambientali per dipendenza sostanze e gioco d'azzardo patologico	Utilizzatori abituali di droghe	0,5%	0,1%	68,3%	48,4%	0,2%	0,2%
		Gambling	0,0%	0,0%	24,5%	41,0%	0,0%	0,0%
MO 5: Prevenire gli incidenti	Comportamenti a rischio correlati agli incidenti stradali	Non uso dei dispositivi di	73,2%	73,2%	-1,8%	-1,8%	-1,3%	-1,1%







REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Si è proceduto in seguito ad ordinare, in ordine decrescente di impatto su tutta la popolazione, i diversi fattori di rischio, al fine di facilitare l'individuazione dei fattori di rischio (e, quindi, delle azioni del PRP) più promettenti per possibile impatto sulla popolazione, in termini di riduzione di prevalenza, derivante dall'eliminazione delle differenze sociali nell'esposizione, come compendiate nella seguente tabella, dalla quale si evince che in Sardegna tali fattori di rischio più promettenti sono:

- BMI>25,
- non sicurezza delle abitazioni,
- inattività fisica

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

Macro obiettivo	Fattori di rischio	Impatto su tutta la popolazione (%)
		M+F
MO 1	BMI>25	10,2%
MO6	Non sicurezza delle abitazioni	8,7%
MO 1	Inattività fisica	7,9%
MO 1	Non uso screening ca cervice	7,4%
MO 1	No frutta e verdura	6,5%
MO 1	Fumo	6,0%
MO 7	Fattori ergonomici	5,7%
MO 7	Rischio infortuni	5,2%
MO 7	Rumori	4,9%
MO 7	Esposizione a polveri, gas, esalazioni cancerogene	4,7%
MO 1	BMI>30	4,7%
MO 1	Ipercolesterolemia	3,5%
MO 1	Grassi	3,4%
MO 1	Alcol	3,2%
MO 1	Forti fumatori	2,6%
MO 1	Diabete	2,6%
MO 3	Disoccupazione parentale	2,6%
MO 1	Non uso screening ca mammella	2,5%
MO 1	Iperensione	2,4%
MO 1	Carni	2,0%
MO6	Inattività fisica negli anziani	1,5%
MO 7	Cattivo stato di salute	1,1%
MO 5	Guida in stato di ebbrezza	1,0%
MO 7	Carico di lavoro	0,9%
MO 2	Sordità	0,9%
MO 2	Cecità	0,6%
MO 9	Vaccinazione antinfluenzale	0,4%
MO 1	Non allattamento al seno	0,4%
MO 4	Utilizzatori abituali di droghe	0,2%



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<i>MO 4</i>	Gambling	0,0%
<i>MO 7</i>	Discriminazione	-0,5%
<i>MO 5</i>	Non uso dei dispositivi di sicurezza posteriori	-1,1%
<i>MO 1</i>	Non uso screening ca colon-retto	-3,2%

Si è, infine, proceduto ad analizzare i fattori di rischio sulla base di criteri di:

- rilevanza, valutata come carico di malattia per l'intera popolazione sarda,
- fattibilità, in termini di azioni di provata efficacia, accettabilità sociale, paradigmaticità.

I fattori di rischio (e relative azioni di contrasto) prioritari per impatto sulla popolazione derivante dall'eliminazione delle differenze sociali nell'esposizione e per rilevanza e fattibilità sono risultati:

- BMI>25,
- inattività fisica,

peraltro strettamente correlati e sviluppati nell'ambito del Programma "P-1.2 Comunità in Salute" del PRP.

Pertanto, si sceglie di fare un progetto di health equity audit su tali fattori di rischio.

Per tale scopo, si rendono necessarie anche azioni di sistema rivolte in particolare alla costruzione di competenze (capacity building) degli operatori, con il supporto tecnico della Regione Piemonte, Servizio di Epidemiologia della ASL TO3, responsabile dell'esecuzione del Progetto CCM 2014 "Equity audit nei Piani Regionali di Prevenzione in Italia".



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

# **PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018**

## **SEZIONE A: PROGRAMMI**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018

### SEZIONE A: PROGRAMMI

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 53/28 del 29.12.2014 - in ottemperanza a quanto stabilito nell'art. 1, c. 2, dell'Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13.11.2014 - si è provveduto a individuare in via preliminare - sulla base dell'analisi del contesto regionale, del profilo di salute e della continuità con quanto conseguito nel precedente Piano Regionale della Prevenzione, illustrata in dettaglio nell'allegato al medesimo provvedimento - i 24 Programmi da sviluppare nel Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018.

In data 25.03.2015 è stato sancito l'Accordo Stato-Regioni n. 56/CSR sul documento "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 – Documento di valutazione", che stabilisce i criteri per la valutazione e la certificazione dei PRP da parte del Ministero della Salute al quale è affidato il coordinamento dell'attuazione del PNP, come prescritto nell'art. 1, c. 6, della summenzionata Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13.11.2014.

Tale documento stabilisce, tra l'altro, che la struttura del PRP deve prevedere l'esplicitazione del Quadro Logico regionale (QLr) con:

- la definizione di programmi regionali, il più possibile integrati in modo tale da poter includere più obiettivi centrali nello stesso programma;
- le popolazioni destinatarie dei programmi;
- gli obiettivi specifici, e relativi indicatori e standard, funzionali al raggiungimento del corrispondente obiettivo centrale;
- le azioni con cui dare attuazione alle strategie definite nel Quadro Logico centrale (QLc).

Nella presente sezione "Programmi" del PRP, si è provveduto a sviluppare i Programmi (preliminarmente individuati con la predetta Delib.G.R. n. 53/28 del 29.12.2014) secondo il "Format" di cui alla nota del Ministero della Salute DGPRES 0009129-P-03/03/2015 che, oltre a permettere di uniformare l'attività di pianificazione, ha consentito di programmare coerentemente con principi, criteri e metodi del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 e con il suddetto Documento di valutazione di cui all'Accordo Stato-Regioni n. 56/CSR del 25.03.2015.

In coerenza con quanto sopra, ciascuno dei 24 Programmi del PRP è articolato in:

- descrizione, obiettivi generali, indicatori di programma con relativi valori di partenza (baseline) e relativi valori attesi (standard) al 2018;
- quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del programma, con indicazione per ogni azione di obiettivo specifico, relativi indicatori, fonte di verifica, formula di calcolo, valore di partenza e valori attesi per ogni anno;
- pianificazione di ciascuna azione, con descrizione dell'azione e indicazione di gruppo beneficiario prioritario, setting identificato per l'azione, gruppi di interesse, prove di efficacia, trasversalità, attività principali, rischi e management dei rischi, sostenibilità;
- cronogramma di ciascuna azione, con indicazione per ogni attività principale della medesima del Responsabile e del dettaglio temporale trimestrale.

Fanno pertanto parte integrante della presente Sezione A le schede relative ai seguenti Programmi:

P-1.1 Una scuola in salute

P-1.2 Comunità in salute

P-1.3 Identificazione precoce dei soggetti a rischio malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e presa in carico sistemica

P-1.4 Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening e presa in carico sistemica



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- P-2.1 Screening dei disturbi sensoriali neonatali
- P-3.1 Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica
- P-5.1 Prevenzione degli incidenti stradali e riduzione della gravità dei loro esiti
- P-6.1 Prevenzione degli incidenti domestici
- P-7.1 Prevenzione degli infortuni
- P-7.2 Prevenzione delle malattie professionali
- P-7.3 Consolidamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato
- P-7.4 Miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e della compliance
- P-8.1 Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali
- P-8.2 Supporto alle politiche ambientali
- P-8.3 Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche
- P-9.1 Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni
- P-9.2 Sviluppo e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e risposta alle emergenze infettive
- P-9.3 Programma di lotta alla Tubercolosi e alle infezioni da HIV
- P-9.4 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico - resistenza
- P-10.1 Integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare
- P-10.2 Promozione della sicurezza nutrizionale
- P-10.3 Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche
- P-10.4 Prevenzione delle malattie trasmissibili tramite vettori animali
- P-10.5 Prevenzione del randagismo

## Programma P- 1.1: Una scuola in salute

### Descrizione del programma

La scuola è un ambito privilegiato di intervento per la promozione della salute, poiché, ospitando i giovani per gran parte del tempo e fungendo da importante contesto di socializzazione ed apprendimento, rappresenta un potenziale formativo e relazionale imprescindibile. Le azioni che coinvolgono anche la comunità extrascolastica inoltre, rendono più efficaci gli interventi nelle scuole svantaggiate per la presenza di studenti appartenenti a nuclei di basso livello socio-culturale o a minoranze etniche.

Una scuola che promuove salute si impegna a realizzare interventi ed azioni volti a sostenere e migliorare le condizioni di salute ed il benessere di tutti i suoi membri. Promozione viene dunque a coincidere con empowerment, intesa come l'insieme di strategie che consentano ai giovani di assumersi responsabilità propositive riguardo la propria salute e quella della collettività.

I dati epidemiologici forniti dalle indagini ISTAT e dal *Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 6- 17 anni* (Okkio alla Salute e HBSC), consentono di descrivere lo stato di salute della popolazione giovanile nelle varie fasce di età. I dati dell'indagine Okkio alla Salute 2012, rilevano che in Sardegna il 25% dei bambini fra i 6 e gli 11 anni, presenta un eccesso ponderale e il 21% non pratica attività fisica. L'eccesso ponderale riguarda inoltre 1 ragazzo su 7, circa 14% secondo il report HBSC Sardegna 2009-2010, con percentuali simili nelle fasce di età indagate 11, 13 e 15 anni.

Una recente revisione (Istisan 15/1) orientata ad identificare gli interventi di maggior efficacia per la prevenzione dell'obesità infantile, ha evidenziato la validità degli interventi intersettoriali e multicomponenti realizzati nel *setting-scuola*, con l'età ideale per gli interventi identificata nella fascia 6-12 anni.

Con riferimento ai **comportamenti detti "a rischio" negli adolescenti**, secondo i dati dell'indagine HBSC (2010), i ragazzi sardi fumano di più dei loro coetanei italiani e **l'abitudine di fumare** almeno una volta la settimana, cresce con l'età del fumatore (1 % negli 11 enni, 10% nei 13 enni e 25% nei 15 enni). Ciò colloca la percentuale di ragazzi sardi fumatori al di sopra delle medie nazionali per le età indagate (valori di riferimento nazionali 0.5% negli 11 enni, 4% nei 13 enni e 19% nei 15 enni). Con riferimento al **consumo di alcool**, nella nostra regione la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver mai bevuto bevande alcoliche, con percentuali decrescenti nelle tre fasce di età (mai 75% negli 11enni, 47% nei 13enni, 28% nei 15enni) a testimonianza di un'abitudine che tende a consolidarsi con l'aumento dell'età. Circa il 13 % dei ragazzi, invece, ha dichiarato di consumare alcool almeno 1 volta la settimana, con percentuali di consumatori che crescono col crescere dell'età (4% negli 11 enni, 11% nei 13 enni e 25% nei 15 enni). Il maggior consumo di alcol è concentrato nel fine settimana con un andamento direttamente proporzionale all'età degli intervistati (6% degli 11 enni, 14% dei 13 enni e 28% dei 15 enni) sebbene il 5% dei 15enni riferisca di bere alcol ogni giorno. Il fenomeno del "binge drinking", ovvero il consumo di 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione, cresce con l'età arrivando ad essere riferito dal 50% dei maschi 15enni intervistati e dal 31% delle 15enni femmine contro una media nazionale pari rispettivamente al 39 e 24% (HBSC report nazionale 2010).

Fra i comportamenti a rischio è stata indagata anche l'abitudine all'**uso della cannabis** "almeno una volta nella vita". I dati nazionali riportano che, fra i 15enni, il 22% dei maschi e l'11% delle femmine riferisce di avere fatto uso di cannabis. In Sardegna i valori appaiono nettamente superiori alla media nazionale attestandosi al 32% nei maschi e al 19% nelle femmine. I dati confermano la necessità di programmare interventi di promozione alla salute che possano rendere i giovani consapevoli dei rischi correlati a stili di vita non salutari e implementare l'adesione a specifici programmi. Con riferimento alle altre tematiche che saranno affrontate nel PRP, i dati di sorveglianza HBSC disponibili consentono di rilevare che la frequenza di **infortuni** è simile fra i ragazzi sardi e quelli italiani, e sebbene le differenze di genere siano piccole, i maschi tendono sempre ad avere più infortuni. Il trend degli infortuni nelle diverse fasce d'età e nei generi conferma che le categorie più attive sono anche quelle più soggette a infortuni. Con riferimento al rischio infortuni il PRP riprenderà le tematiche orientate alla prevenzione del rischio in ambiente domestico e in ambito lavorativo. Specifici interventi saranno programmati per la Prevenzione degli Incidenti Stradali.

Nell'ambito dei vari determinanti ambientali di salute nella popolazione scolastica, il presente programma focalizza la sua attenzione su due fattori: l'eccessiva esposizione al sole e lo scorretto uso dei Telefoni Mobili.

L'eccessiva esposizione al sole, insieme a fattori genetici, è da sempre considerata un fattore causale per il melanoma. Si tratta di un tumore che insorge in giovane età e attualmente in Italia costituisce il terzo tumore più frequente in entrambi i sessi al di sotto dei 49 anni. L'esposizione intermittente e prolungata, come nell'attività sportiva all'aria aperta, negli sport acquatici ed in aree soleggiate, sembra svolgere un ruolo maggiore rispetto all'età in cui ci si espone al sole, anche se

l'esposizione in età infantile/adolescenziale determina un maggior rischio rispetto all'età più avanzata. Altro aspetto rilevante è l'esposizione crescente a fonti UV artificiali che, secondo numerosi studi, appaiono correlate ad un significativo aumento del rischio di melanoma nei soggetti che fanno uso di lampade e/o lettini per l'abbronzatura e tale rischio è maggiore se l'esposizione avviene in giovane età.

La correlazione fra possibile rischio oncogeno e uso dei Telefoni Mobili (cellulari analogici, digitali, e cordless) è stata oggetto di revisioni scientifiche ma l'interpretazione dei risultati delle ricerche è tuttora oggetto di discussione per gli esiti contraddittori cui si è giunti. Le evidenze scientifiche attualmente disponibili tendono ad escludere effetti sanitari avversi correlati all'uso dei telefonini, sebbene non sono ancora disponibili osservazioni a distanze superiori ai 15 anni dall'inizio dell'uso e soprattutto per esposizioni iniziate durante l'infanzia e l'adolescenza.

Il PRP vuole cogliere il principio di minimizzazione del rischio programmando la realizzazione di azioni volte ad informare soprattutto i giovani rendendoli consapevoli di un rischio correlato al proprio comportamento e inducendo scelte responsabili sia nell'uso della telefonia mobile che nell'esposizione volontaria a fonti UV.

Tutti gli interventi proposti dal programma *Una Scuola in Salute* saranno divulgati attraverso il Network Scuola e Salute (NeSS), nato per informare e formare gli operatori che si occupano di prevenzione e promozione della salute nelle scuole, e già promotore su tutto il territorio regionale di *Unplugged*, un programma evidence based per la lotta alle dipendenze da fumo, alcol e droghe.

Tutte le azioni proposte nel programma *Una Scuola in Salute* sono connesse tra di loro e attuate insieme moltiplicano la loro efficacia: una singola azione può essere efficace per prevenire molti problemi e un singolo problema di salute può essere prevenuto con il contributo sinergico di più azioni. Dal punto di vista metodologico, le azioni di *Una Scuola in Salute* verranno elaborate attraverso la promozione delle Life Skills, che seguono un approccio comprensivo e multidisciplinare, e che vedono nella scuola il contesto più appropriato per il loro sviluppo. L'utilizzazione delle modalità di apprendimento partecipativo, interattivo e spontaneo tra pari, la valorizzazione e l'acquisizione delle Life Skill e la promozione di processi di empowerment avverrà attraverso l'approccio innovativo della Peer Education.

Il contrasto al carico delle MCNT non può prescindere da azioni di impatto sui determinanti di salute e per questo si ritiene indispensabile individuare modalità di informazione e formazione condivise fra i vari enti coinvolti. Si ritiene che la diffusione e l'utilizzo di programmi di influenza sociale siano elementi indispensabili per facilitare le azioni di comunicazione e formazione degli operatori che potranno così costituire una rete regionale di operatori per la promozione della salute a scuola che, acquisendo, condividendo e consolidando una metodologia adeguata e scientificamente avanzata per la promozione della salute, potranno rispondere adeguatamente ai bisogni di salute nelle diverse aree regionali.

Al fine di poter misurare scostamenti dai valori di riferimento e contestualmente individuare aree di rischio da sviluppare nel ciclo della programmazione, il programma *Una Scuola in Salute* prevede il consolidamento del *Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 6- 17 anni* (Okkio alla Salute e HBSC) grazie alla rappresentazione periodica del campione a livello territoriale ed alla puntuale comunicazione dei risultati ai diversi target (diretti interessati, operatori della scuola, enti ed istituzioni locali di riferimento).

## Obiettivi generali e indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P-1.1 Una scuola in salute</b>	1.1 Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	1.1.1 Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	Da definire nell'ambito delle Azioni centrali di supporto al PNP di cui al Paragrafo 1.3 del PNP 2014-2018 (Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014)			
		1.1.2 Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi				



1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol) nella popolazione giovanile ed adulta	1.3.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Ogni regione individua il proprio valore baseline	Non rilevato	Ogni regione individua il suo standard <sup>1</sup>	+15%
3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	3.1.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Ogni regione individua il proprio valore baseline	Non rilevato	Ogni regione individua il suo standard <sup>1</sup>	+15%
4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	4.1.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Ogni regione individua il proprio valore baseline	Non rilevato	Ogni regione individua il suo standard <sup>1</sup>	+30%
7.6 Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	7.6.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Ogni regione individua il proprio valore baseline	Non rilevato	Ogni regione individua il suo standard <sup>1</sup>	+15%
8.11 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	8.11.1 Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica	Non rilevato	Non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Evidenza di almeno un intervento come da indicatore 8.11.1

<sup>1</sup> Lo standard naz. è: 100% delle regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)

8.12 Sensibilizzare la popolazione soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	8.12.1 Interventi informativi alla popolazione in particolare ai giovani e giovanissimi sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	Non rilevato	Non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Evidenza di almeno un intervento informativo come da indicatore 8.12.1
--	--	--------------	--------------	--	--

### Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del programma P -1.1

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P -1.1.1</b> <b>Stesura di un Accordo quadro intersettoriale per la promozione della salute</b>	Creazione di un quadro interistituzionale per la promozione della salute per il setting scuola con approccio intersettoriale e coinvolgimento di enti e istituzioni della comunità	numero di Enti/ Istituzioni che hanno stipulato accordi/ protocolli d'intesa con la RAS <b>(indicatore sentinella)</b>	Documentazione comprovante gli accordi /protocolli d'intesa stipulati	numero di Enti/ Istituzioni che hanno stipulato accordi/ protocolli d'intesa con la RAS	0	0	1	2	3
<b>P -1.1.2</b> <b>Promozione del Network NeSS prioritariamente presso gli Enti e le Istituzioni aderenti all'Accordo – quadro di cui all'Azione 1.1.1</b>	Aumentare la conoscenza di metodologie e strumenti evidence based del NeSS presso gli Enti, le Istituzioni e gli operatori aderenti al network	Proporzione Istituzioni scolastiche (Istituti comprensivi, circoli didattici, singole scuole) che aderiscono al network NeSS per area territoriale <b>(indicatore sentinella)</b>	Documentazione comprovante l'adesione al network NeSS	<i>Numeratore:</i> Numero di Istituzioni scolastiche (Istituti comprensivi, circoli didattici, singole scuole) che aderiscono al network NeSS per area territoriale <i>Denominatore:</i> numero totale di Istituzioni scolastiche per area territoriale	0		10%	25%	40%

		Numero di iniziative di formazione e comunicazione sulla metodologia e gli strumenti del NeSS realizzati a favore degli operatori delle Istituzioni ed Enti aderenti al network <b>(indicatore sentinella)</b>	Registri di raccolta firme di partecipazione agli eventi informativi e documentazione inerente le iniziative di comunicazione	Numero di iniziative di formazione e comunicazione sulla metodologia e gli strumenti del NeSS realizzati a favore degli operatori delle Istituzioni ed enti aderenti al network	0	0	1	2	3
<b>P -1.1.3 Promozione dell'offerta di salute nelle scuole attraverso l'approccio evidence-based del NESS</b>	Creare un catalogo regionale NeSS di offerte intersettoriali per la promozione della salute nelle scuole	Numero di Interventi inseriti del catalogo regionale NESS <b>(indicatore sentinella)</b>	Evidenza documentale degli interventi inseriti nel catalogo regionale NeSS	Numero di interventi inseriti nel catalogo regionale NeSS	0	3	4	5	6
		Proporzione di Istituzioni scolastiche che hanno attivato almeno un intervento fra quelli inseriti nel catalogo regionale NeSS	Documentazione comprovante l'attivazione delle iniziative inserite nel catalogo (Regione ASL USR)	Numero di istituzioni scolastiche che hanno attivato almeno un intervento del catalogo NeSS/ Numero di istituzioni scolastiche presenti nel territorio regionale	0	0	10%	20%	30%

### Pianificazione delle azioni: azione P-1.1.1

<b>Azione P -1.1.1</b>	<b>Stesura di un Accordo quadro intersettoriale per la promozione della salute</b>
Descrizione	<p>Gli interventi più efficaci di promozione della salute, secondo gli organismi internazionali competenti, quali l'OMS e lo IUHPE (International Union for Health Promotion and Education), sono quelli in cui tutti i settori della società concorrono alla realizzazione degli obiettivi di salute come definiti dalla governance. L'approccio intersettoriale e multidisciplinare è lo strumento che permette di agire a livello locale, identificando le aree di massimo rischio e affrontando le disuguaglianze di salute nella popolazione.</p> <p>La stesura di un Accordo quadro intersettoriale che coinvolga i diversi attori del territorio rappresenta una modalità per responsabilizzare i decisori e facilitare l'operatività delle azioni. Già nel 2010 l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della RAS e l'Ufficio</p>

	Scolastico Regionale per la Sardegna hanno sottoscritto il Protocollo Regionale Scuola-Sanità che nasce in Sardegna nell'ambito del più ampio programma nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM del 4 maggio 2007). La presente Azione, a partire dall'esperienza del Protocollo Regionale Scuola-Sanità, intende creare un'ampia base condivisa di programmazione coinvolgendo Enti ed Istituzioni intersettoriali presenti della comunità.
Gruppo beneficiario prioritario	Scuola, Istituzioni, Comunità locale
Setting identificato per l'azione	Livello Istituzionale
Gruppi di interesse	Enti e Istituzionali Regionali, Enti locali, Associazioni di cittadini, Università Operatori del Servizio Sanitario (Servizi Territoriali, PLS, Dipartimenti di Prevenzione, SerD, Servizi Consultoriali) Operatori della scuola.
Prove di efficacia	La creazione di alleanze e la sinergia di conoscenze sono strategie che notoriamente conducono ad un coordinamento di azioni e quindi ad un miglioramento dello stato di salute e benessere della comunità. Una struttura di supporto alle politiche e un quadro normativo adeguato appaiono fondamentali per ottenere dei cambiamenti sostenibili nella comunità e, attraverso approcci multisettoriali, superare le disuguaglianze di salute. (Salute 2020, Carta di Toronto 2010 e 64esimo Rapporto del Comitato Regionale Europeo OMS Copenhagen 2014).
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	La stesura di piani intersettoriali prevede un attivo coinvolgimento dei seguenti settori, nell'ambito del pubblico, del privato e della società civile: sanità, industria, agricoltura, istruzione, turismo, urbanistica, trasporti, ambiente.
<b>Attività principali</b>	
P- 1.1.1.1 Analisi del contesto territoriale di riferimento	Effettuazione di un' indagine orientata ad identificare i vari portatori di interesse (Enti e le Istituzioni maggiormente rappresentati sul territorio) da coinvolgere per la definizione di Accordi interistituzionali.
P -1.1.1.2 Incontri con i Referenti Istituzionali	Realizzazione di incontri con i Referenti istituzionali degli Enti di cui all'attività 1.1.1.1. orientati ad identificare, elaborare, attuare o sostenere strategie condivise per le aree oggetto di Accordo. Particolare attenzione verrà posta nell'elaborazione delle strategie di coinvolgimento dei soggetti interessati, secondo un approccio improntato alla partecipazione attiva e l'empowerment istituzionale.
P -1.1.1.3 Stesura e sottoscrizione di un Accordo-Quadro interistituzionale	Tenuto conto delle due attività di cui sopra e di quanto già realizzato col Protocollo Scuola - Salute (2010), si procederà alla stesura di un Accordo-quadro che includa altri soggetti istituzionali e non, presenti nel territorio, al fine di porre le basi per una programmazione condivisa che impegni le parti in una reciproca responsabilità e risponda ai bisogni di salute della comunità locale.
Rischi e management dei rischi	Il rischio è la mancata adesione delle Istituzioni, Enti, Agenzie e associazioni. Il management dovrà quindi garantire un approccio improntato alla partecipazione attiva e all'empowerment istituzionale e non.
Sostenibilità	Il riconoscimento dell'importanza dei piani intersettoriali per la promozione alla salute a livello istituzionale, con impegni formali da parte degli Enti coinvolti nella realizzazione, l'aggiornamento ed il monitoraggio delle strategie adottate, costituisce una garanzia alla sostenibilità dell'azione qui proposta.

## Cronoprogramma azione P – 1.1.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -1.1.1.1</b> Analisi del contesto territoriale di riferimento	Gruppo di programmazione/regione															
<b>P -1.1.1.2</b> Incontri con i Referenti Istituzionali	Gruppo di programmazione/regione															
<b>P -1.1.1.3</b> Stesura e sottoscrizione di un Accordo-Quadro interistituzionale	Gruppo di programmazione/regione															

## Pianificazione delle azioni: azione P- 1.1.2

<b>Azione P -1.1.2</b>	<b>Promozione del Network NeSS prioritariamente presso gli Enti e le Istituzioni aderenti all'Accordo –quadro di cui all' Azione 1.1.1</b>
Descrizione	<p>Il NeSS (Network Scuola e Salute) è un'iniziativa dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna (RAS), in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale (USR) per la Sardegna. L'idea del NeSS nasce dalla rilevazione del bisogno diffuso di coordinare e razionalizzare gli interventi di promozione della salute nelle scuole della nostra isola. Nel 2009, in attuazione del Programma Nazionale Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari, la Giunta Regionale delibera l'implementazione in Sardegna del modello dello SHE Network, la rete europea delle scuole che promuovono la salute.</p> <p>Obiettivo della rete è sostenere le organizzazioni e i professionisti interessati fornendo una piattaforma comune di conoscenze e strumenti per le loro attività. Al NeSS possono affiliarsi sia i singoli operatori sia gli Enti che promuovono la salute nelle scuole. Al fine di diffondere la conoscenza del NeSS e promuoverne l'adesione verrà elaborato un piano di comunicazione e formazione destinato prioritariamente agli operatori degli Enti e delle Istituzioni aderenti all'Accordo-quadro di cui all'Azione 1.1.1.</p> <p>Attraverso il NeSS la Sardegna entrerà a far parte della grande rete europea dello SHE Network, una rete consolidata di 43 paesi della regione europea fondata nel 1992 e che, dal 2013, consente direttamente l'affiliazione ai network regionali. Con l'adesione formale allo SHE Network il NeSS potrà usufruire del supporto e dello scambio tra professionisti ed Istituzioni internazionali, nonché dell'accesso e dell'utilizzo di una serie di risorse quali pacchetti di formazione e materiali di comunicazione testati.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Enti ed Istituzioni operanti nell'ambito della promozione della salute nella scuola
Setting identificato per l'azione	Scuola, sanità, industria, agricoltura, istruzione, turismo, urbanistica, trasporti, ambiente.
Gruppi di interesse	Scuole, ASL, Associazioni di volontariato, Comuni, Province, Associazioni di categoria, Associazioni sportive etc..
Prove di efficacia	Nelle nazioni in cui è operativa la rete SHE Network, i risultati sono stati soddisfacenti e valutabili dalle evidenze internazionali di riferimento (Rete SHE, IUHPE, Agenda di Egmond - Olanda (2002), Risoluzione di Vilnius (2009) e nella Dichiarazione di Odense (2013)

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	La trasversalità dell'azione si concretizza nell'offerta attiva da parte del NeSS di formazione e risorse per Enti ed Istituzioni dei diversi settori ed attori aderenti agli Accordi di cui all'Azione 1.1.1
<b>Attività principali</b>	
<b>P -1.1.2.1</b> Revisione delle procedure di affiliazione al network NeSS	Ai fini della facilitazione della adesione al Network sarà necessario procedere alla revisione delle procedure di affiliazione alla rete, che si sono dimostrate, negli anni, di difficile attuazione.
<b>P -1.1.2.2</b> Sensibilizzare gli Enti e le Istituzioni di cui all'Azione 1 per favorirne l'adesione al NeSS	Attivazione di iniziative regionali di comunicazione orientate a far conoscere le rete NeSS, i principi metodologici e gli strumenti prioritariamente agli operatori degli Enti ed Istituzioni di cui all'Azione 1.1.1, con particolare riguardo agli operatori della sanità e della scuola.
<b>P -1.1.2.3</b> Attivazione dei percorsi di formazione sulla metodologia di programmazione del NeSS per gli operatori degli Enti e le Istituzioni di cui all'Azione 1	Attivazione di eventi formativi interistituzionali da svolgere a livello locale, al fine di diffondere la metodologia e gli strumenti del NeSS, nonché la conoscenza delle iniziative NeSS in offerta (vedi Azione 1.1.3).
Rischi e management dei rischi	L'esperienza pregressa indica che uno degli ostacoli maggiori alla diffusione del NeSS consiste nella gestione delle procedure informatiche di affiliazione al network. Prima di procedere alla comunicazione ed alla formazione su tali procedure sarà quindi opportuno rivedere le stesse ed eventualmente modificarle o integrarle tenuto conto dei reali livelli di alfabetizzazione informatica degli operatori e dell'organizzazione delle istituzioni scolastiche.
Sostenibilità	La sostenibilità è ampiamente provata dai network di scuole promotrici della salute esistenti in diversi paesi da diversi decenni.

## Cronoprogramma azione P - 1.1.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -1.1.2.1</b> Revisione delle procedure di affiliazione al network NeSS	Regione/ Gruppo dei referenti NeSS territoriali															
<b>P -1.1.2.2</b> Sensibilizzare gli Enti e le Istituzioni di cui all'Azione 1 per favorirne l'adesione al NeSS	Regione/ Gruppo dei referenti NeSS territoriali															
<b>P -1.1.2.3</b> Attivazione dei percorsi di formazione sulla metodologia di programmazione del NeSS per gli operatori degli Enti e le Istituzioni di cui all'Azione 1	Regione/ ASL - Gruppo dei referenti NeSS territoriali															

## Pianificazione delle azioni: azione P -1.1.3

Azione P -1.1.3	Promuovere l'offerta di salute nelle scuole attraverso l'approccio evidence-based del NeSS
Descrizione	<p>La presente azione si concretizza con l'adesione delle Istituzioni Scolastiche agli interventi inseriti nel catalogo NESS.</p> <p>Faranno parte del catalogo sia interventi già esistenti e di provata efficacia, sia interventi progettati secondo metodologie di provata evidenza scientifica e rispondenti a bisogni presenti nel territorio regionale così come descritti dai dati correnti disponibili, in particolare dalle indagini Istat e dalle sorveglianze di popolazione per età Okkio alla Salute e HBSC.</p> <p>Le evidenze scientifiche relative ai cambiamenti di comportamento in relazione alla capacità di acquisire ed elaborare le informazioni, hanno modificato l'interazione salute/scuola conducendo al modello condiviso delle Scuole che Promuovono Salute (HPS), promosso dal NeSS. Obiettivo del modello è quello di potenziare le abilità cognitive degli studenti puntando alla capacità di memorizzare, comprendere, applicare, analizzare, valutare e creare.</p> <p>I principi generali ispiratori degli interventi proposti mireranno a rafforzare i fattori protettivi e potenziare i comportamenti salutari nei giovani elaborando ed integrando le componenti ritenute efficaci dalla letteratura scientifica. Si fonderanno sul modello dell'influenza sociale e sulle Life Skills. Saranno dunque promossi nelle scuole percorsi di progettazione partecipata che coinvolgano tutti i target interessati. Per promuovere al meglio i processi di empowerment giovanile e di stimolare l'acquisizione di Life Skills, verrà favorita la metodologia di intervento della Peer Education.</p> <p>La collaborazione fra scuole di diverso ordine e grado, sarà garantita dal coinvolgimento di studenti e alunni di diverse fasce di età attraverso la metodologia della DisPeer Education, che si caratterizza per la maggiore differenza d'età tra studenti/alunni Peer Educator e studenti/alunni target degli interventi.</p> <p>I percorsi di progettazione partecipata prevedono anche il coinvolgimento della comunità extrascolastica nel rispetto dei principi di trasversalità e intersettorialità riconosciuti come requisiti fondamentali nei programmi di promozione di salute nella popolazione.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Comunità scolastica con target specifici di età per singolo intervento proposto
Setting identificato per l'azione	Scuola
Gruppi di interesse	Dirigenti, docenti, studenti e genitori dell'Istituzione scolastica coinvolta, Servizi sociosanitari delle ASL, Servizi socio educativi degli Enti Locali e Associazioni presenti nel territorio.
Prove di efficacia	Le metodologie prescelte sono riconosciute scientificamente dall'OMS e da tutte le Agenzie Sanitarie internazionali come valide nell'approccio alle problematiche sociali e sociosanitarie che colpiscono la popolazione giovanile. Tutti gli interventi proposti saranno evidence based (studio multicentrico EU-Dap, USPSTF, Global School Health Promotion) o sviluppati con metodologie di provata efficacia.
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	Nella realizzazione degli interventi saranno coinvolti gli Istituti Scolastici, l'Ufficio Scolastico Regionale e gli Uffici Scolastici Provinciali, le ASL di competenza territoriale attraverso i Distretti Sanitari e i Dipartimenti di Prevenzione, Associazioni di categoria ed Enti Locali.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -1.1.3.1</b> Promuovere l'empowerment giovanile e l'acquisizione delle Life Skills	Promozione nelle scuole di percorsi di progettazione partecipata di promozione della salute. Gli studenti saranno riconosciuti quale risorsa imprescindibile e verrà loro attribuito il ruolo di protagonisti attivi sia in fase di progettazione che di intervento. Al fine di promuovere al meglio i processi di empowerment giovanile e di stimolare

	<p>l'acquisizione di Life Skills verrà promossa la metodologia della Peer Education e della DisPeer Education.</p> <p>Con tali metodologie verranno affrontati, fra gli altri, i seguenti temi: interazione salute-ambiente (telefonia mobile, esposizione alle radiazioni UV), incidentalità correlata all'ambiente domestico e alla sicurezza stradale, sviluppo delle competenze in materia di sicurezza e salute nei futuri lavoratori.</p>
<p><b>P - 1.1.3.2</b> Consolidare e valorizzare il Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni (OKkio e HBSC)</p>	<p>Il Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni è attivo in Sardegna dagli anni 2008 (OKkio alla Salute) e 2009 (HBSC). L'acquisizione di informazioni attraverso campioni rappresentativi a livello regionale consentono di analizzare i trend temporali ed i confronti con i dati nazionali.</p> <p>Al fine di potenziare il contributo del sistema di indagini alla programmazione regionale e locale, sarà valutata la partecipazione ad una edizione delle raccolte dati con campioni rappresentativi a livello aziendale/territoriale.</p> <p>Verranno inoltre elaborati materiali e strategie per la comunicazione dei dati presso i vari gruppi di interesse. La diffusione dei risultati favorirà la creazione di un profilo di salute scolastica locale ed informerà lo sviluppo degli interventi da inserire nel catalogo NeSS.</p>
<p><b>P - 1.1.3.3.</b> Estensione e consolidamento di Unplugged e studio di proposte complementari per l'attivazione di programmi di prevenzione dell'uso delle sostanze e delle dipendenze nella popolazione scolastica fuori target Unplugged</p>	<p>Il Programma Unplugged, già avviato in Sardegna nel corso dell'anno scolastico 2014-2015 grazie al NeSS, verrà valutato alla luce dei dati di monitoraggio esistenti. Sarà elaborata una strategia per la sua estensione su tutto il territorio regionale da parte del gruppo di Formatori Regionali Unplugged.</p> <p>Il suddetto gruppo, previa valutazione dei bisogni delle Istituzioni Scolastiche, valuterà l'opportunità di complementare l'offerta di Unplugged con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- programmi ed iniziative rivolte a fasce d'età non contemplate dal programma Unplugged.</li> <li>- programmi ed iniziative per la lotta alle dipendenze da tecnologie e alle ludopatie.</li> </ul>
<p><b>P - 1.1.3.4</b> Promozione di comportamenti sani e corretti stili di vita nella popolazione scolastica, con particolare riferimento all'alimentazione e all'attività fisica</p>	<p>Sensibilizzazione dei docenti e delle famiglie alla conoscenza dei corretti stili di vita e le strategie più idonee per adottarli e mantenerli nel tempo, con riferimento alla popolazione scolastica 6- 12 anni.</p> <p>Verrà attivata una campagna regionale d'informazione da realizzarsi col supporto del pediatra di famiglia (intervento personalizzato) e dei pediatri di comunità (intervento sulla collettività), nonché di altre eventuali figure professionali/istituzioni del territorio.</p>
<p>Rischi e management dei rischi</p>	<p>Rischio: Mancata adesione delle Istituzioni scolastiche alle offerte del catalogo.</p> <p>Managementet rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accordo quadro con l'USR;</li> <li>- condivisione di contenuti e metodologie proposte attraverso la realizzazione di percorsi formativi a cascata;</li> <li>- coinvolgimento attivo degli studenti in tutte le fasi di adesione alle proposte di intervento.</li> </ul>
<p>Sostenibilità</p>	<p>Le scuole che, attraverso l'affiliazione al NeSS, aderiranno agli interventi proposti, avranno la possibilità di scegliere le tematiche di specifico interesse, di sperimentare metodologie validate a livello scientifico, riproponibili nel tempo grazie alla formazione a cascata rivolta sia al personale docente che ai ragazzi.</p>



## Cronoprogramma azione P – 1.1.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -1.1.3.1</b> Promuovere l'empowerment giovanile e l'acquisizione delle Life Skills	Gruppo di Programmazione/ Referenti NeSS territoriali															
<b>P -1.1.3.2</b> Consolidare e valorizzare il Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni (OKkio e HBSC)	Regione/ ASL/ Referenti OKkio e HBSC territoriali															
<b>P -1.1.3.3.</b> Estensione e consolidamento di Unplugged e studio di proposte complementari per l'attivazione di programmi di prevenzione dell'uso delle sostanze e delle dipendenze nella popolazione scolastica fuori target Unplugged	Regione/ Gruppo di Programmazione/ Gruppo di Formatori Regionali Unplugged															
<b>P -1.1.3.4</b> Promozione di comportamenti sani e corretti stili di vita nella popolazione scolastica, con particolare riferimento all'alimentazione e all'attività fisica	Gruppo di Programmazione/Referenti NeSS territoriali/ Referenti OKkio e HBSC territoriali															



## Programma P - 1.2: Comunità in salute

### Descrizione del programma

L'equità, l'integrazione e la partecipazione sono voci fondamentali e principi ispiratori nella stesura del Piano Regionale di Prevenzione.

L'equità è il primo valore cardine, costituisce un criterio guida per dare risposte efficaci alle disuguaglianze presenti nel tessuto sociale, risposte importanti per individuare strategie differenziate, proporzionate e mirate ai differenti bisogni.

L'integrazione delle politiche è strategica perché la promozione del benessere richiede interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse ricercando l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie, ambientali, urbanistiche, formative, culturali in una visione della salute, risorsa di vita, in cui le condizioni del vivere e il benessere dei cittadini sono il risultato della partecipazione dell'intera società.

La salute è il risultato dell'azione di tutta la comunità: cittadini, decisori, SSN possono condividere scelte orientate alla salute solo se hanno consapevolezza dei rischi e della concreta possibilità di cambiare.

Ecco perché è fondamentale impostare il discorso di promozione della salute sullo sviluppo di reti e di alleanze: le condizioni del vivere e le abitudini quotidiane risultato dell'azione di tutta la società, il lavoro sui comportamenti quindi, non può che essere interistituzionale, interdisciplinare, interprofessionale, trasversale a diversi settori.

Gli interventi con maggiori possibilità di successo sono quelli che prevedono la collaborazione tra i settori diversi della società: Amministrazioni locali, Istituzioni, Organizzazioni, Associazioni varie (agroalimentari, sportive, volontariato, parrocchie) presenti sul territorio. Il programma *Comunità in Salute* porrà le basi per tale collaborazione grazie alla stesura di protocolli inter-istituzionali e favorirà la programmazione condivisa necessaria per rendere i protocolli operativi.

Secondo i dati dell'OMS in Italia il 75 % delle morti e delle condizioni di grave disabilità sono provocate da patologie croniche non trasmissibili (MCNT).

Il 75% delle risorse sanitarie in Italia come in Europa è utilizzato per la cura dei pazienti affetti da queste patologie. Morire giovani o convivere con una malattia cronica o una disabilità ha delle ripercussioni economiche, sia sulle famiglie sia sulla società, che sono così gravate da spese sanitarie, da riduzione di guadagni, da pensionamenti prematuri e da maggiore necessità di assistenza sociosanitaria.

Le MCNT sono condizioni che hanno in comune fattori di rischio modificabili.

Questi fattori, a loro volta, possono generare quelli che vengono definiti "fattori di rischio intermedi" (ipertensione arteriosa, glicemia elevata, ipercolesterolemia, sovrappeso e obesità). Nel loro insieme questi fattori di rischio, associati ad altre cause non modificabili come l'età o la predisposizione genetica, sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo. Nel nostro Paese, e nella nostra Regione, i fattori di rischio modificabili si distribuiscono in maniera molto differente tra la popolazione; essi non sono solo causati da comportamenti e scelte individuali, ma sono profondamente legati ad una influenza sociale che facilita l'adozione di stili di vita nocivi per la salute. Ecco perché ogni intervento di prevenzione e promozione della salute deve tenere conto della conoscenza dei fattori di rischio e dei determinanti sociali.

Ruolo strategico per incrementare questa conoscenza e renderla parte del processo di programmazione, riveste dunque la valutazione ed i sistemi di sorveglianza sugli stili di vita. In Sardegna è attiva da anni la sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), avviata in Italia nel 2006 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 ° sullo stato di salute della popolazione adulta italiana (18 – 69 anni). La sorveglianza Passi raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle MCNT e sul grado di conoscenza ed adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. I temi indagati sono il fumo, il consumo di alcol, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, la dieta povera di frutta e verdura, l'eccessivo consumo del sale e altro. Passi raccoglie inoltre dati sull'opinione della popolazione sulla propria salute, un aspetto dell'interazione tra sistema sanitario e cittadini, valorizzando una delle condizioni essenziali dei processi comunicativi (l'ascolto) e affermando il principio della centralità della persona nel suo specifico contesto di vita.

Dal report Passi più recente (2013) risulta che in Sardegna:

- 1) il 26.8% della popolazione dichiara di essere fumatore; il 27.5% si dichiara ex fumatore (34.4% di sesso maschile, 20.7% di sesso femminile). Stratificando per genere si rileva che il 30.3% dei fumatori appartiene al sesso maschile mentre il 23.3% al sesso femminile. La fascia d'età che maggiormente fuma è quella dei 18–24enni (32.3%), tale valore scende nella fascia d'età 50-69aa (21.2%). Il 52.2 % ha provato a smettere di fumare nell'ultimo anno e di questi il 92.5 % ha provato da solo. La media delle sigarette/die fumate dalla popolazione sarda è pari a 13.1;

- 2) il rispetto del divieto di fumare è uguale al 92.4 % nei locali pubblici, 92% nei luoghi di lavoro, 91.1 % in ambito domestico;
- 3) il 59.6 % dei 18-69enni consuma alcol. Di questi il 20.7% è classificato come “ consumatore a maggior rischio”. Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente nei maschi (30.7%) che nelle donne (11.1) e nella fascia d'età 18-24 anni (36.9 %);
- 4) il 39.3 % della popolazione ha consumato 3-4 porzioni al giorno di frutta e verdura;
- 5) la prevalenza dei soggetti che hanno ricevuto il suggerimento di ridurre la quantità di sale nel cibo è dell'88%.
- 6) la quota dei sedentari, cioè coloro che non praticano né sport, né attività fisica, risulta essere pari al 26%. La tendenza alla sedentarietà aumenta con l'aumentare dell'età passando dal 24.1% (fascia d'età 18–34) al 27.4% (fascia d'età 50-69).

Dati sul consumo del sale e sull'allattamento esclusivo al seno fino al 6° mese di vita sono previsti per le prossime rilevazioni della sorveglianza. Dall'indagine Istat multiscopo sulle famiglie, tuttavia, possiamo rilevare che:

1. la prevalenza dei bambini allattati al seno alla fine del 6° mese nel 2013 in Sardegna era pari al 50.3% contro il 52,6% del dato nazionale;
2. la prevalenza di soggetti di 3 anni e più che dichiara di non prestare attenzione al consumo di sale nel 2013 in Sardegna era pari al 32.5%, contro 33.1% del dato nazionale.

Il programma Comunità in salute vuole promuovere azioni finalizzate a facilitare comportamenti salutari nella popolazione attraverso la promozione di stili di vita sani a partire dalla incentivazione della promozione dell'allattamento al seno e proseguendo con l'azione integrata e coordinata sui quattro fattori di rischio modificabili (fumo, comprendendo anche il fumo passivo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica ) responsabili da soli del 60 % della perdita di anni di vita in buona salute ( Programma Nazionale Guadagnare Salute 2007 – Action Plan Oms 2008 - 2013 ).

Riguardo all'allattamento materno, il presente programma rappresenta un impulso per le Aziende Sanitarie Sarde a candidarsi per l'accreditamento di eccellenza fornito dall'OMS/Unicef con l'iniziativa “Baby Friendly Hospital and Community Initiative (BFHI & BFCI)” applicando anche il metodo dell'offerta attiva e dell'empowerment delle persone raccomandato dal Progetto Obiettivo Materno Infantile Nazionale (POMI) per ridurre le differenze in salute dovute alle disuguaglianze sociali.

L'azione si svilupperà con interventi specifici sulla popolazione generale finalizzati al contrasto dei fattori di rischio per MTNC. Prioritari saranno gli interventi di sensibilizzazione, informazione e formazione degli operatori sanitari delle ASL sulla base di indirizzi Nazionali e Regionali. Particolare evidenza va riservata all'aspetto formativo degli operatori sanitari al fine di individuare in ogni azienda un coordinamento che consenta di programmare e realizzare le attività di contrasto in un'ottica multidisciplinare. Utile a tal proposito l'integrazione dei vari servizi (Dipartimento di Prevenzione, U.O. ospedaliera, SERD, MMG, altri Servizi sanitari territoriali) nella costruzione di un'offerta diversificata che comprenda interventi di I livello ( minimal advice o counseling breve).

## Obiettivi generali e indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P-1.2 Comunità in salute</b>	1.1 Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della	1.1.1 Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	Da definire nell'ambito delle Azioni centrali di supporto PNP di cui al Paragrafo 1.3 del PNP 2014-2018 (Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014)			



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	1.1.2 Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi				
	1.2 Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al 6° mese (180 giorni di vita)	1.2.1 Prevalenza dei bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	52.6 %	50.3%	+ 25 %	+ 25 %
	1.4 Ridurre il numero dei fumatori	1.4.1 Prevalenza dei fumatori nella popolazione	27.2 %	27.1 %	- 10%	- 5 %
	1.5 Estendere la tutela del fumo passivo	1.5.1 Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	91.4 %	92,4 %	+ 5%	+4%
	1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1 Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	16.7 %	19.3 %	- 15 %	- 15%
	1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1 Prevalenza delle persone che consumano 3 o più porzioni di frutta e verdura al giorno	46.7%	55,9%	+ 10%	+ 10%
	1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1 Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del sale	88.6%	88 %	+ 5%	+ 5%
		1.8.2 Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale	33.1%	32,5	-30%	- 30%
	1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1 Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	33.4 %	37.7%	+ 30%	+ 30%
		1.9.2 Proporzione di ultra 64 enni fisicamente attivi	60% (punteggio PASE= 78 per il 40% degli over 65 anni 2012/2013)	67,1%	+ 15 %	+15%
		1.9.3 Tasso di ospedalizzazione per fratture ( soggetti di età < 75 anni )	13,04 ogni 1000 abitanti	12,86 ogni 1000 abitanti	-15%	-15%
	6.2 Aumentare il livello di attività fisica negli ultra 64 enni	Vedi indicatore 1.9.2				

**Giustificazione dei valori attesi regionali**

**1.4 Valore atteso 2018 – 5 % inferiore al valore nazionale**

Il panorama regionale rispetto alle attività antitabagiche dimostra una discrepanza con quello nazionale. Sebbene, negli ultimi anni, in diverse ASL sia stato attivato un centro antifumo, le attività sono svolte da personale non dedicato ed inoltre le metodologie, rispetto al problema, non trovano coordinamento ed unità d'azione.

**1.5 Valore atteso 2018 – 4 % inferiore al valore nazionale**

Tale scostamento si giustifica in base al minore margine di miglioramento rispetto al panorama nazionale, essendo il baseline regionale più elevato

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P-1.2

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P - 1.2.1 Definizione di Accordi intersettoriali per la promozione della salute nella Comunità</b>	Creare una rete intersettoriale per la promozione della salute per il setting comunità	Accordi stipulati fra Assessorato Sanità e Istituzioni, Enti, Agenzie e Associazioni	Documentazione comprovante gli accordi /protocolli d'intesa stipulati	Numero di accordi intersettoriali stipulati	0	0	1	2	3
<b>P -1.2.2 Promuovere il modello OMS/Unicef "Insieme per l'Allattamento: Ospedali &amp; Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno" nel territorio regionale</b>	Sviluppare i passi 1, 2, 3, e 7 per l'Ospedale, e i passi 1, 2, 3, e 4 per la Comunità del decalogo OMS/Unicef	Proporzione di operatori dei Consultori, della pediatria di libera scelta e dei punti nascita formati ( <b>indicatore sentinella</b> )	Registri di raccolta firme di partecipazione agli eventi formativi	<i>Numeratore:</i> Numero di Operatori dei Consultori, della pediatria di libera scelta e dei punti nascita Formativi. <i>Denominatore:</i> Tot. Operat. Consultori, punti nascita e Pediatri di libera scelta	Non rilevato	0%	30 %	50 %	70%



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

		Proporzione donne in gravidanza che hanno ricevuto informazioni sull'allattamento	Documentazione asl (es registro che associa a nome, cognome e recapito della donna l'aver ricevuto informazioni sull'allattamento)	N° donne in gravidanza che hanno ricevuto informazioni su allattamento / Totale gravide	Non rilevato	0	30 %	35%	40%
		Proporzione di punti nascita che hanno attuato il rooming – in	Documentazione asl (es registro che comprova l'avvenuto rooming –in)	numero di punti nascita che hanno attuato il rooming – in / numero totale di punti nascita	Non rilevato	0	20%	30%	40%
<b>P -1.2.3 Realizzazione di interventi integrati e evidence based di promozione di corretti stili di vita nel setting Comunità</b>	Contrastare i fattori di rischio per le MCNT legati a comportamenti non salutari: tabagismo, consumo di alcol a rischio, sedentarietà e scorretta alimentazione	Atti di indirizzo regionale per la promozione della salute nel setting comunità ( <b>indicatore sentinella</b> )	Documentazione inerente l'adozione e di indirizzi regionali specifici	Numero di atti di indirizzo regionale per la promozione e della salute nel setting comunità	0	0	2	4	6
		Proporzione di ASL che hanno attivato i corsi di formazione per il counselling breve (indicatore sentinella)	Registri di raccolta firme di partecipazione agli eventi formativi	Numero di aziende sanitarie che hanno attivato i corsi di formazione per il counseling breve/numero di aziende sanitarie	0	0	30%	70%	100%
		Campagna regionale di comunicazione e sui corretti stili di vita	Esistenza di un format per la campagna	NA	0	0	0	1	1

			a di comunicazione regionale						
--	--	--	------------------------------------	--	--	--	--	--	--

## Pianificazione delle azioni: azione P-1.2.1

<b>Azione P -1.2.1</b>	<b>Definizione di Accordi intersettoriali per la promozione della salute nella Comunità</b>
Descrizione	Gli interventi più efficaci di promozione della salute, secondo i documenti internazionali (OMS - Salute 2020), sono quelli in cui tutti i settori della società concorrono alla realizzazione degli obiettivi di salute. L'approccio intersettoriale e multidisciplinare è lo strumento che permette di agire a livello locale, identificando le aree di massimo rischio e affrontando le disuguaglianze di salute nella popolazione. La stesura di piani operativi che coinvolgono i diversi attori del territorio rappresentano la modalità per responsabilizzare i decisori e facilitare l'operatività delle azioni. Con la presente Azione si intende appunto creare le partnership istituzionali per la programmazione condivisa intersettoriale.
Gruppo beneficiario prioritario	Comunità locale
Setting identificato per l'azione	Livello Istituzionale
Gruppi di interesse	Enti Istituzionali Regionali, Enti locali, associazioni di cittadini. Operatori del Servizio Sanitario (Servizi Territoriali -MMG, PdLS Dipartimenti di Prevenzione, SerD, Servizi Consultoriali)
Prove di efficacia	Le esperienze internazionali nell'ambito della promozione della salute mostrano che la creazione di alleanze, la sinergia di azioni e la conoscenza dei problemi, conducono ad un coordinamento di azioni che migliorano lo stato di salute e benessere della comunità. ( 64 °esima Sessione del Comitato Regionale Europeo OMS – Salute 2020, modello di politica europea a favore della salute e del benessere – Carta di Toronto 2010, Piano di azione Globale OMS 2013-2020 per la Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili)
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	La stesura di piani intersettoriali prevede un attivo coinvolgimento dei seguenti settori, nell'ambito del pubblico, del privato e della società civile: sanità, industria, agricoltura, istruzione, turismo, urbanistica, trasporti, ambiente.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-1.2.1.1</b> Costituzione di un Gruppo di coordinamento per la promozione della salute nella Comunità (intersettoriale e multidisciplinare) che indirizzi e sostenga la creazione degli Accordi tra Istituzioni, Enti, agenzie e Associazioni	Sarà individuato a livello Regionale un Gruppo di coordinamento per la promozione della salute nella Comunità, intersettoriale e multidisciplinare, con il compito di: ricercare le possibili alleanze intersettoriali attraverso una sintetica analisi di contesto finalizzata ad identificare le aree di intervento ed eventuali accordi già esistenti a livello nazionale e che necessitano di essere recepiti; individuare la metodologia di azione (percorso), basata sul coinvolgimento attivo dei partners potenziali, di tipo Istituzionale o appartenenti alla società civile, da adottare per pervenire alla definizione degli Accordi intersettoriali; implementare il percorso individuato.
<b>P-1.2.1.2</b> Definizione delle bozze degli Accordi e sottoscrizione dei documenti finali	Sarà compito del Gruppo di Coordinamento per la promozione della salute nella Comunità procedere all'elaborazione delle bozze di Accordi intersettoriali che costituiranno le basi per una programmazione degli interventi condivisa e che rappresenteranno un reale impegno delle parti rispetto alle strategie concordate per contrastare gli specifici fattori di rischio. Tali bozze saranno sottoposte ai potenziali sottoscrittori – partner.

Rischi e management dei rischi	Il rischio è la mancata adesione delle Istituzioni, Enti, Agenzie e associazioni agli Accordi Istituzioni all'Accordo. Il management dovrà quindi garantire un approccio improntato alla partecipazione attiva e all'empowerment istituzionale e non.
Sostenibilità	La sostenibilità è garantita dal coinvolgimento attivo degli attori e dal tentativo di ri-orientare risorse già presenti nel territorio (es professionalità specifiche interne al SSR e delle Università attori della società civile).

## Cronoprogramma azione P - 1.2.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -1.2.1.1</b> Costituzione di un Gruppo di coordinamento per la promozione della salute nella Comunità (intersettoriale e multidisciplinare) che indirizzi e sostenga la creazione degli Accordi tra Istituzioni, Enti, agenzie e Associazioni	Assessorato Sanità															
<b>P -1.2.1.2</b> Definizione delle bozze degli Accordi e sottoscrizione dei documenti finali	Gruppo di coordinamento per la promozione della salute nella Comunità															

## Pianificazione delle azioni: azione P-1.2.1

<b>Azione P -1.2. 2</b>	<b>Promuovere il modello OMS/Unicef “Insieme per l’Allattamento: Ospedali &amp; Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell’allattamento materno” nel territorio regionale</b>
Descrizione	<p>L'azione verterà sulla implementazione o potenziamento di pratiche ospedaliere e territoriali favorevoli all'allattamento al seno secondo il modello OMS/Unicef che, attualmente viene applicato in modo non standardizzato, discontinuo e geograficamente disomogeneo sul territorio regionale.</p> <p>La formazione di 10 formatori, avvenuta ad Alghero nel 2005, i quali a loro volta hanno provveduto alla formazione di operatori sanitari in alcune ASL, fornisce una base di competenze da cui partire e facilita la realizzazione di un piano formativo esteso a tutta la Regione.</p> <p>A partire da questa realtà locale, l'azione qui proposta prevede il compimento dei seguenti passi dei decaloghi dell'Iniziativa OMS/Unicef “Insieme per l'allattamento”.</p> <p><u>Decalogo per l'Ospedale :</u>  <b>Passo 1: Definire un protocollo scritto</b> per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario,  <b>Passo 2: Preparare tutto il personale sanitario</b> per attuare compiutamente il suddetto protocollo,  <b>Passo 3: Informare tutte le donne in gravidanza</b> dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno,  <b>Passo 7: Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre</b> (rooming-in), in modo che trascorrono insieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale.</p> <p><u>Decalogo per la Comunità<sup>1</sup> :</u></p>

<sup>1</sup> Si precisa che nel modello OMS/Unicef per “Comunità” si intende il territorio corrispondente a un Distretto Sanitario.



	<p><b>Passo 1: Definire una politica aziendale</b> per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale,  <b>Passo 2: Formare tutto il personale</b> per attuare la politica aziendale,  <b>Passo 3: Informare tutte le donne in gravidanza</b> e le loro famiglie sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno,  <b>Passo 4: Sostenere le madri</b> e proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno.</p> <p>La stesura di una politica sull'allattamento sarà indispensabile per armonizzare e coordinare tutto il personale interessato e le azioni previste. Grazie ai passi sopra elencati le donne in gravidanza riceveranno opportune informazioni sui benefici e la gestione dell'allattamento. Si vuole evitare la separazione madre bambino sin dal momento del parto tenendoli insieme nella stessa stanza per tutta la durata della degenza ospedaliera. Dopo la dimissione dal punto nascita è prevista un'assistenza, eventualmente anche a domicilio, a tutte le coppie madre - bambino per l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno, da personale debitamente formato, in primis le ostetriche dei Consultori Familiari. Per questo ultimo punto è importante anche il coinvolgimento dei Pediatri di famiglia. Dovrà essere favorito il raggiungimento delle donne in gravidanza e in puerperio anche tramite offerta attiva, come raccomandato dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Per quanto attiene al monitoraggio e la valutazione della presente azione, si precisa che i criteri Globali per l'Iniziativa "Ospedale e Comunità Amici dei Bambini", contenuti nella "Guida all'applicazione dei Passi" del Comitato Italiano per l'Unicef, verranno utilizzati come standard per la verifica dei passi, mentre il documento "Monitoraggio degli Ospedali &amp; Comunità Amici dei Bambini" del Comitato Italiano per l'Unicef può essere utilizzato come riferimento per la valutazione dell'iniziativa.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Tutte le famiglie in cui nasce un bambino, con particolare riguardo alle donne primigravide e alle primipare ed un'attenzione speciale per le famiglie in difficoltà come quelle socialmente svantaggiate o immigrate, a maggior rischio di insuccesso con l'allattamento naturale.
Setting identificato per l'azione	Punti nascita, Consultori Familiari, Ambulatori dei Pediatri di famiglia.
Gruppi di interesse	Le famiglie, i Sindaci, gli operatori del settore Materno Infantile e della Medicina di Base, il Dipartimento di Prevenzione, la Direzione delle Aziende Sanitarie.
Prove di efficacia	<p>Le azioni promosse dalla "Baby Friendly Hospital Initiative" (BFHI), sono state nel tempo sostenute da esiti positivi di ricerche scientifiche rigorose ed indipendenti e sono caratterizzate da un'elevatissima evidenza scientifica (EBM 1++) e raggiungono il grado massimo di raccomandazione (A). L'Accademia Americana di Pediatria ribadisce l'evidenza di efficacia dei "10 Passi" (AAP Endorsement of the WHO/UNICEF Ten Steps to Successful Breastfeeding - August 25, 2009).</p> <p>Il metodo dell'offerta attiva e dell'empowerment delle persone raccomandato dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) allegato al PSN del 2000 risulta avere migliori esiti in salute, soprattutto per quanto riguarda la riduzione delle disuguaglianze dovute alle disuguaglianze sociali. (ISS, Percorso Nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011)</p> <p>L'allattamento al seno comporta notevoli benefici in salute a breve e a lungo termine per madre e bambino e benessere per tutta la comunità, nonché ingenti risparmi nelle spese sanitarie (Pediatrics, 2009 -1616).</p>
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'Azione proposta interessa in primis diverse aree del sistema sanitario regionale. I Punti Nascita, per l'invio delle donne in gravidanza ai CAN e nell'implementazione del rooming in; i Consultori Familiari, che rappresenteranno il punto di riferimento territoriale per il sostegno all'allattamento, la realizzazione dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita, l'assistenza individuale alla gravidanza fisiologica e, dopo il parto, alla madre e al bambino, anche a domicilio; i Pediatri di libera scelta, che possono inviare ai Consultori le donne in allattamento e promuovere comunque l'allattamento al seno; i Medici di Medicina Generale, i Laboratori di Analisi e i Farmacisti possono contribuire a costruire l'anagrafe delle gravide invitandole tutte a partecipare ai CAN. Un ruolo cruciale nell'offerta attiva dei CAN può

	essere giocato dalle Ostetriche che, nell'esecuzione del pap-test , su chiamata per lo Screening del Cervico Carcinoma, intercettano tutte le donne del territorio in età fertile.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -1.2.2.1.</b> Individuazione di un Gruppo di coordinamento tecnico regionale sull'allattamento, preliminare all'individuazione dei referenti Aziendali	<p>I compiti del Gruppo di coordinamento tecnico saranno i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Effettuare una periodica ricognizione delle iniziative intraprese nelle singole ASL della Sardegna,</li> <li>* Sostenere, coordinare e condividere le diverse iniziative sull'allattamento al seno, evitando dispersioni o sovrapposizioni anche con altri piani ed attività di salute pubblica e promozione della salute,</li> <li>* Predisporre un programma formativo regionale e costituire un pool di formatori regionali per l'allattamento al seno,</li> <li>* Incoraggiare le iniziative OMS/UNICEF tese al riconoscimento degli ospedali e territori come "Amici dei bambini" per l'allattamento materno,</li> <li>* Armonizzare e condividere materiali e iniziative per la diffusione di informazioni chiare, complete e indipendenti sull'allattamento materno in seno alla comunità,</li> <li>* Offrire supporto ai DMI per elaborare progetti locali.</li> </ul> <p>Il Gruppo di coordinamento regionale si avvarrà del supporto di una rete di referenti per l'allattamento materno nelle varie Aziende Sanitarie della Sardegna.</p>
<b>P -1.2.2.2</b> Definire una politica aziendale e i protocolli scritti per l'allattamento al seno e farli conoscere a tutto il personale sanitario (Passo 1 decalogo OMS/UNICEF – Ospedali e Comunità)	Ciascua Aziende Sanitaria dovrà sviluppare una Policy e Linee Guida riguardanti l'assistenza alle gestanti, alle neomamme e ai neonati e le relative attività di informazione, educazione e formazione. La Politica Aziendale e le Linee Guida dovranno essere comunicate a tutto il personale interessato e la loro corretta applicazione ed l'efficacia verrà valutata periodicamente. Una sintesi della politica aziendale dovrà essere esposta alla visione del pubblico.
<b>P -1.2.2.3</b> Formare il personale per attuare una politica aziendale per l'allattamento materno. (Passo 2 decalogo OMS/UNICEF – Ospedali e Comunità)	<p>Il Gruppo di coordinamento tecnico dovrà organizzare il "Piano di Formazione Regionale a cascata" a partire dalle risorse già presenti in Sardegna.</p> <p>Il Piano Formativo Regionale dovrà provvedere alla formazione di formatori, col corso 80 ore OMS/Unicef; i formatori dovranno attivare a loro volta nella propria Azienda Sanitaria la formazione secondo il modello del corso 20 ore OMS/Unicef per l'Ospedale, oppure del Corso "Allattamento al seno, Corso pratico di counselling" di 40 ore OMS /Unicef per ospedale e territorio.</p> <p>Altri brevi momenti formativi potranno essere rivolti a personale non dedicato al percorso nascita ma coinvolto comunque nella promozione dell'allattamento o nella promozione dei servizi di riferimento per l'allattamento. Esempi di personale coinvolto sono i Medici di Medicina Generale, il personale dei Laboratori Analisi, degli Uffici Vaccinali, i Farmacisti, gli Assistenti Sociali per i casi con bisogni speciali.</p>
<b>P -1.2.2.4</b> Informare le donne primigravide sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno per madre e bambino, anche attraverso l'offerta attiva dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) (Passo 3 decalogo OMS/UNICEF – Ospedali e Comunità)	<p>Tutte le donne dovrebbero avere l'opportunità di fare scelte informate.</p> <p>Entro le 34 settimane di gestazione tutte le donne in gravidanza devono essere informate sui benefici dell'allattamento al seno e sulle tecniche utili per allattare con successo. Le donne che non possono o che, dopo essere state informate, decidono di non allattare, devono ricevere individualmente assistenza anche per la preparazione di formule alternative.</p> <p>La partecipazione ai CAN è fattore associato a piu' alte prevalenze di allattamento al seno esclusivo dopo il parto. (I.S.S., Percorso nascita Indagine 2008 - 2011).</p> <p>Per favorire la partecipazione delle donne con basso livello socio culturale i CAN dovranno essere offerti attivamente a tutte le gravide.</p>
<b>P -1.2.2.5</b>	Non si tratta solamente di spostare il neonato dal nido alla stanza della madre, ma di offrire

<p>Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in) (Passo 7 decalogo OMS/UNICEF – Ospedali)</p>	<p>alla madre tutto il sostegno necessario per poter accudire il piccolo. Il Personale del Nido e del Reparto di Ostetricia dovrebbe fornire tutto il sostegno psicologico e pratico per favorire tale vicinanza. La presenza di un familiare anche di notte e la limitazione delle visite dei parenti possono essere di grande aiuto. La madre dovrebbe seguire il bambino in tutti gli spostamenti che si rendessero necessari durante la degenza.</p>
<p><b>P -1.2.2.6</b> Sostenere le madri e proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno, anche attraverso l'offerta attiva di assistenza dopo la dimissione dal punto nascita (Passo 4 decalogo OMS/UNICEF – Comunità)</p>	<p>Al rientro a casa dopo il parto esiste un vuoto di assistenza che spesso mette in crisi la famiglia soprattutto se non è supportata da vicino dal resto della famiglia o dalla comunità. Offrire attivamente una visita alla coppia madre bambino, nella prima settimana dalla dimissione, anche a domicilio, da parte di personale adeguatamente formato in allattamento, in primis l'Ostetrica, permette di supportare anche le madri che spontaneamente non chiederebbero aiuto e quindi di identificare le madri in maggiore difficoltà. A tal fine si appronterà un registro, un'anagrafe dei nuovi nati, attingendo dalle anagrafe esistenti dei Comuni e dai Punti Nascita e secondo un flusso di comunicazione interistituzionale già testato in Sardegna da diversi anni.</p>
<p>Rischi e management dei rischi</p>	<p>Il modello d'azione qui proposto, di dimensioni Regionali, potrebbe facilitare una convergenza di intenti tra e dentro i servizi sia ai livelli strategici decisionali, sia alla base dell'organizzazione aziendale grazie ad un cambiamento culturale del personale sostenuto dalla formazione proposta che verrà affidata a formatori qualificati di provenienza sia ospedaliera che territoriale e di discipline diverse.</p> <p>L'offerta attiva dei CAN e dell'assistenza in puerperio corre il rischio di essere compiuta solo parzialmente a causa delle scarse risorse umane presenti nei Consultori Familiari sardi che, secondo il POMI, dovrebbero avere un' équipe completa ogni 20.000 abitanti. Tuttavia, le attività previste per il setting ospedaliero in questa Azione, dovrebbero risultare in una riduzione del numero di madri con problemi di allattamento da assistere al rientro a casa dopo il parto, con conseguente minore carico di lavoro dei Consultori.</p> <p>Per facilitare l'adozione del rooming in, che potrebbe incontrare opposizione da parte del personale abituato a gestire il nido all'interno del punto nascita, verranno sviluppate e valorizzate nuove competenze nelle operatrici del nido che acquisirebbero nuovi ruoli, quale ad esempio counsellors dell'allattamento, e più genericamente di supporto alla puerpera e non necessariamente direttamente al bambino.</p> <p>Tra gli ostacoli ad aumentare i tassi di allattamento vi è la poca conoscenza e il mancato rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno; il percorso formativo deve comprendere una sessione sull'argomento.</p> <p>Anche una medicalizzazione del travaglio e parto fisiologico può interferire con l'allattamento materno; le "Cure Amiche della Madre", inserite nel pacchetto formativo previsto in questo Piano, informano sulle modalità di accudimento del travaglio e parto che rispondono a criteri di appropriatezza ed efficacia.</p>
<p>Sostenibilità</p>	<p>L'azione di questo Piano parte da strutture e da un sistema già esistenti e si prefigge di migliorarli.</p> <p>Sulla base del Report sulla Survey Nazionale 2014 "Allattamento al Seno nelle strutture sanitarie in Italia" risulta che, in Sardegna, ancora nessuna struttura (Ospedale o Comunità) ha avviato il percorso OMS/Unicef per diventare Amica del Bambino per l'allattamento al seno ma cinque su 8 Aziende Sanitarie Sarde hanno manifestato interesse all'Iniziativa, La presenza in Sardegna di un modello di formazione a cascata che ha interessato alcune ASL, a partire dalla formazione di 10 formatori sardi avvenuta nel 2005, faciliterà la realizzazione di un piano formativo esteso a tutta la Regione. Tale numero di formatori, di cui peraltro deve essere verificata l'attuale disponibilità, potrebbe essere integrato per la</p>

	realizzazione del piano formativo Regionale. Il monitoraggio che il gruppo di programmazione è incaricato di seguire durante la vigenza del piano sarà la chiave per il buon funzionamento del sistema.
--	--

## Cronoprogramma azione P -1. 2. 2

Attività principali	Responsabil e	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -1.2.2.1.</b> Individuazione di un Gruppo di coordinamento tecnico regionale sull'allattamento, preliminare all'individuazione dei referenti Aziendali	Regione															
<b>P -1.2.2.2</b> Definire una politica aziendale e i protocolli scritti per l'allattamento al seno e farli conoscere a tutto il personale sanitario (Passo 1 decalogo OMS/UNICEF – Ospedali e Comunità)	Gruppo di coordinamento tecnico regionale sull'allattamento/regione/ Aziende sanitarie															
<b>P -1.2.2.3</b> Formare il personale per attuare una politica aziendale per l'allattamento materno. (Passo 2 decalogo OMS/UNICEF – Ospedali e Comunità)	Gruppo di coordinamento tecnico regionale sull'allattamento/regione/ Aziende sanitarie															
<b>P -1.2.2.4</b> Informare le donne primigravide sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno per madre e bambino, anche attraverso l'offerta attiva dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) (Passo 3 decalogo OMS/UNICEF – Ospedali e Comunità)	Aziende sanitarie/Punti Nascita e Consultori familiari															
<b>P -1.2.2.5</b> Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in) (Passo 7 decalogo OMS/UNICEF – Ospedali)	Aziende sanitarie/Punti nascita															

## Pianificazione delle azioni: azione P-1.2.3

<b>Azione P -1.2.3</b>	<b>Realizzazione di interventi integrati e evidence based di promozione di stili di vita salutari nel setting Comunità</b>
Descrizione	<p>Le maggiori linee guida internazionali concordano sul fatto che l'intervento sui quattro fattori di rischio - tabagismo, consumo di alcol, sedentarietà e scorretta alimentazione-rappresenta una priorità nella salute pubblica.</p> <p>Le attività finalizzate alla promozione di corretti stili di vita hanno un costo inferiore ad altre forme di intervento, sebbene generalmente soffrano anche di una evidence base meno solida, se pur in continua evoluzione.</p> <p>Nonostante ciò, le politiche attuali sembrano dedicare poche risorse a tali attività e nella maggior parte dei casi ad occuparsene sono operatori non esclusivamente dedicati.</p> <p>Con la presente Azione si intende dare un indirizzo unitario alle attività di promozione della salute nelle ASL della Sardegna, favorendo la creazione di una comunità di professionisti formati e la diffusione di strategie evidence-based per l'adozione di corretti stili di vita trasversalmente ai diversi setting e con un approccio life course.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione generale Target di soggetti a rischio di MCNT
Setting identificato per l'azione	Servizio Sanitario Regionale, luoghi di lavoro, comunità locale
Gruppi di interesse	Operatori sanitari, enti locali, operatori del privato sociale, associazioni di categoria, associazione consumatori
Prove di efficacia	<p>Gli interventi di promozione che scaturiranno dalla presente Azione si baseranno sulle esistenti prove di efficacia, buone pratiche e sulle raccomandazioni dei competenti organismi nazionali e internazionali in materia.</p> <p>Le metodologie adottate sia in campo preventivo che di cura, sia di gruppo che individuale, si rifaranno ad interventi già sperimentati e validati.(vedi Salute 2020 e Piano d'Azione Globale OMS per la Prevenzione il Controllo delle Malattie non Trasmissibili 2013-2020)</p>
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per l'azione	Gli interventi interesseranno diversi livelli del Servizio Sanitario Regionale, compreso quello regionale, i Dipartimenti di Prevenzione, SERD, i Distretti Sanitari, i Dipartimenti Ospedalieri, altri enti ed istituzioni e operatori del privato sociale che possono diventare partner del SSR per la promozione di corretti stili di vita.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -1.2.3.1</b> Creazione di una rete regionale per la promozione di corretti stili di vita, con particolare riferimento a tabagismo, consumo di alcol a rischio, sedentarietà e scorretta alimentazione.	<p>La rete regionale sarà costituita da tutti gli operatori coinvolti nella promozione della salute nella Comunità, nei diversi ambiti territoriali e nelle diverse Istituzioni ed Enti concorrenti, insieme al SSR, alla creazione di ambienti di vita che facilitano le scelte salutari.</p> <p>Per garantire il funzionamento della rete regionale è necessario prevedere dei nodi di coordinamento, a livello regionale e locale.</p> <p>La funzione dei nodi di coordinamento sarà quella di fornire gli strumenti e la leadership necessari all'attuazione degli Accordi di cui all'Azione 1.2.1 attraverso l'implementazione degli interventi di promozione della salute previsti (vedasi attività 1.2.3.2, 1.2.3.3, 1.2.3.4).</p> <p>Dal punto di vista metodologico i nodi della rete adotteranno un approccio di programmazione partecipata che coinvolgerà i diversi attori interessati alla promozione della salute nella Comunità, nell'ottica dell'integrazione tra settori e della multidisciplinarietà.</p>
<b>P -1.2.3.2</b> Stesura di linee di indirizzo regionali per il contrasto dei 4 maggiori fattori di rischio per MCNT	<p>Il nodo regionale della rete, costituito dal Gruppo di coordinamento per la promozione della salute nella Comunità, di cui all'azione 1.2.1, definirà/adatterà i documenti di indirizzo operativo di seguito elencati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; linee guida regionali per la lotta al tabagismo a partire dalle Linee Guida Nazionali "Prevenzione primaria del fumo di tabacco" (2013), tenendo conto anche della tutela riguardo al fumo passivo;</li> <li>&gt; linee guida regionali per la promozione dell'attività fisica e la lotta alla sedentarietà a</li> </ul>



	<p>partire dalle Linee Guida Nazionali “Lotta alla sedentarietà e promozione dell’attività fisica” (2011);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>&gt; linee di indirizzo regionale per la prevenzione del consumo di alcol a rischio, tenuto conto delle indicazioni contenute nel documento OMS “Alcol: le strategie di prevenzione della Comunità Europea” e nel Piano Nazionale Alcol e Salute (2007);</li><li>&gt; linee di indirizzo nell’ambito della ristorazione collettiva istituzionale e non, a partire dalle seguenti linee guida: Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica (2010); Linee di indirizzo nazionali per la ristorazione ospedaliera e assistenziale (2011); Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera pediatrica (2014).</li></ul> <p>Ulteriori indirizzi regionali eventualmente elaborati dovranno fondarsi sui seguenti elementi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Conoscenza degli aspetti epidemiologici dei fenomeni trattati;</li><li>2. Conoscenza degli aspetti organizzativi degli attori coinvolti nella promozione dei corretti stili di vita, anche al di fuori del SSR;</li><li>3. Conoscenza delle prove di efficacia degli interventi di contrasto ai fattori di rischio e di promozione dei fattori di protezione.</li></ol>
<b>P -1.2.3.3</b> Programmare e attivare un percorso di formazione per gli operatori sanitari sugli interventi comportamentali evidence-based finalizzati alla promozione di corretti stili di vita	<p>Il percorso di formazione per gli operatori impegnati nella promozione dei corretti stili di vita verrà elaborato a partire da una analisi dei bisogni formativi e tenuto conto della evidence sull’efficacia degli interventi per ciascun fattore di rischio; potranno dunque essere individuate, sulla base della evidence esistente, metodologie di counseling specifiche per ciascun fattore di rischio.</p> <p>Priorità verrà data a percorsi formativi già esistenti e positivamente valutati per la loro efficacia.</p>
<b>P -1.2.3.4</b> Elaborare una campagna regionale di comunicazione per la promozione dei corretti stili di vita	<p>Un campagna istituzionale multimediale verrà attivata per la comunicazione sui corretti stili di vita, tenuto conto delle peculiarità dei diversi fattori di rischio e dei diversi target di popolazione.</p> <p>L’evidence esistente dovrà informare sia lo sviluppo dei messaggi da veicolare sia la scelta dei media utilizzati per la diffusione dei messaggi stessi.</p>
Rischi e management dei rischi	<p>Il carattere innovativo della presente azione risiede nel tentativo di creare una programmazione intersettoriale e multifattoriale per la promozione di corretti stili di vita nel setting della Comunità.</p> <p>Affinché ciò avvenga occorre facilitare l’approccio partecipativo, multidisciplinare e sostenibile alla programmazione, mirando alla creazione di ambienti favorevoli le scelte salutari da parte degli individui e delle comunità. Fondamentale sarà la capacità del sistema sanitario di esercitare la sua azione di stewardship e di ri-orientamento delle risorse esistenti favorendo sinergie fra i diversi settori coinvolti.</p> <p>Il rischio maggiore di questo approccio risiede nella possibile mancata mobilitazione dei diversi settori della società chiamati alla programmazione su invito della sanità. Tale rischio può essere minimizzato con l’adozione di buone pratiche di lavoro interistituzionale, se disponibili, e la sperimentazione di approcci innovativi, opportunamente documentati e rigorosamente valutati, ove la mancanza di evidence lo renda necessario.</p>
Sostenibilità	<p>La presente azione è sostenibile e si fonda sulla diffusione della cultura della promozione della salute in ambiti di programmazione già esistenti, in un tentativo di coordinare e riorientare le risorse ugualmente esistenti.</p> <p>All’interno del settore sanitario, in particolare, la strategia proposta per questo cambiamento culturale è quella della <i>capacity building</i> (costruzione di competenze) degli operatori esistenti ed il ri-orientamento delle strutture già preposte alle attività di prevenzione.</p> <p>Affinché il Piano programmatico sul Tabagismo sia sostenibile è necessario che sia di facile eseguibilità. Particolare impegno e risorse sono necessari nei percorsi formativi dei gruppi di interesse.</p>



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Cronoprogramma azione P -1.2.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P -1.2.3.1</b> Creazione di una rete regionale per la promozione di corretti stili di vita, con particolare riferimento a tabagismo, consumo di alcol a rischio, sedentarietà e scorretta alimentazione.	Regione /ASL /Istituzioni/associazioni														
<b>P -1.2.3.2</b> Stesura di linee di indirizzo regionali per il contrasto dei 4 maggiori fattori di rischio per MCNT	Gruppo di coordinamento per la promozione della salute nella Comunità /regione														
<b>P -1.2.3.3</b> Programmare e attivare un percorso di formazione per gli operatori sanitari sugli interventi comportamentali evidence-based finalizzati alla promozione di corretti stili di vita	Gruppo di coordinamento per la promozione della salute nella Comunità / ASL														
<b>P - 1.2.3.4</b> Elaborare una campagna regionale di comunicazione per la promozione dei corretti stili di vita	Gruppo di coordinamento per la promozione della salute nella Comunità														

## **Programma P- 1.3: Identificazione precoce dei soggetti a rischio di malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e presa in carico sistemica**

### **Descrizione del programma**

Le malattie cardiovascolari rappresentano la più importante causa di morbilità e mortalità nel mondo, con conseguenze importanti in termini di salute pubblica e di consumo di risorse sanitarie ed economiche.

Nel mondo circa due miliardi di persone sono ad alto rischio di malattia cardiovascolare: 1,3 miliardi di fumatori, 600 milioni di ipertesi, 220 milioni di diabetici. L'incremento del diabete di tipo 2 è il fenomeno certamente più evidente e preoccupante, dato che le stime dell'*International Diabetes Federation* parlano di 438 milioni di casi nel 2030 (con una crescita della prevalenza pari al + 99%).

I recenti dati Istat riportano che 1 italiano su 4 è affetto da malattie cardiache. La frequenza di nuovi eventi coronarici nella fascia di età 35-69 anni è di 5,7/ 1000/ anno negli uomini e di 1,7/ 1000/ anno nelle donne; la spesa per gli interventi cardiocirurgici è stimabile in circa 650 milioni di Euro/anno e rappresenta, da sola, l'1% della spesa sanitaria.

I principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari sono l'ipertensione arteriosa, il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'alcol, il colesterolo e la glicemia elevati, la sedentarietà. Si tratta di fattori modificabili grazie a interventi sull'ambiente sociale, come è stato fatto recentemente in Italia con il divieto di fumo nei locali pubblici, e grazie a trattamenti medici, come i farmaci antipertensivi. Secondo i dati OCSE 2014, l'Italia ha raggiunto alcuni progressi nel ridurre il consumo di tabacco passando dal 24% nel 2000 al 22%, ma continua a mantenere un percentuale di fumatori più alta rispetto agli altri paesi. Va meglio per i fattori di rischio legati al consumo di alcol e all'obesità che mostrano una decisa riduzione rispetto agli altri paesi il primo e un incremento più basso della percentuale di soggetti obesi rispetto agli altri paesi europei osservati negli anni 2000-2012 il secondo.

Esiste una vasta letteratura scientifica internazionale e ci sono molte evidenze circa l'efficacia dell'esercizio fisico in diverse condizioni patologiche, esistono importanti esperienze riguardanti l'uso corretto di questo "vecchio" ma attuale strumento nella comune pratica clinica. La sua applicazione nella pratica clinica necessita comunque di predisporre modalità organizzative all'interno delle quali possano avvenire sia la promozione dell'attività fisica, sia la prescrizione dell'attività fisica, personalizzata per il singolo individuo. Nonostante la Regione Sardegna sia da tempo impegnata sul tema della lotta alla sedentarietà, della prevenzione del fumo e della promozione e prescrizione dell'attività fisica (Delibera n. 53/50 del 2009), i dati ISTAT 2013, relativi alla Sardegna e lo studio PASSI, indicano ancora una prevalenza di fumatori del 21,2%, di diabete del 5,3%, di ipertensione del 15,4% (vs 16,7% dato nazionale), di adulti che presentano un eccesso ponderale pari al 42,8% (vs 45,8% dato nazionale), meno di una persona su due (42%) ha uno stile di vita attivo, in quanto conduce un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata/intensa raccomandata; circa un terzo della popolazione (34%) pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo); circa un quarto è completamente sedentario (25%). La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

I risultati delle attività avviate secondo il Piano regionale di prevenzione hanno identificato, nonostante una serie di criticità nella realizzazione dei progetti, una prevalenza di popolazione a rischio di sviluppo di diabete a 10 anni del 67%, con score > 7 secondo il questionario di Toumiletho. I risultati, anche se riguardanti una popolazione molto inferiore rispetto a quella target prevista, hanno confermato le alte percentuali di popolazione a rischio osservate in altri paesi e la conseguente forte necessità di un intervento preventivo. Il progetto sulla promozione dell'attività fisica evidenzia che solo il 42% dei soggetti intervistati dichiara di avere ricevuto il consiglio di effettuare una regolare attività fisica. È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata, sebbene in misura minore rispetto alla media nazionale: il 10% dei sedentari ritiene di praticare sufficiente movimento. La percentuale di sedentari rimane molto alta anche in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).

Le criticità che hanno accompagnato le diverse fasi di realizzazione dei progetti e che ne hanno determinato una insufficiente estensione e adesione agli inviti dei diversi operatori coinvolti (MMG, diabetologi, cardiologi, farmacisti, dipartimenti di prevenzione) sono state:

1. mancata attivazione aziendale dei progetti



2. carente coordinamento dei professionisti e delle strutture organizzative coinvolte nello screening
3. una comunicazione insufficiente tra le diverse unità operative e operatori coinvolti
4. disomogeneità dei percorsi organizzativi avviati dalle ASL nonché delle modalità di reclutamento/utilizzo del personale impiegato
5. in ambito sanitario va riportato che, gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Il presente Programma si pone l'obiettivo quello di individuare i soggetti a rischio di malattie croniche e consentire la loro presa in carico, attraverso percorsi educativi, per ridurre l'esposizione ai fattori di rischio come fumo, alcol, scorretta alimentazione e sedentarietà. Per il PRP 2014-2018 la regione Sardegna propone una stretta alleanza con gli operatori sanitari, sia del territorio, sia degli ospedali, quali promotori e prescrittori di attività fisica. Ancora si prevede la realizzazione di interventi di promozione dell'attività fisica per le diverse fasce d'età, con attenzione ai determinanti ambientali (sociali e urbanistici) e alle disuguaglianze sociali. Per fare questo il presente Programma sarà realizzato secondo i risultati di uno studio di fattibilità che, partendo dalla situazione attuale e analizzando le criticità rilevate nel precedente programma, i rischi, i costi-benefici, riduca la probabilità di risultati insoddisfacenti e permetta un intervento con strategie multiformi.

## Obiettivi generali e indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P - 1.3</b> <b>Identificazione precoce dei soggetti a rischio di malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e presa in carico sistemica</b>	1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.1 Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia di età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	Non rilevato	Non presente	100% (tutte le regioni hanno realizzato lo studio di fattibilità entro il 2016)	Studi di fattibilità realizzati entro il 2016
		1.10.2 Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e di adesione (entro il 2018)	Non rilevato	Non presente	100% (tutte le regioni hanno il programma)	Programma attivato nella ASL pilota
		1.10.3 Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	Anno 2013: 51,5%	Anno 2013: 68,6	+30%	+30%
		1.10.4 Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore	Anno 2013: 51,4%	Anno 2013: 50,9	+30%	+30%

		sanitario il consiglio di perdere peso				
		1.10.5 Proporzione di consumatori di alcol che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	Anno 2013: 6,2%	Anno 2013: 8,9	+300%	+300%
		1.10.6 Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	Anno: 2013 40,9%	Anno 2013: 48,9	+30%	+30%
	1.11 Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	1.11.1 Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche entro il 2016 e loro attuazione entro il 2018	Non rilevato	Non presente	100% (tutte le regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016 e hanno attuato gli indirizzi regionali entro il 2018)	Indirizzi adottati entro il 2016 e attuati entro il 2018

### Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P – 1.3

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P-1.3.1 Realizzazione dello studio di fattibilità per la implementazione di un Programma di identificazione precoce dei soggetti a rischio di MCNT</b>	Disporre dello studio di fattibilità atto a fornire gli elementi conoscitivi di tipo tecnico ed economico per la realizzazione del Programma, entro il 2016	Stato di avanzamento dello studio di fattibilità attraverso le seguenti fasi: 1. costituzione del Gruppo di progetto multidisciplinare  2. evidenza del documento di fattibilità <b>(indicatore sentinella)</b>	Documentazione inerente lo stato di avanzamento dello studio di fattibilità	NA	-	Evidenza 1° fase	Evidenza documento		



<b>P -1.3.2 Offerta attiva dei percorsi individuati in almeno una ASL della Regione Sardegna, entro il 2017</b>	Attivare i percorsi di individuazione precoce e presa in carico sistemica dei soggetti a rischio di MCNT	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma sulla popolazione target <b>(indicatore sentinella)</b>	Sistema informativo specifico /Software regionale specifico	Numero persone invitate/popolazione target	0	0%	0%	10%	20%
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito a partecipare al programma sulle persone invitate	informativo specifico /Software regionale specifico	Numero di persone screenate/ persone invitate	0	0%	0%	5%	10%
		Proporzione di ASL che hanno formato il personale sanitario coinvolto nei percorsi <b>(indicatore sentinella)</b>	Registri di raccolta firme di partecipazione agli eventi informativi	Numero di ASL che hanno formato il personale sanitario coinvolto nei percorsi /numero totale di ASL	0	0%	0%	50%	100%
<b>P -1.3.3 Sviluppo di programmi di promozione e prescrizioni e dell'esercizio fisico in persone con patologie croniche</b>	Elaborazione di indirizzi regionali per la promozione e prescrizione dell'esercizio fisico entro il 2016 e offerta attiva dei programmi entro il 2018	Stato di avanzamento del documento di indirizzo regionale sulla promozione prescrizione dell'esercizio fisico attraverso le seguenti fasi: 1. costituzione del Gruppo di coordinamento regionale 2. Evidenza del documento di indirizzo regionale <b>(indicatore sentinella)</b>	Documentazione comprovante i lavori di elaborazione degli indirizzi (costituzione Gruppo tecnico Verbali riunioni ) e adozione del documento di indirizzo regionale	NA	-	Evidenza 1° fase	Evidenza documento		
		Proporzione di ASL che hanno costituito e formato l'equipe multidisciplinare <b>(indicatore sentinella)</b>	Atti formali di costituzione delle equipe multidisciplinari e registri di raccolta firme di	Numero di ASL che hanno costituito e formato l'Equipe multidisciplin	0	0	0	50%	100%

			partecipazione agli eventi informativi	are /numero totale di ASL					
--	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--	--

### Pianificazione delle azioni: azione P – 1.3.1

<b>Azione p -1.3.1</b>	<b>Realizzazione dello studio di fattibilità per la implementazione di un Programma di identificazione precoce dei soggetti a rischio di MCNT</b>
Descrizione	Lo studio di fattibilità ha lo scopo di fornire tutti gli elementi conoscitivi, di tipo tecnico ed economico, per la realizzazione del Programma di identificazione precoce dei soggetti, di età compresa tra 45 -60 anni, a rischio di MCNT e la presa in carico sistemica mediante l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico. Questo è fondamentale per ridurre le probabilità di insuccesso, a causa delle ridotte risorse economiche e la complessità dell'intervento.
Gruppo beneficiario prioritario	Persone di età compresa tra 45 -60 anni.
Setting identificato per l'azione	NA
Gruppi di interesse	Cittadini - operatori sanitari
Prove di efficacia	L'importanza di una precoce identificazione della malattia è supportata da numerose evidenze, che indicano la possibilità di ottenimento di un migliore stato di benessere cardiovascolare negli anni successivi alla diagnosi. Al momento però, nessun trial clinico ha valutato gli effetti e la <i>cost-effectiveness</i> di strategie di screening sequenziali per individuare nuovi casi di persone a rischio di malattie cardiovascolari e di diabete tipo 2. E' stato recentemente condotto uno studio su popolazione non affetta da diabete che ha utilizzato un modello matematico denominato Archimedes per stimare la <i>cost-effectiveness</i> di diverse strategie di screening che comprendevano la misura di glicemia a digiuno, pressione arteriosa e profilo lipidico, rispetto a una strategia di non screening. Gli autori hanno concluso che nella popolazione statunitense lo screening per diabete tipo 2 risulta essere <i>cost-effective</i> quando iniziato nell'età compresa tra 30 e 45 anni e ripetuto ogni 3-5 anni. Eddy DMet al. Diabetes care 2003 26: 3102-10. Studi randomizzati controllati (RCTs) hanno dimostrato che la modifica dello stile di vita, con modesta perdita di peso e aumento dell'attività fisica previene o ritarda l'insorgenza del diabete e delle malattie cardiovascolari. ESC guidelines 30 August 2013
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'azione coinvolgerà un gruppo di professionisti con competenze differenti e complementari alla definizione dello studio di fattibilità: epidemiologi, medici di organizzazione, clinici e economisti.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -1.3.1.1</b> Costituzione di un Gruppo di progetto multidisciplinare	Lo studio di fattibilità comporta il coinvolgimento di diverse competenze di tipo epidemiologico, organizzativo, clinico ed economico; pertanto il Gruppo di progetto dovrà essere multi professionale e multidisciplinare.
<b>P -1.3.1.2</b> Analisi del profilo di salute per le malattie croniche non trasmissibili	Questa fase di realizzazione dello studio di fattibilità prevede l'analisi e la valutazione del contesto regionale dal punto di vista demografico, epidemiologico, socio – economico e organizzativo con specifico riferimento alle MCNT.

della regione Sardegna	
<b>P -1.3.1.3</b> Delineare una proposta di massima e valutare le possibili alternative	A partire dall'analisi del contesto regionale, il Gruppo di progetto è chiamato a definire una proposta di massima che ricomprenda le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali, economico-finanziarie del Programma da realizzare. Tale proposta di massima (modello di riferimento) deve inoltre essere valutata rispetto a possibili alternative, in funzione anche della fattibilità economica, finanziaria e organizzativa.
<b>P -1.3.1.4</b> Definizione della proposta di programma da realizzare	Sulla base di quanto indicato nella proposta di massima e valutate le possibili alternative, il Gruppo di progetto formulerà una proposta di Programma dettagliando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- le MCNT che si intendono contrastare;</li> <li>- la popolazione target da coinvolgere;</li> <li>- la definizione dei percorsi dal punto di vista organizzativo e clinico gestionale;</li> <li>- i tempi di realizzazione;</li> <li>- le modalità e gli strumenti di monitoraggio e valutazione;</li> <li>- la stima delle risorse da impiegare.</li> </ul>
Rischi e management dei rischi	I rischi sono rappresentati dalla difficoltà insite nello studio di fattibilità per insufficiente competenza/formazione nell'uso di strumenti metodologici.
Sostenibilità	La sostenibilità della realizzazione dello studio è strettamente legata alla disponibilità di appropriate competenze.

### Cronoprogramma azione P -1.3.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -1.3.1.1</b> Costituzione di un Gruppo di progetto multidisciplinare	Regione															
<b>P -1.3.1.2</b> Analisi del profilo di salute per le malattie croniche non trasmissibili della regione Sardegna	Gruppo di progetto multidisciplinare/ Assessorato Sanità															
<b>P -1.3.1.3</b> Delineare una proposta di massima e valutare le possibili alternative	Gruppo di progetto multidisciplinare/ Assessorato Sanità															
<b>P -1.3.1.4</b> Definizione della proposta di programma da realizzare	Gruppo di progetto multidisciplinare/ Assessorato Sanità															

### Pianificazione delle azioni: azione P – 1.3.2

<b>Azione P -1.3.2</b>	<b>Offerta attiva dei percorsi individuati in almeno una ASL della Regione Sardegna, entro il 2017</b>
Descrizione	I percorsi finalizzati all'individuazione precoce e presa in carico sistemica a regime dovranno interessare tutte le strutture del territorio regionale. Inizialmente verrà identificata una ASL che farà da apripista raccogliendo feedback dalla realizzazione e applicazione del programma. Gli elementi emersi dall'attività di feedback, saranno utilizzati per la revisione dei percorsi e la loro estensione a tutto il territorio regionale. In

	base ai criteri stabiliti nello studio di fattibilità verranno identificati e presi in carico i soggetti stratificati per diverse classi di rischio. Questi soggetti verranno sottoposti a programmi di intervento secondo protocolli predeterminati graduati per le diverse classi di rischio che saranno applicati uniformemente in tutte le ASL. Per assicurare questa uniformità verrà definito un programma di formazione per gli operatori dei centri che dovranno realizzare il programma. I soggetti risultati non a rischio rientreranno in un programma di sorveglianza.
Gruppo beneficiario prioritario	L'azione è rivolta a tutta la popolazione di età compresa tra 45-60 anni
Setting identificato per l'azione	Tutte le strutture sanitarie deputate all'identificazione e la presa in carico delle persone che risulteranno a rischio
Gruppi di interesse	Tutta la popolazione di età compresa tra i 45 e i 60 anni, gli operatori coinvolti
Prove di efficacia	Tutta la letteratura a favore del precoce intervento sullo stile di vita per la prevenzione delle malattie cardiovascolari
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Per definizione la prevenzione secondaria ha un forte impatto nella popolazione ed è rappresentata da interventi di sanità pubblica fortemente caratterizzati da un'insieme di percorsi che richiedono trasversalità delle azioni ed intersettorialità dei soggetti coinvolti secondo un'orchestrazione pianificata ed armonica tra le diverse parti coinvolte. Tutto ciò pone in evidenza la necessità che si abbia la garanzia di una forte strutturazione organizzativa di supporto alla pianificazione e realizzazione dei processi, insieme all'orientamento specifico delle discipline coinvolte nell'assicurare i diversi step dei programmi. Operatori sanitari di differenti servizi, gli uni di matrice organizzativa gli altri di matrice clinico diagnostica, sono chiamati a partecipare apportando la propria professionalità nell'erogazione delle diverse prestazioni, avendo ben chiaro il proprio ruolo nel raggiungimento di un obiettivo comune.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -1.3.2.1</b> Organizzazione aziendale dei percorsi e costituzione delle equipe multidisciplinari di supporto	In ciascuna ASL verrà individuata una struttura organizzativa, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, gestita da personale dedicato e in possesso di requisiti professionali previsti per la organizzazione dei Servizi, che avrà la responsabilità di garantire la pianificazione, il coordinamento, la gestione ed il monitoraggio dei Programmi. La struttura si avvarrà del supporto scientifico di un nucleo interdisciplinare composto dagli specialisti delle discipline che operano all'interno dei programmi.
<b>P -1.3.2.2</b> Definizione del percorso di formazione degli operatori coinvolti nei percorsi	Il Gruppo di progetto di cui all'azione 1.2.1 definirà il percorso formativo per gli operatori sanitari coinvolti nell'attuazione del Programma. La struttura organizzativa del Dipartimento di Prevenzione, deputata al coordinamento del Programma, avrà il compito di realizzare il piano di formazione per tutti gli operatori sanitari coinvolti nei percorsi
<b>P -1.3.2.3</b> Analisi e definizione delle esigenze informative dei percorsi entro il primo semestre 2017	Il Gruppo di progetto di cui all'azione 1.2.1 dovrà analizzare le esigenze informative del percorso per la documentazione delle attività e dei loro esiti e predisporre gli strumenti per la gestione delle informazioni di scambio tra i diversi livelli o centri di screening (1°, 2°) finalizzata alla informatizzazione dei processi informativi.
<b>P -1.3.2.5</b> Avvio dei percorsi in una azienda sanitaria pilota entro il secondo semestre del 2017	Poiché sarà necessario avere dei feedback immediati per la standardizzazione delle diverse procedure e attività dei percorsi, gli stessi saranno avviati da una azienda pilota in possesso di requisiti di competenza ed esperienza nei programmi di prevenzione e promozione della salute.
<b>P -1.3.2.6</b> Verifica dei risultati del programma nell'azienda pilota entro la fine del 2018	Il percorso realizzato nell'azienda pilota sarà oggetto di verifica da parte del Gruppo di Progetto. Gli elementi emersi dall'attività di feedback saranno utilizzati per la revisione dei percorsi e la loro estensione a tutto il territorio regionale
Rischi e management dei	Il rischio è quello di non essere in grado di attivare dei meccanismi decisionali e

rischi	ritardare l'avvio del programma e il rispetto dei tempi previsti
Sostenibilità	La sostenibilità è garantita dallo studio di fattibilità che prende in considerazione il vincolo delle risorse disponibili.

### Cronoprogramma azione P -1.3.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -1.3.2.1</b> Organizzazione aziendale dei percorsi e costituzione delle equipe multidisciplinari di supporto	ASL/dipartimenti di prevenzione															
<b>P -1.3.2.2</b> Definizione del percorso di formazione degli operatori coinvolti nei percorsi	Gruppo di progetto multidisciplinare/ regione /ASL															
<b>P -1.3.2.3</b> Analisi e definizione delle esigenze informative dei percorsi entro il primo semestre 2017	Gruppo di progetto multidisciplinare/ regione															
<b>P -1.3.2.4</b> Avvio dei percorsi in una azienda sanitaria pilota entro il secondo semestre del 2017	Azienda sanitaria pilota															
<b>P -1.3.2.5</b> Verifica dei risultati del programma nell'azienda pilota entro la fine del 2018	Gruppo di progetto multidisciplinare/ regione /azienda sanitaria pilota															

### Pianificazione delle azioni: azione P – 1.3.3

<b>Azione P - 1.3.3</b>	<b>Sviluppo di programmi di promozione e prescrizione dell'esercizio fisico in persone con patologie croniche</b>
-------------------------	---

Descrizione	<p>L'azione si svilupperà con interventi sulla popolazione con patologie croniche conclamate che possono trarre benefici dalla sport terapia, promuovendo il movimento, sia nella vita quotidiana sia in occasioni organizzate, anche con programmi di prescrizione dell'esercizio fisico.</p> <p>E' prioritaria l'elaborazione di indirizzi regionali sulla promozione e prescrizione dell'esercizio fisico nelle persone con patologie croniche; tale attività, da realizzarsi entro un anno dall'entrata in vigore del PRP, è di pertinenza di un Gruppo di coordinamento regionale sulla promozione-prescrizione dell'esercizio fisico, di tipo multiprofessionale e multidisciplinare.</p> <p>A seguire è indispensabile individuare nelle ASL delle equipe multidisciplinari che saranno formate dal Gruppo di coordinamento regionale sulla promozione-prescrizione dell'esercizio fisico.</p> <p>Le equipe formate nelle ASL diventeranno i formatori che realizzeranno la formazione a cascata ai medici specialisti deputati alla promozione-prescrizione dell'esercizio fisico.</p> <p>Diversamente dalla promozione, la prescrizione dell'esercizio fisico è un vero e proprio atto medico e deve essere fatta da chi ha le competenze per farlo. Prescrivere l'esercizio fisico implica indicare quanto farne, di che tipo, con quale intensità e quante volte.</p> <p>I medici formati nelle ASL possono fare attività di promozione e di prescrizione individuale o per gruppi omogenei di persone con la medesima patologia e comunque con uguale livello di inquadramento, quest'ultimo individuato secondo uno schema che prevede tre livelli di graduazione delle attività legate alla tipologia, modalità di prescrizione e somministrazione.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta alla popolazione con patologie croniche che possono trarre benefici dall'attività fisica.
Setting identificato per l'azione	Servizio Sanitario Regionale. Per la prescrizione strutture idonee per la pratica dell'esercizio fisico open e indoor.
Gruppi di interesse	Gli operatori del servizio sanitario dei Dipartimenti di Prevenzione, di Diagnosi e Cura, dei CSM e i MMG. Gli Enti Locali, il CONI e le scuole per la promozione dell'esercizio fisico. E' indispensabile inoltre coinvolgere le associazione dei malati.
Prove di efficacia	Gli interventi di promozione e prescrizione dell'esercizio fisico prevedono azioni di provata efficacia secondo le raccomandazioni nazionali e internazionali.
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	Gli interventi interessano diverse strutture del SSN. I Dipartimenti di Prevenzione sono interessati prevalentemente nella promozione dell'attività fisica così come i MMG. I servizi di Cardiologia, Diabetologia, Neurologia, Oncologia e i Centri di Salute Mentale possono informare i loro pazienti sui benefici dell'attività fisica e in collaborazione con i servizi di Medicina dello sport prescrivere l'esercizio fisico. Gli Enti Locali occupano un posto di rilievo poiché in sintonia con il SSN, possono risultare decisivi per gli interventi strutturali e ambientali. Il CONI è un partner importante per la promozione dell'esercizio fisico.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -1.3.3.1</b> Costituzione di un Gruppo di coordinamento regionale sulla promozione-prescrizione dell'esercizio fisico	Si ritiene necessario l'individuazione a livello Regionale di Gruppo di un coordinamento regionale sulla promozione-prescrizione dell'esercizio fisico, coordinato da un coordinatore individuato tra i componenti del Gruppo.





REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	<p>Il Gruppo di coordinamento regionale avrà i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- redazione degli indirizzi regionali per la promozione e prescrizione dell'attività fisica;</li><li>- definizione di un piano formativo sulla promozione e prescrizione dell'esercizio fisico;</li><li>- svolgimento della formazione delle equipe multidisciplinari aziendali;</li><li>- monitoraggio e valutazione dell'attuazione degli indirizzi regionali.</li></ul> <p>Il Gruppo di coordinamento dovrà essere multiprofessionale e multidisciplinare (medico dello sport, cardiologo, diabetologo, geriatra, fisiatra, medico di sanità pubblica)</p>
<p><b>P -1.3.3.2</b> Elaborazione degli indirizzi regionali per la promozione e prescrizione dell'attività fisica (impostazione, redazione e validazione del documento regionale d'indirizzo)</p>	<p>Esiste una vasta letteratura scientifica internazionale e ci sono molte evidenze scientifiche circa l'efficacia dell'esercizio fisico in diverse condizioni patologiche. Esistono inoltre linee guida sulla promozione-prescrizione dell'esercizio fisico che seguono diverse correnti di pensiero ( in Italia quelle della FMSI, in Europa quelle della EFSMA, negli Stati Uniti quella della ACSM). Sarà compito del Gruppo di coordinamento regionale redigere il documento d'indirizzo regionale a partire dalle linee guida esistenti e secondo un modello a rete testato in altre regioni italiane adeguato al contesto sardo.</p>
<p><b>P -1.3.3.3</b> Costituzione delle equipe multidisciplinari aziendali e loro formazione sugli indirizzi regionali e sulla loro applicazione</p>	<p>Il Gruppo di coordinamento regionale dovrà redigere il Piano formativo sulla promozione e prescrizione dell'esercizio fisico finalizzato alla formazione delle equipe multidisciplinari aziendali e alla successiva formazione a cascata ai medici specialisti ai quali è demandata la promozione-prescrizione dell'esercizio fisico in soggetti con patologie croniche conclamate.</p> <p>Un piano di promozione dell'attività fisica necessita di azioni di comunicazione e informazione, rivolte sia ai diversi sottogruppi di popolazione che agli operatori sanitari. Le iniziative spaziano dal sito web, alle newsletter, agli eventi promozionali, alla realizzazione di materiale divulgativo. Verranno preparate in sede aziendale giornate informative per coloro che non parteciperanno attivamente ai corsi di formazione ma saranno comunque facilitatori nella comunicazione del progetto.</p>
<p><b>P -1.3.3.4</b> Applicazione degli indirizzi regionali per la promozione e la prescrizione dell'esercizio fisico nelle persone con patologie croniche</p>	<p>Il progetto sarà operativo in tutte le ASL della Sardegna, limitatamente alle attività di promozione e prescrizione dell'esercizio fisico inquadrato nel primo livello di attività (attività libere). Sarà invece avviato l'intero progetto, compresa la prescrizione dell'esercizio fisico con inquadramento nel secondo e terzo livello, in una ASL pilota in possesso di requisiti di competenza ed esperienza nei programmi di promozione e prescrizione dell'esercizio fisico nelle persone con patologie croniche.</p> <p>Il programma prevede la realizzazione di una rete aziendale di professionisti:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) i medici di Medicina dello sport;</li><li>2) i MMG e i Medici specialisti di cardiologia, diabetologia, neurologia, oncologia e psichiatria;</li><li>3) i LSM, che a loro volta dovranno essere preventivamente formati, indispensabili nella somministrazione dell'esercizio fisico nei pazienti inquadrati nel secondo e terzo livello di attività.</li></ol> <p>La somministrazione dell'esercizio fisico per i pazienti inquadrati nel secondo e terzo livello dovrà avvenire in strutture aziendali della ASL</p>

	<p>pilota, dotate di requisiti strutturali e organizzativi adeguati. A seguire si intende estendere alle altre ASL della Regione Sardegna la prescrizione dell'esercizio fisico secondo i modelli sperimentati nella ASL pilota.</p>
Rischi e management dei rischi	<p>La scarsa compliance della popolazione ai programmi di promozione dell'attività fisica e l'elevato drop out nei programmi di prescrizione dell'esercizio fisico è il rischio più alto del progetto. Una delle cause della sedentarietà, a parte la ridotta disponibilità di tempo utile è anche la ridotta possibilità di muoversi in modo sicuro e indipendente a piedi o in bicicletta nel proprio ambiente di vita. Ancora la percezione della sedentarietà come determinante di rischio di salute è molto basso.</p>
Sostenibilità	<p>Attualmente in tutte le ASL della Sardegna sono state attivate, anche se in maniera non coordinata, iniziative di promozione e prescrizione dell'esercizio fisico. Poiché è necessario implementare e razionalizzare tali attività, affinché il sistema sia sostenibile è necessario che sia semplice nel suo disegno e quindi di facile eseguibilità. E' necessario rendere operativi gli scambi di informazione all'interno delle strutture sanitarie e tra diverse strutture sanitarie e gli altri portatori d'interesse</p>

### Cronoprogramma azione 1.3.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -1.3.3.1</b> Costituzione di un Gruppo di coordinamento regionale sulla promozione-prescrizione dell'esercizio fisico	Regione															
<b>P -1.3.3.2</b> Elaborazione degli indirizzi regionali per la promozione e prescrizione dell'attività fisica (impostazione, redazione e validazione del documento regionale d'indirizzo)	Gruppo di coordinamento regionale sulla promozione-prescrizione dell'esercizio fisico/regione															
<b>P -1.3.3.3</b> Costituzione delle equipe multidisciplinari aziendali e loro formazione sugli indirizzi regionali e sulla loro applicazione	Gruppo di coordinamento regionale sulla promozione-prescrizione dell'esercizio fisico/ Regione / ASL															
<b>P -1.3.3.4</b> Applicazione degli indirizzi regionali per la promozione e la prescrizione dell'esercizio fisico nelle persone con patologie croniche	ASL +ASL pilota															

## Programma P-1.4: Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening e presa in carico sistemica

### Descrizione del programma

I Programmi organizzati di screening oncologico, attivati in Sardegna in modo progressivo, a partire dal 2006, sulla spinta programmatica del Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007, presentano un grado di attuazione territoriale incompleto, e disomogeneo.

Presupposto fondamentale per l'efficacia dei Programmi organizzati di screening oncologico è che tutta la popolazione target possa accedere alle prestazioni e che questo avvenga secondo una tempistica che rispetti gli standard definiti dalle linee guida nazionali e internazionali.

I dati relativi alla estensione ed alla adesione dei Programmi di screening in Sardegna (dati tratti dalle Survey dell'Osservatorio nazionale Screening, riferiti all'anno 2013), evidenziano quanto segue:

- per lo **screening del cervico-carcinoma**, a fronte di una estensione grezza del 65,7%, l'adesione reale è stata pari a 24,9% (41.161 su 160.503) della popolazione target,
- per lo **screening mammografico**, a fronte di una estensione grezza del 63,7%, l'adesione reale è stata pari a 24,7% (29.189 su 118.027) della popolazione target,
- per lo **screening del colon retto**, a fronte di una estensione grezza del 61%, l'adesione reale è stata pari al 19,9% (45.426 su 227.997) della popolazione target.

La mappatura dei percorsi sanitari attivati da ciascuna ASL per ciascun Programma di screening, effettuata mediante una rilevazione ad hoc nell'anno 2014, ha evidenziato alcune criticità che consentono di spiegare, almeno in parte, l'insufficiente livello di estensione e di adesione agli inviti. In sintesi i punti critici rilevati, sia a livello regionale sia a livello di Azienda Sanitaria Locale, sono i seguenti:

**1. insufficiente governance regionale**, sia nella fase di pianificazione dei percorsi, sia nelle fasi di monitoraggio e di valutazione dei Programmi, con conseguente:

- disomogeneità dei modelli organizzativi attivati nell'ambito delle ASL, con conseguente fragilità della macchina organizzativa e disomogeneità dei percorsi, nonché delle modalità di reclutamento/utilizzo del personale impiegato;
- mancata attivazione dei percorsi interaziendali, qualora necessari per garantire la qualità delle prestazioni secondo gli standard nazionali definiti, e dei rapporti di committenza sottostanti;
- mancata identificazione, a livello regionale di centri di riferimento per le prestazioni chirurgiche, dotati degli standard previsti dalle linee guida nazionali;
- mancata definizione del ruolo delle Aziende Ospedaliere e/o Ospedaliere – Universitarie nell'ambito dei predetti percorsi interaziendali, e dei rapporti di committenza sottostanti;
- insufficiente programmazione e promozione dell'attività formativa rivolta agli operatori;
- mancata definizione/implementazione degli strumenti/metodologie di monitoraggio della qualità dei programmi attivati e dei costi di realizzazione degli stessi;
- mancato avvio di un monitoraggio epidemiologico, di impatto sulla salute della popolazione di riferimento e del sistema informativo di supporto;
- insufficiente consultazione dei rappresentanti dei cittadini, anche ai fini del loro coinvolgimento attivo nella comunicazione/informazione alla popolazione, per favorire una adesione consapevole agli screening;
- assegnazione dei finanziamenti a prescindere da un'adeguata valutazione dei percorsi organizzativi secondo criteri di qualità e di efficienza;
- necessità di rivisitazione delle modalità di monitoraggio della spesa in ragione dell'appropriatezza degli interventi e della coerenza con i dati di attività dichiarati e certificati attraverso le survey dell'ONS;

**2. insufficiente governance delle Aziende Sanitarie Locali**, determinata dalla percezione dello screening organizzato come attività straordinaria e aggiuntiva, e non come Livello Essenziale di Assistenza, con importanti ripercussioni sulle diverse fasi della pianificazione, realizzazione e monitoraggio dei Programmi, come appresso indicato:

- massiccio utilizzo di personale precario o impiego del personale dipendente al di fuori dal normale orario di servizio, nell'ambito di attività straordinaria e aggiuntiva;
- carente coordinamento dei professionisti e delle strutture organizzative coinvolte nei percorsi da parte delle direzioni aziendali, coordinamento spesso demandato direttamente ai responsabili dei Centri screening non dotati, peraltro, dei poteri di negoziazione sufficienti e necessari a definire e strutturare in modo efficace il complesso percorso di screening in tutte le fasi o processi in cui si articola, fasi e processi distribuiti in differenti strutture organizzative aziendali;
- insufficiente consapevolezza da parte degli operatori, appartenenti alle strutture inserite nelle diverse fasi del percorso, di far parte di un programma organizzativo unitario e trasversale che, in quanto tale, richiede il rispetto delle tempistiche stabilite, secondo gli standard e i parametri di qualità, nonchè il ritorno informativo delle attività svolte al Centro Screening aziendale per le valutazioni sanitarie e amministrative dei Programmi;
- scarso coinvolgimento dei medici di medicina generale, sia nella fase operativa che nei percorsi formativi.

Il presente programma, si propone di adottare i correttivi ai punti critici individuati nei Programmi di screening oncologico organizzato attivati nella regione, in modo da sviluppare, a livello regionale e a livello aziendale, una governance più efficace ed efficiente, finalizzata al miglioramento della estensione, dell'adesione e della qualità dei programmi nel rispetto degli standard fissati dalle linee guida nazionali, alla introduzione del test HPV-DNA, quale test primario per il tumore della cervice uterina, e all'identificazione precoce dei soggetti a rischio eredo-familiare per tumore alla mammella, sulla base di indirizzi regionali.

## Obiettivi generali e indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P - 1.4</b> <b>Identificazioni precoci dei tumori oggetto di screening organizzato</b>	1.12 Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	1.12.1 Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICE UTERINA sulla popolazione bersaglio	Anno 2012: 77%	Anno 2013: 65,7%	+30% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	+55% (per raggiungere il 100% della popolazione bersaglio)
		1.12.2 Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio	Anno 2012: 73%	Anno 2013: 63,7%	+37% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	+58% (per raggiungere il 100% della popolazione bersaglio)
		1.12.3 Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio	Anno 2012: 57%	Anno 2013: 61,0%	+75% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	+ 65% (per raggiungere il 100% della popolazione bersaglio)
	1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13.1 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (screening cervice uterina)	Anno 2012: 31,6%	Anno 2013: 24,9%	+55% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)	+100% (per raggiungere il 50% della popolazione bersaglio)
		1.13.2 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (screening mammografico)	Anno 2012: 42,0%	Anno 2013: 24,7%	+45% (per raggiungere il 60% previsto dai	+143% (per raggiungere il 60% della popolazione



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

					LEA)	bersaglio)
		1.13.3 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (screening coloretale)	Anno 2012: 26%	Anno 2013: 19,9%	+95% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)	+150% (per raggiungere il 50% della popolazione bersaglio)
	1.14 Riorganizzare/ avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1 Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina con l'introduzione dei test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)	Non rilevato	Non esistente	100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	Adozione indirizzi regionali programmatori entro il 2016
		1.14.2 Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	Non rilevato	NA	100% Tutte le Regioni hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA	Attivazione programma con test HPV-DNA in maniera esclusiva entro il 2018
	1.15 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per il tumore della mammella	1.15.1 Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	Non rilevato	Non esistenti	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	Adozione indirizzi regionali programmatori entro il 2016
		1.15.2 Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	Non rilevato	NA	100% Tutte le Regioni hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	Attivazione percorsi in tutte le aziende sanitarie entro il 2018

### Giustificazione dei valori attesi regionali

I valori attesi regionali al 2018 rispettano i LEA. Tuttavia si rappresenta quanto segue.

Nell'anno 2013 i tassi di estensione dei diversi Programmi di screening oncologico organizzato si sono avvicinati alle medie nazionali benché in Sardegna l'attivazione degli screening sia piuttosto recente e i Programmi presentino ancora molti dei problemi organizzativi propri della fase di avvio e di consolidamento. Si ritiene che entro il 2018 si possano ragionevolmente raggiungere e mantenere nel tempo livelli di estensione intorno al 100%.

Per quanto riguarda invece l'adesione della popolazione invitata, si ritiene, alla luce anche dei dati degli ultimi 5 anni, che gli standard adottati a livello nazionale per questo obiettivo centrale siano ancora difficilmente perseguibili nel breve – medio periodo. Infatti, in Sardegna, l'adesione (della popolazione invitata) per tutti e tre gli screening, negli ultimi 5 anni, si è mantenuta costante; in particolare per quanto riguarda lo screening della cervice uterina l'adesione grezza ha presentato un range di valori che va dal 39,6% al 45,8% nel 2012 e con una diminuzione nel 2013 che ha presentato un valore pari al 39%. Nello screening mammografico negli anni 2009-2013 l'adesione grezza ha presentato un trend di



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

valori in diminuzione con un'adesione del 47% nel 2009 e 2010, 43% nel 2011 e 2012 fino a ridursi al 38,9% nel 2013. Nello screening coloretale i valori di adesione sono stati relativamente costanti con valori pari al 38% sia nel 2009 sia nel 2013 con una punta nel 2010 del 40%.

Pertanto, si ritiene che in Sardegna, per quanto concerne gli standard di adesione della popolazione target (estensione x adesione agli inviti = adesione reale), la sfida appare particolarmente ardua e si cercherà comunque, considerato che si tratta di obiettivi LEA, di avvicinarsi ai valori previsti con le azioni che ragionevolmente potranno essere sviluppate nell'arco di vigenza di questo Piano.

Per gli altri obiettivi centrali di sistema, si ritiene di poter raggiungere entro i termini stabiliti gli standard previsti.

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P – 1.4

Azione	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P -1.4.1 Ridefinizione dei percorsi di screening su base regionale, in funzione degli standard di qualità e della sostenibilità del sistema</b>	Aumentare progressivamente l'estensione dello screening del tumore della cervice uterina, della mammella e del colon retto, nella regione Sardegna per raggiungere entro il 2018 valori intorno al 100%	Percentuale di donne che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della cervice uterina sulla popolazione bersaglio <b>(indicatore sentinella)</b>	Dati ONS Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> donne che ricevono l'invito a partecipare allo screening in un determinato anno <i>Denominatore:</i> popolazione target annuale	65,7%	68%	75%	85%	100%
		Percentuale di donne che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening mammografico sulla popolazione bersaglio <b>(indicatore sentinella)</b>	Dati ONS Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> donne che ricevono l'invito a partecipare allo screening in un determinato anno <i>Denominatore:</i> popolazione target annuale	63,7%	65%	75%	85%	100%
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening coloretale sulla popolazione bersaglio <b>(indicatore sentinella)</b>	Dati ONS Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> persone che ricevono l'invito a partecipare allo screening in un determinato anno <i>Denominatore:</i> popolazione target annuale	61,00%	70%	75%	85%	100%



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>P -1.4.2 Miglioramento della qualità dei percorsi, nonché della informazione e comunicazione alla popolazione target specifica</b>	Aumentare progressivamente l'adesione reale allo screening del tumore della cervice uterina, della mammella e del colon retto, nella regione Sardegna, per raggiungere entro il 2018 i seguenti valori: 50% cervice uterina e colon retto e 60% mammella	Percentuale annua di donne che hanno aderito all'invito (screening cervice uterina) <b>(indicatore sentinella)</b>	Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> numero di donne che hanno aderito all'invito <i>Denominatore:</i> popolazione bersaglio annua	24,9%	25%	30%	40%	50%
		Percentuale annua di donne che hanno aderito all'invito (screening mammografico) <b>(indicatore sentinella)</b>	Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> numero di donne che hanno aderito all'invito <i>Denominatore:</i> popolazione bersaglio annua	24,7%	25%	30%	40%	60%
		Percentuale annua di persone che hanno aderito all'invito (screening coloretale) <b>(indicatore sentinella)</b>	Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> numero di persone che hanno aderito all'invito <i>Denominatore:</i> popolazione bersaglio annua	19,9%	22%	30%	40%	50%
<b>P -1.4.3 Riorganizzazione del percorso dello screening del cervico-carcinoma per l'introduzione e dell'HPV-DNA come test primario e avvio delle attività entro il 2017</b>	Utilizzare in maniera esclusiva il test HPV-DNA quale test primario, in tutte le Aziende sanitarie della regione Sardegna, entro il 2018	Adozione di indirizzi regionali programmatori entro il 2016 <b>(indicatore sentinella)</b>	Documentazione le attività propedeutiche e l'adozione e degli indirizzi regionali	NA			Ev.		
		Percentuale annua di donne che riceve l'invito ad eseguire lo screening con il test HPV-DNA quale test primario <b>(indicatore sentinella)</b>	Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> numero di donne che riceve l'invito a partecipare allo screening con HPV-DNA test <i>Denominatore:</i> popolazione target annua	0%	0%	0%	40%	100%
<b>P - 1.4.4 Definizione dei percorsi diagnostico terapeutici per l'identificazione e la presa in carico dei soggetti a rischio per il tumore eredo-</b>	Identificare precocemente i soggetti ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2, mediante l'attivazione dei percorsi in	Adozione di indirizzi regionali programmatori entro il 2016 <b>(indicatore sentinella)</b>	Documentazione le attività propedeutiche e l'adozione e degli indirizzi regionali	NA			Ev.		
		Definizione/adozione di protocolli di sorveglianza periodica per	Documentazione le attività propedeutiche	NA			Ev		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>familiare della mammella e avvio delle attività entro il 2017</b>	tutte le Aziende sanitarie della Regione Sardegna entro il 2018	profilo di rischio e di protocolli terapeutici entro il 2016	tiche e l'adozion e dei protocolli di sorveglianza						
		Proporzione di aziende sanitarie che attivano il percorso per la presa in carico dei soggetti a rischio per i tumori eredo-familiari della mammella ( <b>indicatore sentinella</b> )	Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> Aziende sanitarie che hanno attivato il percorso <i>Denominatore:</i> totale aziende sanitarie	0/8	0/8	0/8	3/8	8/8

## Pianificazione delle azioni: azione P -1.4.1

<b>Azione P- 1.4.1</b>	<b>Ridefinizione dei percorsi di screening su base regionale, in funzione degli standard di qualità e della sostenibilità del sistema</b>
Descrizione	<p>Presupposto fondamentale per l'efficacia dei Programmi organizzati di screening oncologico è che tutta la popolazione target possa accedere alle prestazioni e che questo avvenga secondo una tempistica che rispetti gli standard definiti dalle linee guida nazionali e internazionali. Un'estensione parziale costituisce fonte di disuguaglianza accesso ai servizi: pertanto occorre prevedere un'attenta valutazione e revisione degli strumenti organizzativi, professionali, strumentali necessari a garantire la possibilità alla totalità della popolazione target di fruire concretamente e uniformemente del servizio in tutto il territorio regionale, nel rispetto della tempistica e degli standard di qualità previsti.</p> <p>I dati relativi alla estensione dei Programmi di screening in Sardegna riferiti all'anno 2013, evidenziano quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- per lo screening del cervico-carcinoma, a fronte di una estensione grezza del 65,7%, della popolazione target,</li><li>- per lo screening mammografico, a fronte di una estensione grezza del 63,7%, della popolazione target,</li><li>- per lo screening del colon retto, a fronte di una estensione grezza del 61%, della popolazione target.</li></ul> <p>La presente azione verte sulla riorganizzazione dei percorsi di screening al fine di incrementare la copertura della popolazione target attraverso l'individuazione dei correttivi ai punti critici individuati nella governance regionale e in quella aziendale, in funzione degli standard di qualità e della sostenibilità del sistema.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Tutte le donne di età 50-69 anni per lo screening della mammella; tutte le donne di età 25-64 anni per lo screening della cervice uterina; tutte le persone di età 50-69 anni per lo screening del colon retto
Setting identificato per l'azione	Gli ambulatori, le U.O. Ospedaliere e Territoriali delle Aziende sanitarie dove si svolgono attività di screening di primo, secondo e terzo livello.
Gruppi di interesse	Destinatari: tutta la popolazione target Operatori: tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso screening;





Prove di efficacia	Il Consiglio Europeo nel documento del 2 dicembre 2003 sullo screening dei tumori (2003/878/CE, Gazzetta ufficiale dell'Unione europea L 327 del 16.12.2003) raccomanda l'effettuazione degli screening per il tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto in tutti i Paesi membri. In Italia sono state emanate raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto stilate a cura dei Gruppi di lavoro nominati dal Ministro della Salute (Dipartimento Generale delle Prevenzioni) in applicazione della Legge 138/2004 (art. 2 bis). Gli screening per questi tumori sono stati inseriti tra i livelli essenziali di assistenza (LEA).
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Gli screening oncologici hanno aperto un nuovo scenario nell'ambito del SSN dando concretezza alla prevenzione secondaria che si delinea come nuova entità capace di promuovere un'offerta di salute di provata efficacia nell'ambito delle patologie oncologiche. Per definizione la prevenzione secondaria, e conseguentemente lo screening strutturato di popolazione, è tra gli interventi di sanità pubblica fortemente caratterizzati dalla trasversalità e intersettorialità. In particolare la realizzazione degli stessi pone in evidenza la necessità che le azioni siano garantite da una forte strutturazione organizzativa di supporto alla pianificazione e realizzazione dei processi (Centri Screening) insieme all'orientamento specifico delle diverse discipline coinvolte nel garantire i diversi livelli dei programmi. Pertanto diviene necessario curare l'aspetto organizzativo che dovrà essere capace di interfacciarsi con le diverse culture professionali interessate, creando un'armonica espressione dell'offerta. Operatori sanitari di differenti servizi, gli uni di matrice organizzativa gli altri di matrice clinico diagnostica, sono chiamati a partecipare apportando la propria professionalità nell'erogazione delle diverse prestazioni, avendo ben chiaro il proprio ruolo nel raggiungimento di un obiettivo comune.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -1.4.1.1</b> Ricognizione regionale delle risorse esistenti sul territorio e della organizzazione dei percorsi screening oncologici nelle diverse aziende sanitarie entro il 2015	Sarà compito del Gruppo tecnico regionale definire gli strumenti per la ricognizione delle risorse di personale, strumentali ecc, disponibili attualmente, e della organizzazione dei percorsi attivati in ciascuna Azienda sanitaria.
<b>P -1.4.1.2</b> Rivalutare e ri-organizzare i percorsi dello screening del cervico-carcinoma in funzione della qualità e sostenibilità, entro il 2017	Nell'ambito dell'azione 3 del presente programma saranno individuate le attività per la ri-organizzazione del percorso dello screening del cervico-carcinoma, oltre che in funzione degli standard di qualità e della sostenibilità, anche in funzione dell'introduzione dell'HPV-DNA quale test primario. Entro il 2016 dovranno essere definiti gli indirizzi regionali per la riorganizzazione dei percorsi con l'HPV-DNA come test primario e, entro il 2017, dovranno essere avviate le attività.
<b>P-1.4.1.3</b> Rivalutare e ri-organizzare i percorsi dello screening del mammografico in funzione della qualità e sostenibilità, entro il 2017	Sarà compito del Gruppo tecnico regionale elaborare i dati raccolti con la ricognizione dei percorsi attualmente attivati ed effettuare le valutazioni riguardo alla ridefinizione degli stessi in funzione degli standard di qualità e della sostenibilità. Nella ridefinizione dei percorsi dello screening mammografico il Gruppo di programmazione dovrà distinguere la fase della effettuazione della mammografia, garantita dal TSRM, dalla refertazione della stessa, in doppia lettura garantita dai radiologi. Per quanto concerne la prima fase (effettuazione della mammografia) l'obiettivo da perseguire è quello di favorire l'offerta capillare nel territorio utilizzando le Unità Operative di radiodiagnostica, riconducendo l'erogazione della mammografia di screening nell'ambito della normale attività delle stesse, previa



	<p>valutazione del carico complessivo e quindi delle risorse di personale (TSRM) eventualmente necessarie. Al riguardo si evidenzia che secondo le buone pratiche riconosciute è opportuno che i TSRM prestino il 50% del loro debito orario per lo screening. Per quanto concerne le strutture dedicate attualmente presenti nell'ambito del 1° livello (effettuazione della mammografia) il Gruppo tecnico dovrà valutare il ruolo di tali strutture nell'ambito della rete regionale in funzione della sostenibilità organizzativa.</p> <p>Per quanto concerne la seconda fase (refertazione in doppia lettura) il Gruppo tecnico regionale dovrà individuare i nodi della rete, a livello regionale, in funzione degli standard di qualità che prevedono per ogni radiologo di screening, la refertazione di almeno 5.000 mammografie/anno, standard attualmente non praticabile in molte realtà aziendali sarde.</p> <p>In ogni caso, i centri deputati alla refertazione, dovranno essere individuati tra le strutture in grado di assicurare anche il secondo livello di screening (ecografia, citologia, microistologia), e tali strutture dovranno essere possibilmente dedicate.</p> <p>La digitalizzazione delle radiologie deputate al primo livello è necessaria per la individuazione dei nodi regionali deputati alla refertazione in doppia lettura; pertanto dovranno essere svolte le opportune valutazioni in termini di investimenti necessari per la digitalizzazione della rete e la trasmissione delle immagini (tenuto conto degli investimenti già effettuati, delle risorse già disponibili e risultanti dalla mappatura di cui all'attività 1.4.1.1.).</p> <p>Nel percorso dovrà essere assicurato l'orientamento per il terzo livello ai fini della presa in carico delle donne positive.</p>
<p><b>P -1.4.1.4</b> Rivalutare e ri-organizzare i percorsi dello screening del colon retto in funzione della qualità e sostenibilità, entro il 2017</p>	<p>Per quanto riguarda il primo livello di screening coloretale (distribuzione dei Kit e raccolta dei campioni) l'esperienza regionale ha visto il coinvolgimento attivo delle farmacie territoriali convenzionate e delle ditte di trasporto dei farmacie che assicurano la raccolta dei campioni SOF.</p> <p>La criticità riscontrata più rilevante è la seguente: disomogeneità dei rapporti di collaborazione delle ASL con le ditte di trasporto dei farmaci che garantiscono il ritiro dei campioni di SOF presso le farmacie territoriali, ed il recapito degli stessi nei punti di raccolta indicati dalla ASL. Alcune ASL ottengono infatti il servizio in forma gratuita, altre dietro compenso stabilito da apposite convenzioni. Laddove il ritiro dei campioni è a titolo oneroso, al fine di garantire l'economicità del servizio, non tutte le farmacie del territorio possono essere contestualmente attivate e quindi ciò condiziona negativamente la chiamata attiva nel rispetto della tempistica prevista.</p> <p>Considerato il ruolo strategico delle farmacie nello screening coloretale, vista la capillarità della loro distribuzione territoriale, è necessario definire, a livello regionale, i termini della collaborazione sia con le medesime e con i vettori, al fine di garantire condizioni uniformi e sostenibili.</p> <p>Per quanto concerne la fase analitica dei campioni questa dovrà essere garantita dal laboratorio Aziendale di riferimento. Le attività di laboratorio per lo screening coloretale dovranno essere ricondotte nell'ambito della normale attività lavorativa delle Unità Operative previa valutazione del carico complessivo e quindi delle risorse di personale eventualmente necessarie.</p> <p>Al fine di ottimizzare le procedure di acquisizione dei Kit e reagenti dovrà essere espletata una gara unica regionale mediante la individuazione di una ASL capofila.</p> <p>Per quanto riguarda il secondo livello dello screening coloretale, la maggiore criticità rilevata, che rappresenta anche uno dei maggiori determinanti della sua bassa estensione, è la carenza di un numero adeguato di endoscopisti a livello regionale. Ciò crea, in gran parte delle realtà aziendali, un gap organizzativo tra la capacità di offerta del primo livello, (invito attivo e ricerca del SOF) e la capacità di ricezione del</p>



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	<p>secondo livello (colonscopie). Tutto ciò si traduce in una bassa performance del primo livello (numero ridotto di inviti) e in un allungamento dell'intervallo di screening. L'obiettivo è quello di garantire il secondo livello di screening in tutte le realtà aziendali e di definire forme di collaborazione interaziendale tali da supplire nell'immediato alla carenza di professionisti. Lo strumento previsto è un apposito albo regionale nel quale saranno inseriti gli specialisti che operano nei servizi di endoscopia disponibili a prestare la loro attività in più centri. All'uopo, sarà necessario studiare, un modello di committenza a livello regionale.</p> <p>Affinché sia implementato nel lungo periodo il numero di endoscopisti con professionalità adeguata alla esecuzione delle coloncopie operative dovranno essere organizzati puntuali corsi di retraining a livello regionale mediante l'individuazione di una ASL capofila.</p> <p>Nel percorso dovrà essere assicurato l'orientamento per il terzo livello ai fini della presa in carico delle persone positive.</p>
<b>P -1.4.1.5</b> Rafforzare la Governance Aziendale, entro il 2016	<p>Ciascuna Azienda Sanitaria Locale deve individuare formalmente la struttura organizzativa dedicata agli screening oncologici (Centro Screening oncologici) la cui direzione deve essere affidata a personale in possesso dei requisiti professionali previsti per lo svolgimento delle funzioni di organizzazione dei servizi sanitari.</p> <p>Detta struttura è deputata alla governance complessiva dei percorsi negli aspetti di coordinamento, organizzazione e supervisione degli stessi, alla gestione diretta della fase di avvio del percorso, del monitoraggio, attraverso il sistema informativo, e alla gestione, in accordo con i responsabili delle U.O. coinvolte nei percorsi, delle fasi successive all'avvio.</p> <p>Il Centro screening deve essere supportato da un nucleo tecnico interdisciplinare formalizzato dalla direzione generale della ASL, composto dai referenti delle discipline coinvolte nei percorsi di screening.</p> <p>Detto nucleo tecnico avrà la funzione di coadiuvare il Centro screening per individuare le soluzioni tecniche idonee a garantire il miglioramento dei percorsi.</p> <p>L'inserimento degli screening nei LEA impone, dopo la fase di start up (anno 2008 e successivi), di ricondurre ad ordinarietà le attività previste attraverso la responsabilizzazione diretta delle strutture coinvolte nei percorsi: pertanto, ai fini del consolidamento dei Programmi, le Direzioni Generali delle Aziende sanitarie devono prevedere gli strumenti programmatori e di valutazione (obiettivi di budget) idonei allo scopo.</p>
<b>P -1.4.1.6</b> Aggiornare il sistema informatico sulla base della riorganizzazione dei percorsi, entro il primo semestre 2017	<p>Considerato che la revisione organizzativa prevista in questo programma comporterà in alcuni casi l'individuazione di nodi di livello regionale, che entreranno a far parte degli specifici percorsi screening di differenti ASL, si rende necessario aggiornare in funzione di ciò il sistema informatico per quanto concerne le anagrafiche da condividere e il ritorno informativo dai 3° livelli.</p>
<b>P -1.4.1.7</b> Definire e attivare i percorsi interaziendali, entro il secondo semestre 2017	<p>Il Gruppo tecnico regionale, al fine di rendere operativi i percorsi interaziendali individuati con la riorganizzazione di cui alle attività 1.4.2, 1.4.3, 1.4.4, dovrà definire il modello di committenza al fine di regolare, in modo uniforme a livello regionale, le modalità di acquisizione delle prestazioni ivi compresi gli aspetti economici.</p>
Rischi e management dei rischi	<p>Il rischio più rilevante è la probabile resistenza da parte delle strutture coinvolte nei percorsi a ricondurre le prestazioni di screening nell'ambito delle ordinarie attività delle stesse strutture.</p> <p>Un altro rischio è rappresentato dalla resistenza a rinunciare alla propria autonomia aziendale per fare ricorso alle prestazioni erogate dai nodi di livello regionale. Occorre considerare anche i rischi connessi alle difficoltà tecniche per esempio di tipo informatico nel gestire i percorsi interaziendali.</p>



	Sarà quindi necessario prevedere una buona governance sia regionale che aziendale.
Sostenibilità	<p>Gli screening oncologici sono attualmente garantiti utilizzando sia personale strutturato sia personale precario. Per poter migliorare l'offerta il personale dovrà essere stabile e adeguatamente formato.</p> <p>La riorganizzazione prevista è funzionale alla sostenibilità sia organizzativa che economica dei Programmi, con una visione di lungo periodo che prevede il superamento della straordinarietà che ha caratterizzato tutta la fase di avvio e consolidamento fino ad oggi.</p>

## Cronoprogramma azione P -1.4.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -1.4.1.1</b> Ricognizione regionale delle risorse esistenti sul territorio e della organizzazione dei percorsi screening oncologici nelle diverse aziende sanitarie entro il 2015	Gruppo tecnico regionale/ regione / Centri Screening delle singole aziende sanitarie															
<b>P- 1.4.1.2</b> Rivalutare e ri-organizzare i percorsi dello screening del cervico-carcinoma in funzione della qualità e sostenibilità, entro il 2017	Gruppo tecnico regionale/ regione															
<b>P -1.4.1.3</b> Rivalutare e ri-organizzare i percorsi dello screening del mammografico in funzione della qualità e sostenibilità, entro il 2017	Gruppo tecnico regionale/ regione															
<b>P -1.4.1.4</b> Rivalutare e ri-organizzare i percorsi dello screening del colon retto in funzione della qualità e sostenibilità, entro il 2017	Gruppo tecnico regionale/ regione															
<b>P -1.4.1.5</b> Rafforzare la Governance Aziendale, entro il 2016	Gruppo tecnico regionale/ regione / Centri Screening delle singole aziende sanitari															
<b>P -1.4.1.6</b> Aggiornare il sistema informatico alle nuove esigenze, entro il primo semestre 2017	Gruppo tecnico regionale/ regione /Centri Screening delle singole aziende sanitari															
<b>P -1.4.1.8</b> Definire e attivare i percorsi interaziendali, entro il secondo semestre 2017	Gruppo tecnico regionale/ regione / Centri Screening delle singole aziende sanitari															

## Pianificazione delle azioni: azione P -1.4.2

<b>Azione P - 1.4.2.</b>	<b>Miglioramento della qualità dei percorsi, nonché della informazione e comunicazione alla popolazione target specifica</b>
Descrizione	<p>La fidelizzazione dei pazienti a strutture e/o servizi sanitari è condizionata da diverse variabili quali: l'orientamento e l'accesso ai Servizi, la corretta informazione, la qualità delle prestazioni erogate, l'umanizzazione dell'offerta, la presa in carico del paziente in tutti i momenti del suo percorso sanitario, la giusta considerazione delle specifiche esigenze e della contestualizzazione sociale del singolo, soprattutto nel caso di soggetti fragili per i quali si dovrà prevedere l'applicazione di procedure personalizzate (immigrati, detenuti, soggetti emarginati o in isolamento).</p> <p>E' dimostrato che l'adesione cresce col tempo se il percorso è di qualità, ben strutturato, garantito nel tempo, affidabile e con una buona visibilità. Ai fini della visibilità è importante che ogni campagna informativa, e gli ulteriori strumenti partecipativi utilizzati, tenga conto della specificità dei diversi gruppi di popolazione per rendere il messaggio più efficace.</p> <p>La presente azione ha l'obiettivo di mettere in atto questi criteri nella rivisitazione dell'organizzazione dei programmi screening e nella programmazione degli strumenti di informazione/comunicazione.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Tutte le donne di età 50-69 anni per lo screening della mammella; tutte le donne di età 25-64 anni per lo screening della cervice uterina; tutte le persone di età 50-69 anni per lo screening del colon retto
Setting identificato per l'azione	Aziende sanitarie dove si sviluppano i percorsi, Enti Locali, Organizzazioni e Associazioni di cittadini, LILT, mass-media, ambienti di lavoro e studio (Università)
Gruppi di interesse	<p>Tutti i professionisti coinvolti nel percorso screening</p> <p>Società scientifiche e gruppi di professionisti</p> <p>Rappresentanti dei cittadini</p> <p>Organizzazioni di pazienti</p> <p>Istituzioni o organizzazioni del SSN</p>
Prove di efficacia	Epidemiol Prev 2012; 36 (1), gennaio-febbraio Health Technology Assessment - Metodi per aumentare la partecipazione ai programmi di screening oncologici
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Lo screening strutturato di popolazione è tra gli interventi di sanità pubblica dove maggiormente è presente la trasversalità. Operatori sanitari di differenti servizi partecipano al raggiungimento dello stesso obiettivo apportando la propria professionalità nell'erogazione di diverse prestazioni. Il coinvolgimento di soggetti istituzionali e non, appartenenti alla società civile, è fondamentale per perseguire l'obiettivo di incrementare l'adesione allo screening. E' fondamentale inoltre la partnership con i mezzi di comunicazione.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -1.4.2.1</b> Riorganizzare i percorsi in funzione degli standard di qualità previsti ed elaborare procedure condivise per la presa in carico, entro il 2016	<p>I Programmi regionali attivati progressivamente a partire dal 2008, allo stato, non rispondono, in linea generale, agli standard di qualità secondo quanto previsto dagli indirizzi nazionali e internazionali.</p> <p>Considerato che il volume dei casi è uno dei parametri di qualità dei Programmi di screening e considerato altresì il contesto regionale demografico e organizzativo esistente, è necessario riorganizzare i percorsi con una visione di livello regionale,</p>



	<p>che consenta al sistema di progredire verso i suddetti standard di qualità. Pertanto, ove necessario verranno creati percorsi interaziendali che rispondano alle esigenze di più aziende sanitarie che attualmente non presentano le caratteristiche numeriche per una organizzazione autonoma delle attività.</p> <p>Nello specifico saranno previste reti di collaborazione tra Aziende sanitarie per l'attività di laboratorio, in particolare, per le refertazioni citologiche, soprattutto in previsione della introduzione dell'HPV-DNA come test primario e per i secondi livelli; reti di collaborazione tra Aziende sanitarie per la refertazione delle mammografie e per i secondi livelli, e soluzioni organizzative di tipo collaborativo per l'effettuazione delle colonscopie.</p> <p>La riorganizzazione dei percorsi screening in funzione degli standard di qualità sarà sviluppata mediante le attività specifiche previste dall'azione 1.3.1 del presente programma.</p> <p>I Centri Screening dovranno garantire la presa in carico dell'utente nel passaggio dal 1° al 2° livello. I secondi livelli dovranno garantire la presa in carico nel passaggio tra il secondo ed il terzo livello: in tale fase, che rappresenta il momento più delicato di tutto il percorso, a tutti gli utenti a cui viene posta la diagnosi di lesione pre-cancerosa e/o cancerosa, sarà garantito l'orientamento verso i livelli successivi e il necessario supporto in collaborazione con il Centro screening. Sarà inoltre prevista, prioritariamente nello screening mammografico, l'assistenza psicologica alle donne a cui venga diagnosticata la malattia neoplastica.</p> <p>Il Gruppo tecnico regionale dovrà elaborare le procedure condivise per la presa in carico del paziente.</p> <p>La realizzazione di questa di attività rappresenta un prerequisito per il futura accreditamento dei percorsi.</p>
<p><b>P -1.4.2.2</b> Individuare, a livello regionale, per i tre programmi di screening, i terzi livelli di riferimento dotati degli standard previsti di struttura, volume di casi e controlli di qualità, entro il 2016</p>	<p>E' necessario, per una completa presa in carico delle persone in tutto il percorso screening, che siano individuati a livello regionale i centri di riferimento per il terzo livello che abbiano le caratteristiche necessarie in termini di struttura, personale, volume di casi, controlli interni ed esterni ed attività dedicate. Benché nella precedente programmazione regionale fossero state individuate le strutture di riferimento in possesso delle caratteristiche idonee, queste raccomandazioni non sono sempre state applicate né nell'invio del paziente né dai centri individuati a ricevere il paziente con evidente interruzione della presa in carico totale prevista nel percorso screening.</p> <p>Sarà cura nella pianificazione del presente Programma rendere attivo un percorso che sia completo fino al trattamento terapeutico delle persone risultate positive nella fase diagnostica.</p>
<p><b>P -1.4.2.3</b> Predisposizione di un'offerta più modulata alle esigenze degli utenti, entro il 2016</p>	<p>Ciascuna Azienda Sanitaria dovrà garantire l'offerta capillare del primo livello di screening tenuto conto delle peculiarità geografiche del territorio della Sardegna e adeguarla alle esigenze degli utenti (orari e turni di lavoro, esigenze familiari, mezzi di trasporto).</p>
<p><b>P -1.4.2.4</b> Rivedere tutti i protocolli clinici di I, II e III livello in un'ottica regionale, entro il primo semestre 2017</p>	<p>Attualmente si riscontra una notevole variabilità dei protocolli clinici adottati da ciascuna ASL regionale per i diversi Programmi di screening. Per poter garantire una buona qualità delle prestazioni sarà necessario uniformare, a livello regionale, i protocolli clinici secondo le indicazioni Gisci, Gisma, Giscor e/o linee guida europee, ed applicarli su tutto il territorio regionale.</p> <p>Sarà compito del Gruppo tecnico regionale sviluppare i protocolli clinici in argomento.</p>
<p><b>P -1.4.2.5</b> Predisporre a livello regionale un documento per il controllo di qualità</p>	<p>Il sistema di controllo di qualità dei laboratori è prerequisito per il futuro accreditamento dei percorsi di screening. Al fine di garantire l'uniformità qualitativa delle prestazioni di laboratorio, sarà compito del Gruppo tecnico</p>



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

intra e inter-laboratorio per la citologia, il test hpv e per il sangue occulto nelle feci, entro il 2017	regionale predisporre un documento per il controllo di qualità intra ed inter-laboratorio da applicare in tutti i laboratori regionali coinvolti nei percorsi screening.
<b>P -1.4.2.6</b> Realizzare un piano di formazione per gli operatori screening, entro il 2016	Le Aziende sanitarie capofila per la formazione dovranno programmare e realizzare appositi corsi per gli operatori screening, sulla base degli indirizzi definiti dal Gruppo tecnico regionale. Inoltre, al fine di promuovere un percorso di crescita personale su cui basare una maggiore disponibilità e capacità relazionale, dovranno essere programmati e realizzati con le medesime modalità di cui sopra, appositi corsi di formazione rivolti specificamente al personale dei Centri screening.
<b>P -1.4.2.7</b> Realizzare un Piano di Comunicazione Regionale (PdCR), entro il 2018	Dovrà essere individuata un'Azienda capofila alla quale affidare la realizzazione di un Piano di Comunicazione Regionale (PdCR) strutturato in modo tale da raggiungere efficacemente la popolazione target. Nella definizione del PdCR di dovrà tener conto della necessità di raggiungere adeguatamente i cittadini ad alto rischio di non adesione e in particolare: immigrati, ROM e soggetti fragili. Il Gruppo tecnico dovrà analizzare i fabbisogni e gli obiettivi comunicativi utili per la pianificazione e fornire gli indirizzi del caso.
<b>P -1.4.2.8</b> Realizzare un evento formativo in ogni azienda sanitaria per i MMG, entro il 2018	Ciascuna Azienda sanitaria dovrà programmare e realizzare un evento formativo per i MMG, inserito nel percorso di formazione obbligatoria, finalizzato al coinvolgimento attivo del medico di famiglia nei percorsi in particolare nel favorire l'adesione dei propri assistiti.
Rischi e management dei rischi	Resistenza dei differenti livelli di screening a collaborare in modo efficace per la presa in carico sistemica. Scarsa adesione dei professionisti ai protocolli clinici adottati Insufficiente disponibilità di risorse professionali adeguate a soddisfare l'aumento della partecipazione. Impatto sul workload dei servizi e conseguente aumento dei tempi d'attesa.
Sostenibilità	Per poter migliorare l'offerta e incrementare l'adesione il personale dovrà essere stabile e adeguatamente formato in una prospettiva di lungo periodo. La riorganizzazione dei percorsi secondo gli standard di qualità è funzionale alla sostenibilità dei Programmi.

## Cronoprogramma azione P -1.4.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P -1.4.2.1</b> Riorganizzare i percorsi in funzione degli standard di qualità previsti ed elaborare procedure condivise per la presa in carico, entro il 2016	Gruppo tecnico regionale/regione														
<b>P -1.4.2.2</b> Individuare, a livello regionale, per i tre programmi di screening, i terzi livelli di riferimento dotati degli standard previsti di struttura, volume di casi e controlli di qualità, entro il 2016	Gruppo tecnico regionale/regione														

<b>P -1.4.2.3</b> Predisposizione di un'offerta più modulata alle esigenze degli utenti, entro il 2016	Centri screeneeng/aziende sanitarie																
<b>P -1.4.2.4</b> Rivedere tutti i protocolli clinici di I, II e III livello in un ottica regionale, entro il primo semestre 2017	Gruppo tecnico regionale/regione																
<b>P -1.4.2.5</b> Predisporre a livello regionale un documento per il controllo di qualità intra e inter-laboratorio per la citologia, il test hpv e per il sangue occulto nelle feci, entro il 2017	Gruppo tecnico regionale/regione/aziende sanitarie																
<b>P -1.4.2.6</b> Realizzare un piano di formazione per gli operatori screening, entro il 2016	Gruppo tecnico regionale/regione/Aziende sanitarie																
<b>P -1.4.2.7</b> Realizzare un Piano di Comunicazione Regionale (PdCR), entro il 2018	Gruppo tecnico regionale/regione/Aziende sanitarie																
<b>P -1.4.2.8</b> Realizzare un evento formativo in ogni azienda sanitaria per i MMG, entro il 2018	Centri screening /aziende sanitarie																

### Pianificazione delle azioni: azione P – 1.4.3

<b>Azione P -1.4.3</b>	<b>Riorganizzazione del percorso dello screening del cervico-carcinoma per l'introduzione dell'HPV-DNA come test primario e avvio delle attività entro il 2017.</b>
Descrizione	<p>La presente azione verte sullo studio ed elaborazione del percorso screening del carcinoma della cervice uterina attraverso il test primario HPV-DNA e la sua attivazione in tutta la Regione Sardegna entro il 2018.</p> <p>Tale strategia di screening, che sarà rivolta a tutta la popolazione target, farà riferimento ad un'organizzazione su base regionale, con l'attribuzione di specifiche attività (fase analitica del test) a centri di riferimento regionali al fine di garantire livelli di qualità elevati, realizzare economie di scala e favorire la sostenibilità a lungo termine.</p> <p>Lo screening cervicale è rivolto alle donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni. Lo screening basato sul test HPV non deve iniziare prima dei 30/35 anni di età. Vi è evidenza, infatti, che sotto i 30/35 anni lo screening basato sul test HPV conduce a sovra-diagnosi di lesioni precancerose che sarebbero regredite spontaneamente, con il conseguente rischio di sovra-trattamento. L'intervallo di screening dopo un test HPV primario negativo deve essere di almeno 5 anni. Le donne di età compresa tra 25 e 29/34 anni verranno invitate ad eseguire il pap test come test primario ad intervalli triennali. Al compimento dei 30/35 anni rientreranno nella fascia di età in cui è previsto il test HPV come test primario; le donne di età compresa tra 30/35 e 64 anni verranno invitate ad eseguire il test HPV come test primario ad intervalli quinquennali. Il Gruppo tecnico regionale dovrà elaborare linee di indirizzo regionali coerenti con le raccomandazioni nazionali, in una logica di appropriatezza, qualità ed utilizzo efficiente delle risorse e delle competenze professionali.</p> <p>Compito del Gruppo tecnico regionale sarà inoltre quello di individuare i test per la presenza di DNA di tipi oncogeni di Papilloma-Virus Umano, validati clinicamente per</p>





	<p>lo screening primario, secondo quanto previsto dalle Linee Guida Europee e dettagliare i presupposti per una gara unica regionale mediante l'individuazione di una ASL capofila.</p> <p>Lo studio del percorso dovrà prevedere, sulla base degli obiettivi di adesione reale previsti in questo Programma, l'individuazione di uno o più laboratori regionali di riferimento per il test HPV-DNA a cui dovranno essere conferiti i campioni provenienti dai centri di prelievo afferenti alle diverse Aziende sanitarie. Inoltre dovrà essere definita la stima dei pap test che dovranno essere eseguiti sia come test primario nella classe d'età 25-30/34 anni, sia come triage per i positivi al test HPV-DNA nella classe d'età 30/35-64; a seguito del processo valutativo sopra descritto dovranno essere individuati i centri di refertazione citologica, in funzione degli standard di qualità previsti in termini di volume di casi, di controlli di qualità e di requisiti di struttura per l'erogazione del servizio.</p> <p>Le linee di indirizzo regionali dovranno prevedere in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- le modalità di applicazione del protocollo scientifico e organizzativo per l'effettuazione del prelievo dei campioni, per l'esecuzione del test HPV e per il triage citologico;</li><li>- le procedure per la raccolta, trasporto e consegna dei campioni.</li></ul> <p>Il Gruppo tecnico regionale dovrà predisporre un piano di formazione rivolto a tutti gli operatori dello screening del carcinoma della cervice uterina. Il Piano di formazione dovrà essere rivolto al personale del centro screening e al personale prelevatore per l'acquisizione di adeguate competenze comunicative per la partecipazione consapevole delle donne inserite nel nuovo percorso, e a tutto il personale sanitario coinvolto nei protocolli del secondo livello per favorire l'utilizzo competente dei protocolli di screening elaborati dal GISCI, a seguito dell'introduzione dell'HPV-DNA test. I corsi di formazione programmati dovranno avvalersi di professionalità di comprovata esperienza e competenza di livello nazionale.</p> <p>Il sistema informatico/informativo dovrà essere evoluto per permettere la gestione dei differenti protocolli operativi e percorsi previsti dalle donne in base alla loro fascia di età, garantendo sia il monitoraggio dei volumi e della qualità dell'attività svolta, sia la soddisfazione del debito informativo verso la Regione ed il Ministero della Salute. Le modifiche e innovazioni del programma dovranno essere adeguate entro i termini previsti dal cronoprogramma.</p> <p>Al fine di adeguare la modulistica al nuovo percorso dovranno essere predisposti modelli regionali per i diversi materiali informativi (brochure, lettera di invito, lettere con esito del test HPV, ecc), in linea con i criteri di qualità previsti a livello regionale che dovranno essere adottati da tutti i programmi aziendali. Infine verrà valutata la possibilità di realizzare iniziative di comunicazione rivolte alla popolazione femminile per favorirne l'informazione e l'adesione al nuovo percorso di screening.</p> <p>I centri di secondo livello per l'effettuazione delle colposcopie devono rispondere agli standard di qualità definiti a livello nazionale. I centri del secondo livello della rete regionale dovranno essere individuati tra le strutture che rispondono agli standard di qualità; pertanto i centri dedicati dovranno essere rivalutati e rispondere anch'essi.</p> <p>Verranno individuate le strutture di riferimento per il terzo livello di screening che possiedano le caratteristiche strutturali, di professionalità e di volume di casi adeguati.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Sono le donne della classe d'età 25-64 anni, con percorso screening differenziato: per le donne 25-30/34 anni il test primario sarà il pap test con l'HPV-DNA come test di triage; mentre per le donne 30/35-64 anni, il test primario sarà l'HPV-DNA con il pap test utilizzato per il triage.
Setting identificato per l'azione	Il setting nella presente azione è differenziato in base al livello di screening. Nel primo



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	<p>livello il setting previsto sarà identificato con i centri di prelievo dove operano le ostetriche per il prelievo del campione da sottoporre a test, i laboratori analisi per l'esecuzione del test ed i centri di lettura per la refertazione dei pap test, sia primari sia di triage.</p> <p>Nel secondo livello di screening il setting identificato sarà costituito dagli ambulatori di colposcopia ed i servizi di anatomia patologica per la refertazione degli esami istologici.</p> <p>Il terzo livello prevede quale setting i reparti di ginecologia dove è possibile effettuare il trattamento.</p>
Gruppi di interesse	Le donne della popolazione target beneficiarie dell'azione e tutti i professionisti coinvolti nel percorso screening, associazioni di volontariato, società scientifiche.
Prove di efficacia	Lo screening del carcinoma della cervice uterina con HPV-DNA come test primario è basato su solide evidenze scientifiche. Si riporta lo studio pubblicato nel 2013 su Lancet basato su un trial controllato e randomizzato (Lancet 2014; 383: 524-32) in cui le conclusioni mettono in evidenza come l'utilizzo del test HPV-DNA, protegga le donne in maniera più efficace in misura del del 60-70% rispetto allo screening basato sulla citologia. E' stato inoltre effettuato un studio HTA dal gruppo GISCi dove viene messo in evidenza un migliore rapporto costo-efficacia rispetto allo screening basato sulla citologia.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Lo screening strutturato di popolazione è tra gli interventi di sanità pubblica dove maggiormente è presente la trasversalità. Sia servizi sia professionalità differenti partecipano al raggiungimento dello stesso obiettivo apportando la propria professionalità nell'erogazione di differenti prestazioni. Non sono presenti settori diversi da quelli sanitari salvo nella comunicazione e informazione alla popolazione dove possono essere coinvolti attori diversi da quelli sanitari.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -1.4.3.1</b> Ricognizione regionale dei percorsi di screening cervicale attivati nelle diverse aziende sanitarie entro il 2015	Il Gruppo tecnico di programmazione dovrà predisporre gli strumenti per la rilevazione dei percorsi screening cervicale attivati da ciascuna ASL, in particolare per quanto riguarda le strutture organizzative (centri prelievo, laboratori di riferimento, ambulatori di colposcopia e loro caratteristiche strutturali e di personale) le modalità operative/organizzative (tra cui l'eventuale esecuzione del triage con test HPV-DNA).
<b>P -1.4.3.2</b> Elaborare le linee di indirizzo regionali per la riorganizzazione del percorso organizzativo dello screening del cervico-carcinoma utilizzando come test primario l'HPV-DNA, entro giugno del 2016	<p>Sarà compito del Gruppo tecnico regionale elaborare entro giugno 2016 le linee di indirizzo per la riorganizzazione dello screening del cervico-carcinoma utilizzando l'HPV-DNA come test primario. Saranno individuati in questo ambito i laboratori a cui fare riferimento per l'esecuzione dei test HPV-DNA e i servizi per la refertazione dei pap test sia primari sia di triage. Nella individuazione dei centri di riferimento per l'HPV –DNA test, si dovrà tener conto che è raccomandato, ai fini d'efficienza, l'esecuzione di almeno 20.000 test per anno. In Sardegna prevedendo una adesione reale, a regime, di almeno il 50% su tutta la popolazione target, si prevede di eseguire circa 44.000 test ogni anno.</p> <p>Parimenti nella scelta dei laboratori di riferimento per la refertazione dei pap test si dovrà tener conto che è raccomandato, ai fini d'efficienza, l'esecuzione di almeno 15.000 test per anno anche attraverso il consorzio tra più laboratori.</p> <p>Il Gruppo tecnico regionale dovrà tenere in debita considerazione le problematiche relative al trasporto dei campioni.</p> <p>Le linee di indirizzo regionali dovranno inoltre prevedere l'adozione dei protocolli nazionali per il secondo livello.</p> <p>Verranno individuate le strutture di riferimento per il terzo livello di screening che possiedano le caratteristiche strutturali, di professionalità e di volume di casi adeguati.</p>



<b>P -1.4.3.3</b> Individuazione della ASL capofila per l'acquisizione a livello regionale, del test, dei reagenti, degli strumenti di laboratorio, dei campioni per i prelievi in fase liquida, entro giugno 2016	Dovrà essere individuata una ASL capofila per la definizione della gara unica regionale per l'acquisizione del test, dei reagenti, degli strumenti di laboratorio, dei campioni per i prelievi in fase liquida. La scelta dovrà avvenire nell'ambito dei test validati clinicamente per lo screening primario e relativi strumenti di laboratorio e basarsi su elementi di costo-efficacia.
<b>P -1.4.3.4</b> Programmazione e realizzazione di una campagna di comunicazione/informazione rivolta alla popolazione target, entro dicembre 2016	Il Gruppo tecnico regionale dovrà elaborare gli obiettivi e i contenuti per la realizzazione di una campagna di informazione/comunicazione rivolta alla popolazione target per una migliore conoscenza della problematica riguardante l'utilizzo del test HPV-DNA nello screening del cervico-carcinoma. L'ideazione grafica e/o video e la realizzazione della campagna sarà demandata ad apposita società di comunicazione che ne curerà tutti gli aspetti mass-mediatici, previa individuazione di una ASL capofila.
<b>P -1.4.3.5</b> Adeguare il sistema informativo/informatico al nuovo percorso screening, entro dicembre 2016	Dovrà essere adeguato il software attualmente in uso nella Regione Sardegna in funzione del nuovo percorso. L'adeguamento dovrà essere pronto all'avvio del programma nell'Azienda sanitaria pilota e dopo opportuna formazione degli operatori screening entro il primo semestre 2017.
<b>P -1.4.3.6</b> Formazione degli operatori sanitari coinvolti, entro giugno 2017	Il Gruppo tecnico regionale dovrà predisporre un piano di formazione rivolto a tutti gli operatori dello screening del carcinoma della cervice uterina. Il Piano di formazione dovrà essere rivolto al personale del centro screening e al personale prelevatore per l'acquisizione di adeguate competenze comunicative per la partecipazione consapevole delle donne inserite nel nuovo percorso, e a tutto il personale sanitario coinvolto nei protocolli del secondo livello per favorire l'utilizzo competente dei protocolli di screening elaborati dal GISCI, a seguito dell'introduzione dell'HPV-DNA test. I corsi di formazione programmati dovranno avvalersi di professionalità di comprovata esperienza e competenza di livello nazionale. La formazione dovrà essere conclusa entro giugno 2017 nell'Azienda pilota e entro dicembre 2018 in tutte le Aziende sanitarie regionali
<b>P -1.4.3.7</b> Avvio del programma in almeno una Azienda sanitaria pilota, entro dicembre 2017	Sarà individuata una Azienda sanitaria pilota per l'avvio del programma. Il coordinamento ed il monitoraggio del Programma sarà compito del Gruppo tecnico regionale. Il responsabile del Centro screening dell'Azienda sanitaria pilota dovrà prevedere una programmazione delle attività tali da consentire una transizione ordinata fra i due percorsi.
<b>P -1.4.3.8</b> Avvio del programma nelle altre aziende sanitarie della Regione Sardegna, entro il 2018	A partire dall'inizio del 2018 il programma verrà avviato nelle restanti aziende sanitarie in maniera graduale sulla base di un calendario definito a livello regionale.
Rischi e management dei rischi	Il rischio maggiore è rappresentato dalla capacità di poter avviare il programma nei tempi stabiliti sia perché necessaria una ri-organizzazione molto ben disegnata e soprattutto operativa sia perché è necessario un programma di formazione molto articolato che interessa diversi servizi e professionisti. Altro rischio potrebbe essere rappresentato dalle gare d'appalto per l'acquisizione degli strumenti/materiali. Sarà opportuno che la gara venga bandita il prima possibile. Un rischio prevedibile, dovendo attivare solo pochi laboratori per l'esecuzione dei test, sarà relativo al trasporto dei campioni che pertanto dovrà essere ben strutturato.
Sostenibilità	Lo screening del cervico-carcinoma, in tutte le sue fasi, è in corso in tutte le Aziende



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	sanitarie in Sardegna, utilizzando personale strutturato ed anche precario. L'utilizzo del test HPV – DNA comporta una riorganizzazione di tutto il percorso dello screening del cervico carcinoma, con un minor carico di lavoro previsto per la figura professionale delle ostetriche, passando l'intervallo di screening dai 3 ai 5 anni; è previsto altresì un aumento dell'attività del laboratorio di riferimento HPV-DNA e contestualmente una diminuzione del numero dei pap test. Per poter garantire l'offerta il personale deve essere disponibile e adeguatamente formato.
--	---

### Cronoprogramma azione P -1.4.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P -1.4.3.1</b> Ricognizione regionale dei percorsi di screening cervicale attivati nelle diverse aziende sanitarie entro il 2015	Gruppo tecnico regionale/ regione														
<b>P -1.4.3.2</b> Elaborare le linee di indirizzo regionali per la riorganizzazione del percorso organizzativo dello screening del cervico-carcinoma utilizzando come test primario l'HPV-DNA, entro giugno del 2016	Gruppo tecnico regionale/ regione														
<b>P -1.4.3.3</b> Individuazione della ASL capofila per l'acquisizione a livello regionale, del test, dei reagenti, degli strumenti di laboratorio, dei campioni per i prelievi in fase liquida, entro giugno 2016	regione														
<b>P -1.4.3.4</b> Programmare e realizzare una campagna di comunicazione/informazione rivolta alla popolazione target, entro dicembre 2016	Gruppo tecnico regionale/ regione /Aziende sanitarie														
<b>P -1.4.3.5</b> Adeguare il sistema informativo/informatico al nuovo percorso screening, entro dicembre 2016	Gruppo tecnico regionale/ regione /Aziende Sanitarie														
<b>P -1.4.3.6</b> Formazione degli operatori sanitari coinvolti, entro giugno 2017	Gruppo tecnico regionale/ regione /Aziende sanitarie														
<b>P -1.4.3.7</b> Avvio del programma in almeno una Azienda sanitaria pilota, entro dicembre 2017	Centro Screening dell'azienda sanitaria pilota/azienda sanitaria pilota														
<b>P -1.4.3.8</b> Avvio del programma nelle altre aziende sanitarie della Regione Sardegna, entro il 2018	Centri Screening/ aziende sanitarie														



## Pianificazione delle azioni: azione P -1.4.4

<b>Azione P - 1.4.4</b>	<b>Definizione dei percorsi diagnostico terapeutici per l'identificazione e la presa in carico dei soggetti a rischio per il tumore eredo-familiare della mammella e avvio delle attività entro il 2017</b>
Descrizione	<p>L'identificazione e la presa in carico delle donne con rischio di tumore mammario/ovaio eredo-familiare richiede un percorso ad hoc, diverso rispetto a quello dello screening mammografico, già in essere in tutta la regione Sardegna.</p> <p>Il modello organizzativo prescelto è quello di rete, basato su centri Hub e Spoke integrati in un unico percorso assistenziale.</p> <p>Il percorso si articola in un livello base, dove viene effettuata la 1° valutazione del rischio tramite una scheda cartacea o un software specifico; le strutture coinvolte sono: gli ambulatori dei MMG, professionisti questi che meglio conoscono la storia familiare delle persone, gli ambulatori degli specialisti di fiducia (ginecologi), i Consultori familiari e le sedi di erogazione dello screening mammografico.</p> <p>Qualora la donna presenti un profilo di rischio elevato, secondo il punteggio risultante dalla scheda, essa verrà inviata ad un centro Spoke, questi sono rappresentati dalle strutture afferenti al 2° livello dei Programmi di screening mammografico e dalle Unità di senologia clinica.</p> <p>Nei centri Spoke verrà effettuata una consulenza genetica più approfondita rispetto al 1° livello, tramite una valutazione del rischio di 2° livello con un software specifico basato sul modello matematico di Cuzick-Tyrer, che stima il rischio in maniera probabilistica.</p> <p>Qualora venga confermato un livello di rischio elevato, la donna verrà inviata al Centro Hub di riferimento per la consulenza genetica e l'esecuzione del test presso il laboratorio di biologia molecolare. E' compito del Centro Hub gestire tutte le fasi di presa in carico della donna e/o famiglia sia per la consulenza genetica sia per la decisione consapevole delle strategie terapeutiche da utilizzare per la riduzione del rischio. Pertanto devono essere previsti nel centro Hub, interventi di counselling multidisciplinare, per facilitare la decisione della donna. Il counselling psicologico sarà trasversale e presente in tutti i momenti decisionali.</p> <p>I centri Spoke dovranno garantire comunque la presa in carico, qualora la strategia terapeutica prescelta sia la sorveglianza.</p> <p>Affinché si abbia un'uniformità di intervento a livello regionale dovranno quindi essere definiti i protocolli di sorveglianza, che variano in base ai profili di rischio, e i protocolli assistenziali che includono oltre alla chirurgia profilattica anche interventi di profilassi di tipo medico.</p> <p>Sarà definito un programma di formazione per gli operatori dei centri individuati e designati a far parte della rete regionale.</p> <p>Il percorso sarà attivato in una azienda sanitaria pilota, sede di centro Hub, entro il 2017 e, a seguire sarà avviato in tutte le ASL entro il 2018.</p> <p>I centri Hub della rete dei tumori eredo-familiari della mammella devono avere tutti i requisiti previsti per le Breast Unit. Ogni struttura della rete definita Hub deve comunque essere dotata di uno staff di counselling oncogenetico multidisciplinare.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta a tutte i soggetti ad alto rischio per il cancro mammario/ovaio derivante da una mutazione di tipo dominante dei geni BRCA1 e



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	<p>BRCA2. Chi possiede queste mutazioni presenta un rischio cumulativo di sviluppare il tumore mammario pari al 50-85%, con un ulteriore rischio di sviluppare un tumore all'ovaio pari a circa il 25-40%. Tuttavia la percentuale di donne a rischio è intorno al 5-10% di tutti i tumori mammari. Per le donne che sono affette da questa mutazione, benché l'incidenza sia relativamente bassa, tale condizione risulta particolarmente seria e pertanto deve essere affrontata in un'ottica di sanità pubblica.</p>
Setting identificato per l'azione	<p>Il setting per l'identificazione delle persone ad alto rischio è rappresentato dalle strutture sanitarie coinvolte nel percorso.</p>
Gruppi di interesse	<p>I gruppi di interesse sono rappresentati sia dai soggetti ad alto rischio per il tumore eredo-familiare della mammella e ovaio che da tutti gli operatori sanitari coinvolti nella rete delle strutture sanitarie deputate sia all'identificazione, sia al trattamento di questi particolari tipi di tumore.</p>
Prove di efficacia	<p>Benché sia oramai presente una forte richiesta di informazioni sul rischio di sviluppare un tumore in persone appartenenti a famiglie in cui siano presenti mutazioni genetiche, sono ancora molte le incertezze per quanto riguarda quale sia il miglior sistema di sorveglianza da adottare per le donne portatrici di queste mutazioni, mentre rimangono più certe e consolidate le procedure di tipo chirurgico da porre in atto per la riduzione del rischio.</p>
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	<p>La trasversalità di questo programma è garantita dalle strutture multidisciplinari che dovranno operare in rete con l'unico obiettivo di garantire una efficace assistenza alle donne ad alto rischio per questi tumori. Il primo livello coinvolge i MMG, le strutture di erogazione delle mammografie nello screening mammografico, i ginecologi di fiducia e/o i consultori familiari. I secondi livelli saranno invece garantiti dai centri Spoke rappresentati dai 2° livelli dei Programmi di screening mammografico e dalle unità di senologia clinica. Il centro Hub della rete e il Laboratorio di biologia molecolare sono le strutture di 3° livello coinvolte nella rete.</p>
<b>Attività principali</b>	
<b>P -1.4.4.1</b> Ricognizione regionale delle strutture sanitarie e delle professionalità esistenti ai fini della definizione della rete Hub e Spoke, entro il 2015	<p>Il Gruppo tecnico regionale sarà incaricato di preparare le schede di rilevazione delle strutture che erogano assistenza per la patologia tumorale senologica e le loro caratteristiche strutturali, di dotazione organica, tipologia di prestazioni, di volume di casi trattati.</p> <p>Dovranno essere rilevate inoltre le caratteristiche delle strutture della rete che saranno deputate alla 1° valutazione del rischio (tramite questionario cartaceo) sono: divisioni di ginecologia ospedaliera, consultori familiari, centri di radiologia che eseguono le mammografie da screening.</p> <p>Dovranno essere rilevate le caratteristiche delle strutture regionali che effettuano test genetici per la ricerca delle mutazioni BRCA1 e BRCA2.</p>
<b>P -1.4.4.2</b> Valutazione delle strutture regionali da inserire nella rete Hub e Spoke, e scelta del modello per la valutazione del rischio, entro il 1° semestre 2016	<p>Il Gruppo tecnico regionale dovrà valutare, alla luce della ricognizione effettuata, le strutture idonee a far parte della rete regionale (centri di primo livello, laboratorio di riferimento, Centri Hub e centri Spoke) anche in previsione dell'attuazione nazionale della normativa europea di istituzione delle Breast Unit, secondo i criteri definiti da Eusoma e dalla Conferenza Stato-Regioni. Le valutazioni dovranno tenere conto dei criteri della qualità e sostenibilità del percorso.</p> <p>Il Gruppo tecnico regionale dovrà inoltre effettuare una scelta sul modello matematico da utilizzare per la definizione del rischio nei centri Spoke.</p>
<b>P -1.4.4.3</b> Studio delle esigenze informative e informatiche del percorso, entro il 2016	<p>Dovrà essere effettuata l'analisi delle esigenze informative/informatiche del percorso, ai fini dell'organizzazione, monitoraggio e valutazione delle attività.</p>
<b>P -1.4.4.4</b>	<p>Sarà compito del Gruppo tecnico regionale elaborare, entro dicembre 2016, i</p>



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Elaborazione dei percorsi organizzativi regionali (compreso quello amministrativo) per l'identificazione e la presa in carico soggetti a rischio ereditario del tumore della mammella, entro dicembre 2016	percorsi regionali per l'individuazione e l'assistenza dei soggetti a rischio. Il modello di organizzazione si basa su una rete di centri Hub & Spoke; il percorso prevede 3 livelli di valutazione del rischio in capo a differenti strutture della rete con funzioni e responsabilità ben delineate, secondo quanto previsto nella descrizione della presente azione. Il Gruppo tecnico regionale dovrà, alla luce delle valutazioni di cui all'attività 1.1.4.2, delineare il percorso regionale. In parallelo dovrà essere previsto anche il percorso di tipo amministrativo con l'individuazione dei codici di esenzione per tipologia di prestazione.
<b>P -1.4.4.5</b> Elaborazione dei protocolli assistenziali per la presa in carico dei soggetti positivi al test, entro dicembre 2016	Il Gruppo tecnico regionale dovrà elaborare i protocolli assistenziali entro dicembre 2016, affinché si possa procedere alla formazione di tutto il personale interessato prima dell'avvio del programma. Saranno elaborati i seguenti protocolli assistenziali: 1) protocolli per la sorveglianza sanitaria; 2) protocolli terapeutici; 3) protocolli per il counselling oncogenetico. I Protocolli verranno redatti tenendo conto delle migliori e più aggiornate evidenze scientifiche.
<b>P -1.4.4.6</b> Formazione degli operatori sanitari coinvolti nella rete di assistenza, entro giugno 2017	Il Gruppo tecnico regionale sarà redatto un Piano di formazione per tutti gli operatori dei diversi livelli operativi. Verranno formati dei formatori che faranno la formazione a cascata nelle proprie aziende sanitarie per gli operatori che si dovranno occupare della valutazione del rischio di 1° livello. Per gli altri operatori, soprattutto quelli dei centri di senologia clinica, saranno programmate giornate di formazione sia per la conoscenza dei percorsi organizzativi, a cui tutti dovranno attenersi, sia dei protocolli assistenziali con cui tutti gli operatori dovranno confrontarsi. Particolare attenzione verrà posta al counselling multidisciplinare, compreso quello psicologico, dove se necessario, la formazione verrà organizzata anche tramite riferimenti extra-regione. La formazione dovrà essere conclusa entro il 2017.
<b>P -1.4.4.7</b> Avvio del percorso nell'Azienda Sanitaria Locale sede di centro Hub, entro il secondo semestre del 2017	Si prevede l'avvio del percorso nell'Azienda Sanitarie Locale, sede di Centro Hub entro il secondo semestre del 2017. L'organizzazione e il coordinamento e il monitoraggio del percorso del percorso a livello locale è garantito dal Centro screening.
<b>P -1.4.4.8</b> Avvio del programma in tutte le aziende sanitarie della Regione Sardegna, entro il 2018	A partire dall'inizio del 2018, il programma sarà avviato nelle restanti aziende sanitarie in modo da poter concluderne l'attivazione in tutto il territorio regionale entro il 2018.
Rischi e management dei rischi	Il rischio maggiore rimane la capacità di poter avviare il programma nei tempi stabiliti sia perché necessita di una organizzazione molto ben disegnata sia perché è necessaria un programma di formazione molto articolato che interessa diversi servizi e professionisti. Inoltre manca, allo stato, il recepimento dell'accordo stato regioni sulle Breast Units, fondamentali per l'individuazione del centro Hub e di tutta la rete di assistenza, non solo per i tumori eredo-familiari.
Sostenibilità	Alcune delle attività previste nel presente programma sono già svolte dalle strutture del servizio sanitario regionale, anche se in forma non organizzata in rete o con protocolli assistenziali condivisi. Si ritiene pertanto che la strutturazione del percorso porterà ad una maggiore efficacia e qualità delle prestazioni assistenziali previste. Inoltre la definizione di un programma regionale di identificazione e presa in carico delle donne a rischio per i tumori eredo-familiari pone fine ad un grave problema di disuguaglianza dovuta al fatto che molte delle prestazioni attualmente erogate sono a parziale e per qualcuna delle prestazioni a totale carico dell'assistito.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Cronoprogramma azione P - 1.4.4

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P - 1.4.4.1</b> Ricognizione regionale delle strutture sanitarie e delle professionalità esistenti ai fini della definizione della rete Hub e Spoke, entro il 2015	Gruppo tecnico regionale/ regione /Aziende sanitarie														
<b>P -1.4.4.2</b> Valutazione delle strutture regionali da inserire nella rete Hub e Spoke, e scelta del modello per la valutazione del rischio, entro il 1° semestre 2016	Gruppo tecnico regionale/ regione														
<b>P -1.4.4.3</b> Studio delle esigenze informative e informatiche del percorso, entro il 2016	Gruppo tecnico regionale/ regione														
<b>P -1.4.4.4</b> Elaborazione dei percorsi organizzativi regionali (compreso quello amministrativo) per l'identificazione e la presa in carico soggetti a rischio ereditario del tumore della mammella, entro dicembre 2016	Gruppo tecnico regionale/ regione														
<b>P -1.4.4.5</b> Elaborazione dei protocolli assistenziali per la presa in carico dei soggetti positivi al test, entro dicembre 2016	Gruppo tecnico regionale/ regione														
<b>P -1.4.4.6</b> Formazione degli operatori sanitari coinvolti nella rete di assistenza, entro giugno 2017	Gruppo tecnico regionale/ regione /Aziende sanitarie														
<b>P -1.4.4.7</b> Avvio del percorso nell'Azienda Sanitaria Locale sede di centro Hub, entro il secondo semestre del 2017	Centro Screening sede di centro Hub /azienda sanitarie sede di centro Hub														
<b>P -1.4.4.8</b> Avvio del programma in tutte le aziende sanitarie della Regione Sardegna, entro il 2018	Centri Screening aziende sanitarie														





## **Programma P -2.1: Screening dei disturbi neurosensoriali neonatali**

### **Descrizione del programma**

#### **Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita.**

Il deficit uditivo in epoca neonatale rappresenta una grave condizione patologica che è in grado di incidere negativamente sullo sviluppo del linguaggio e, conseguentemente, anche sullo sviluppo cognitivo e relazionale del bambino.

La sordità grave ha una prevalenza superiore all'1 per mille nati ma in popolazioni neonatali a rischio come i pazienti delle TIN l'incidenza arriva a valori del 4-5%.

Volendo limitare lo screening ai soli neonati con fattori di rischio si avrebbe una notevole riduzione dei costi ma si individuerebbe una percentuale di neonati con sordità grave inferiore al 70% del totale dei pazienti affetti.

Per questo motivo, dalla fine degli anni novanta, in diversi paesi europei, sono stati avviati programmi di screening audiologico con caratteristiche organizzative diverse nei vari stati ( European Consensus Statement on Neonatal Hearing Screening 2008).

Nel nostro paese lo screening uditivo neonatale, pur in assenza di riferimenti normativi vincolanti, è stato introdotto nel 1997.

Successivamente il DM Ministero della Salute 8 Marzo 2007: "Verso un piano di azioni per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini" introduceva nei LEA lo screening neonatale obbligatorio per le sordità congenite indicando le metodiche abitualmente usate per lo screening audiologico (TEOAE) e (AABR).

Nella Regione Sardegna lo screening audiologico neonatale è presente con una diffusione non uniforme e con una organizzazione variabile; in alcuni Centri il Test delle Otoemissioni (TEOAE) viene effettuato dal personale del Nido, in altri viene eseguito da audiometristi interni alla Struttura o in convenzione.

In alcuni centri il Test non viene eseguito per l'assenza di personale dedicato.

Sarà pertanto indispensabile procedere a una precisa ricognizione dello stato attuale per programmare le azioni necessarie alla diffusione del test in tutti i punti nascita con modalità e programmi uniformi su tutto il territorio Regionale in maniera tale da arrivare a una diagnosi precoce, fissando l'obiettivo di identificare e avviare alla terapia riabilitativa, entro i primi 6 mesi di vita, i neonati affetti da sordità congenita.

#### **Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita.**

Dal punto di vista epidemiologico nei paesi industrializzati, l'ipovisione congenita infantile costituisce circa il 5% dei casi totali di ipovisione. Nel loro complesso, i difetti oculari congeniti (cataratta, retinoblastoma, glaucoma, retinopatia del pretermine) rappresentano oltre l'80% delle cause di cecità e ipovisione nei bambini fino a cinque anni di età e più del 60% sino al decimo anno. Molto spesso, attualmente, l'epoca di individuazione di deficit (mono o bilaterali) della visione attribuibile a cause già rilevabili alla nascita, e' spostata nel tempo (18/36 mesi) quando un intervento terapeutico eseguito tardivamente ha una prognosi più sfavorevole. L'ipovisione congenita e precoce e' in grado di determinare una situazione di forte rischio per le funzioni e competenze oculomotorie, psicomotorie, relazionali, comunicative e linguistiche. E' accertato che la plasticità neuronale può consentire recuperi funzionali più significativi, a condizione che la presa in carico del danno oftalmologico avvenga in fasi molto precoci dello sviluppo.

Lo screening oftalmologico neonatale viene eseguito con la prova del riflesso rosso oculare (Test di Bruckner) componente essenziale dell'esame obiettivo del neonato.

La prova del riflesso rosso è indispensabile per il precoce riconoscimento di situazioni che possano mettere in pericolo la visione, come la cataratta congenita, il glaucoma, le opacità corneali, etc.

L'Accademia Americana di Pediatria raccomanda l'esecuzione della prova del riflesso rosso nella valutazione dell'occhio nel periodo neonatale e durante tutte le successive visite di controllo dello stato di salute.

L'esame viene effettuato attraverso l'oftalmoscopia diretta: un fascio di luce prodotto da un oftalmoscopio, attraversa, in condizioni normali, tutte le parti trasparenti dell'occhio, incluso lo strato sottile delle lacrime, la cornea, l'umor acqueo, il cristallino e l'umor vitreo. Questa luce, riflessa dal fondo dell'occhio, è trasmessa all'indietro, attraversa i mezzi diottrici e attraverso l'apertura dell'oftalmoscopio, viene percepita dall'occhio dell'esaminatore. Ogni alterazione dei mezzi diottrici oculari che impedisca o blocchi il passaggio del fascio luminoso provoca una modificazione del riflesso rosso.

Una qualunque anomalia o la totale assenza del riflesso rosso rappresentano condizioni per le quali è necessaria una valutazione oculistica non differibile.



Anche nel caso del Test di Bruckner occorre procedere a una precisa ricognizione della diffusione del test per programmare le azioni necessarie su tutto il territorio Regionale in maniera tale da arrivare a una diagnosi precoce dei difetti visivi congeniti.

Il presente Programma si propone di rendere operativi in tutti i punti nascita della regione gli screening dei disturbi neurosensoriali neonatali entro il 2018.

### Obiettivi generali e indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	indicatori di programma	Valori di partenza		Valore atteso 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P- 2.1 Screening dei disturbi neurosensoriali neonatali</b>	2.1 Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	2.1.1 Attivazione dello screening audiologico in tutti i punti nascita della Regione	Screening universale non attivato	Screening universale non attivato	Attivazione	Attivazione
	2.2 Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	2.1.2 Attivazione dello screening oftalmologico in tutti i punti nascita della Regione	Screening universale non attivato	Screening universale non attivato	Attivazione	Attivazione

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P -2.1

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P -2.1.1 Ricognizione dello stato di attuazione a livello regionale dei percorsi di screening neurosensoriale neonatale audiologico e oftalmologico</b>	Conoscere lo stato di implementazione dei percorsi di screening neurosensoriale e neonatale, audiologico e oftalmologico, attraverso la somministrazione di un questionario in tutti i punti-nascita della Sardegna, entro il 2015	Proporzione di punti-nascita che rispondono al questionario	Documentazione comprovante e la predisposizione e l'acquisizione del questionario compilato	<i>Numerator</i> e: numero dei punti-nascita che rispondono al questionario <i>Denominator</i> e: numero totale dei punti-nascita in Sardegna	0%	100%			
<b>P -2.1.2 Sviluppo del percorso regionale di screening audiologico neonatale e sua attivazione in tutti i punti nascita entro il 2018</b>	Elaborare il percorso clinico-strumentale dello screening audiologico neonatale entro il primo semestre del 2016 e progressiva attivazione nei punti-nascita della Sardegna a partire dal secondo semestre 2016	Disponibilità del percorso entro giugno 2016	Evidenza del documento di formalizzazione del percorso	NA	NA		Ev		
		Proporzione dei punti-nascita che hanno attivato lo screening audiologico neonatale ( <b>indicatore sentinella</b> )	Documentazione comprovante e l'avvio del percorso anche attraverso il sistema informativo screening neonatali	<i>Numerator</i> e: numero dei punti-nascita attivati <i>Denominator</i> e: numero dei punti-nascita totali in Sardegna	NA	0	20%	70%	100%
<b>P -2.1.3 Sviluppo del percorso regionale di screening oftalmologico neonatale e sua attivazione in tutti i</b>	Elaborare il percorso clinico-strumentale dello screening oftalmologico	Disponibilità del percorso entro giugno 2016	Evidenza del documento di formalizzazione del percorso	NA	NA		Ev		

<b>punti nascita entro il 2018</b>	neonatale entro il primo semestre del 2016 e progressiva attivazione nei punti nascita della Sardegna a partire dal secondo semestre 2016	Proporzione dei punti-nascita che hanno attivato lo screening oftalmologico o neonatale ( <b>indicatore sentinella</b> )	Documentazione comprovante e l'avvio del percorso anche attraverso il sistema informativo screening neonatali	<i>Numeratore:</i> numero dei punti-nascita attivati  <i>Denominatore:</i> numero dei punti-nascita totali in Sardegna	NA	0	20%	70%	100%
------------------------------------	---	--	---	--	----	---	-----	-----	------

## Pianificazione delle azioni: azione P -2.1.1

<b>Azione P -2.1.1</b>	<b>Ricognizione dello stato di attuazione a livello regionale dei percorsi di screening neurosensoriale neonatale audiologico e oftalmologico</b>
Descrizione	L'intervento è finalizzato alla individuazione dei punti-nascita che hanno attivato gli screening neurosensoriali neonatali, audiologico e oftalmologico e sul percorso praticato. Ciò avverrà mediante l'elaborazione e la somministrazione di un questionario nei punti nascita regionali (afferenti sia a strutture pubbliche che private). In caso di risposta affermativa circa l'effettuazione dei test di screening in argomento, il questionario dovrà indagare sulle modalità di esecuzione di tali test, sulla loro tempistica, sul tipo di apparecchiatura usata, sull'eventuale affidamento ad un centro di II e di III livello, in caso di riscontro di test patologici.
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta verso i tutti i punti nascita regionali (afferenti sia a strutture pubbliche che private).
Setting identificato per l'azione	Punti-nascita della Regione Sardegna.
Gruppi di interesse	L'azione è rivolta verso i principali destinatari e tutti gli operatori dei punti nascita: infermieri e medici responsabili dell'attuazione delle procedure, i quali fanno parte di un team multidisciplinare composto da audiologo-foniatristi, audiometristi, logopedisti e audio protesisti, oftalmologi, psicologi, pediatri e neuropsichiatri infantili.
Prove di efficacia	Sarà prioritario ricevere dati di monitoraggio sull'andamento dell'intervento.
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per l'azione	Gli interventi interessano diverse unità operative del servizio sanitario regionale compreso l'Assessorato.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -2.1.1.1</b> Predisposizione del questionario	Questa attività sarà svolta a cura del Gruppo di programmazione PRP 2014-2018 "screening neonatale" e con la somministrazione del questionario si indagherà sull'effettiva esecuzione degli screening neurosensoriali neonatali, audiologico e oftalmologico e sulle cause dell'eventuale mancata esecuzione, sul tipo di popolazione indagata, sulla tempistica di esecuzione, sul tipo di apparecchiature utilizzate, sulla qualifica del personale che esegue tali screening e sul percorso diagnostico previsto in caso di riscontro di test patologici.
<b>P -2.1.1.2</b> Trasmissione del questionario a tutti i punti nascita della regione e ricezione delle risposte	Il questionario sarà inviato a tutti i punti nascita regionali (afferenti sia a strutture pubbliche che private). In caso di mancata compilazione del questionario si potrà sollecitare la struttura per via telefonica e inviando una seconda volta il questionario.

<p><b>P -2.1.1.4</b> Elaborazione ed analisi dei dati</p>	<p>I punti nascita regionale saranno distinti in due categorie:  punti nascita che compilano il questionario: fra questi andranno distinti quelli che eseguono gli screening neonatali audiologico e oftalmologico da quelli che non lo fanno;  punti nascita che non compilano il questionario: sarà necessario sollecitare la compilazione del medesimo al fine di coinvolgere il maggior numero di punti nascita.  Dopo aver individuato i punti-nascita che effettivamente eseguono gli screening neonatali audiologico e oftalmologico si potrà individuare la modalità e la tempistica di esecuzione dei test e valutare l'omogeneità di esecuzione dei medesimi per stabilire un percorso assistenziale comune a tutti i Centri e uniformare l'iter terapeutico, in caso di riscontro di test patologici, su tutto il territorio regionale in maniera tale da arrivare a una diagnosi precoce e conseguente terapia entro i primi sei mesi di vita. Inoltre, saranno così individuati i centri di II livello (Servizi o Centri di Audiologia o Oftalmologia di II livello) a cui i punti-nascita fanno riferimento per la conferma della diagnosi, e il Centro di Riferimento Regionale di III livello al quale ci si rivolge per assicurare l'approfondimento diagnostico.</p> <p>Dopo aver individuato le cause della mancata esecuzione dei test di screening audiologico e oftalmologico, in base alle risposte fornite dal questionario, si programmeranno le azioni necessarie alla diffusione dei test nei punti-nascita che non eseguono gli screening neonatali audiologico e oftalmologico (fornitura di apparecchiature per l'esecuzione dei test, formazione del personale dedicato, etc).</p>
<p>Rischi e management dei rischi</p>	<p>Individuare i neonati che non hanno eseguito gli screening neonatali audiologico e oftalmologico perché nati a domicilio o nati da madri residenti in Sardegna che abbiano partorito in un'altra regione o perché figli di genitori che rifiutano gli screening.</p>
<p>Sostenibilità</p>	<p>Attualmente una gran parte dei punti nascita esegue gli screening neonatali audiologico e oftalmologico. È necessario pertanto arruolare quelli che non lo eseguono individuando le cause che ne impediscono l'attuazione.</p>

## Cronoprogramma azione P -2.1.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -2.1.1.1</b> Predisposizione del questionario	Gruppo di programmazione / regione															
<b>P -2.1.1.2</b> Trasmissione del questionario a tutti i punti nascita della regione e ricezione delle risposte	Gruppo di programmazione / regione															
<b>P -2.1.1.3</b> Elaborazione ed analisi dei dati	Gruppo di programmazione / regione															

## Pianificazione delle azioni: azione P -2.1.2

<b>Azione P -2.1.2</b>	<b>Sviluppo del percorso regionale di screening audiologico neonatale e sua attivazione in tutti i punti nascita entro il 2018</b>
Descrizione	L'intervento verterà sulla ricognizione dell'attuale applicazione dello screening audiologico neonatale nei vari punti nascita della Sardegna, tramite l'invio e la compilazione di un questionario. Tale questionario permetterà di capire in quali punti-nascita lo screening viene effettuato, le modalità di applicazione, il timing e il tipo di apparecchiatura usata, nonché gli esecutori di tale procedura (infermieri professionali dei punti nascita o tecnici audiometristi delle U.O. otorinolaringoiatriche). In un secondo momento verranno presi in considerazione l'attivazione dello screening, le tecniche da utilizzare per attuarlo e le ulteriori possibilità diagnostiche. Tutto questo prevede la formulazione di un protocollo di screening per neonati sani o per quei soggetti con fattori di rischio, o per quelli ricoverati in terapia intensiva neonatale; verrà inoltre proposto un programma di sorveglianza per le età successive, tenendo presente il problema della sordità ad insorgenza tardiva e progressiva nelle categorie a rischio. Questo intervento prevede inoltre l'analisi degli aspetti organizzativi e gestionali. La prima fase consisterà nella formazione del personale infermieristico e nella individuazione del medico responsabile dello screening, il quale dovrà stabilire le procedure, il follow-up e l'organizzazione dei flussi informativi (compito da attribuire al centro di I livello rappresentato dal punto-nascita). Verrà poi individuato un centro di II livello (Servizi o Centri di audiologia di II livello) per la conferma della diagnosi, e un Centro di Riferimento Regionale (III livello) per assicurare un approfondimento diagnostico e garantire la formazione del personale dei punti nascita e dei centri di II livello, nonché la monitoraggio e l'organizzazione di tutto il processo di screening.
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta verso tutti i neonati presenti nei punti-nascita, ed in particolare verso quelle categorie di soggetti con fattori di rischio per ipoacusia progressiva o ad esordio tardivo presenti alla nascita.
Setting identificato per l'azione	Punti nascita della Regione Sardegna, centri di II e III livello.
Gruppi di interesse	Sono coinvolti nell'azione tutti gli operatori dei punti nascita: infermieri e medici responsabili dell'attuazione delle procedure, i quali fanno parte di un team multidisciplinare composto da audiologo-foniatro, audiometristi, logopedisti e audio protesisti, psicologi, pediatri e neuropsichiatri infantili; i PLS, i genitori dei piccoli pazienti.
Prove di efficacia	La prevalenza della sordità neonatale può essere stimata nei paesi occidentali fra 0,5 e 1,5 casi ogni mille nati. Un recente studio italiano effettuato nella città di Siena ha dimostrato, con uno screening neonatale condotto su 19.700 neonati, una prevalenza della sordità congenita pari all'1,7%. La necessità di una diagnosi precoce è indispensabile, in quanto una normale funzione uditiva è fondamentale per un regolare sviluppo del linguaggio. L'American Academy of Pediatrics e l'European Consensus Statement in Neonatal Hearing Screening ha dedicato grande attenzione alla diagnosi precoce delle sordità, fissando l'obiettivo di identificare e avviare ad una terapia riabilitativa (protesizzazione acustica e logopedia) entro i 6 mesi di età i neonati con sordità congenita. E' dimostrato che ciò è possibile solo sottoponendo a screening tutta la popolazione di neonati: tale screening permette di anticipare l'età media della conferma della diagnosi a 2 mesi nei soggetti screenati, rispetto ai 15 mesi nei neonati non sottoposti a screening. Lo screening uditivo universale è già stato adottato da

	<p>numerosi paesi europei: Austria, Belgio, Croazia, Inghilterra, Lussemburgo, Olanda, Polonia e Svezia.</p>
<p>Trasversalità (intersectoriale, multisetoriale) per l'azione</p>	<p>Gli interventi interessano diverse unità operative del servizio regionale. Il programma di screening audiologico è solo il momento iniziale di un'azione che avrà i suoi sviluppi nel coinvolgimento di vari professionisti componenti di un team multidisciplinare, rappresentato da un audiologo-foniatra, da un audiometrista, un logopedista e audioprotesista, uno psicologo, un neuropsichiatra e un pediatra.</p>
<p><b>Attività principali</b></p>	
<p><b>P - 2.1.2.1</b> Definizione e formalizzazione del percorso di screening audiologico</p>	<p>L'attività di definizione e formalizzazione del percorso di screening audiologico riguarda aspetti di tipo organizzativo e aspetti di tipo clinico-strumentale: dall'esecuzione sull'intera popolazione di neonati del test di screening, il successivo percorso diagnostico fino alla presa in carico del neonato con ipoacusia confermata. Deve inoltre prevedere il monitoraggio a medio e lungo termine dei neonati che sono risultati negativi al test di screening ma che presentano fattori di rischio per sordità progressiva o ad insorgenza tardiva. Pertanto il Gruppo di programmazione dovrà proporre la rete organizzativa dei centri deputati al primo, al secondo e al terzo livello di follow-up, specificando le funzioni attribuite a ciascuno; inoltre dovranno essere definiti e recepiti i protocolli differenziati per livello di rischio, con l'individuazione dei test, la tempistica, gli strumenti e le professionalità richieste.</p> <p>Il percorso di screening si articola su tre livelli:  Primo livello presso l'ospedale di nascita ove viene effettuato il test di screening mediante otoemissioni acustiche,  Secondo livello presso il Centro Audiologico dove viene confermata la diagnosi mediante test ABR (questo passaggio può essere effettuato presso l'ospedale di nascita se si dispone delle apparecchiature e dei tecnici dedicati),  Terzo livello presso il Centro Audio-Otologico pediatrico ove viene effettuato l'approfondimento diagnostico, la presa in carico e il follow-up dei neonati con test patologico.</p> <p>In ogni punto-nascita verrà identificato un referente del programma di screening con il compito di monitorare l'andamento del medesimo. Il dirigente medico del Reparto o suo delegato avrà il compito di informare i genitori sull'esecuzione del test, di comunicare la positività del test di screening e di contattare il centro di II livello per l'approfondimento della diagnosi e l'eventuale presa in carico del neonato.</p> <p>In caso di parto a domicilio il professionista che assiste il neonato è tenuto ad inviarlo entro la prima settimana di vita presso l'ospedale di riferimento per l'esecuzione del test di screening.</p> <p>Il percorso, negli aspetti organizzativi e clinico-strumentali, dovrà essere formalizzato in un documento da approvare a livello regionale.</p>
<p><b>P - 2.1.2.2</b> Dotazione dei centri di primo livello (punti-nascita) della strumentazione necessaria</p>	<p>A seguito della ricognizione di cui all'Azione 2.1.1 del presente Programma, il Gruppo di programmazione dovrà valutare le necessità in termini di dotazioni strumentali per l'avvio dello screening laddove emergano delle carenze. L'effettuazione del test di screening con TEOAE è di competenza del reparto in cui è avvenuta la nascita. L'effettuazione del test ABR è di competenza del reparto in cui il neonato è stato trasferito subito dopo la nascita in caso di problemi clinici. Pertanto tali reparti dovranno essere dotati di apparecchiature adeguate per l'esecuzione di tali test nel caso in cui ciò non fosse già predisposto.</p>

<p><b>P -2.1.2.3</b> Formare il personale coinvolto nei diversi livelli dello screening</p>	<p>Il Gruppo di programmazione dovrà definire un Piano di formazione a livello regionale per standardizzare l'esecuzione dei test di screening con TEOAE da parte del personale dei punti nascita prevedendo una formazione dedicata per il personale coinvolto. La formazione del personale potrà includere anche i Punti nascita delle strutture private accreditate.</p>
<p><b>P -2.1.2.4</b> Analisi e definizione delle esigenze informative del percorso di screening audiologico</p>	<p>Il Gruppo di programmazione dovrà analizzare le esigenze informative del percorso per la documentazione delle attività e dei loro esiti e predisporre gli strumenti per la gestione delle informazioni di scambio tra i diversi livelli o centri di screening (I, II e III livello), anche in vista di una possibile informatizzazione dei processi informativi.</p>
<p><b>P -2.1.2.5</b> Attivazione graduale dello screening audiologico nei punti-nascita della Regione</p>	<p>Si procederà con la definizione di un calendario di attivazioni che tenga conto della realtà esistente in termini di punti-nascita già attivi e di punti-nascita che necessitano di interventi organizzativi preliminari all'attivazione. Tutti i punti nascita devono avviare lo screening entro il 2018</p>
<p><b>P -2.1.2.6</b> Monitoraggio e valutazione del programma di screening audiologico</p>	<p>Il programma di screening deve essere valutato in base ai risultati ottenuti, come la percentuale della popolazione sottoposta allo screening, il numero dei neonati che non hanno superato lo screening (refer), il numero dei soggetti persi al follow-up . Gli indicatori principali verranno individuati in prima istanza nel valutare l'applicazione dello screening audiologico nel 100% dei punti nascita e in un secondo momento nell'analizzare la percentuale dei neonati sottoposti ai screening nei vari punti nascita. Perché il programma di screening sia efficace occorre rispettare alcune condizioni: esaminare almeno il 95% della popolazione; i soggetti refer (quelli che necessitano di una ulteriore valutazione) non devono superare il 4% dei soggetti esaminati; i falsi positivi non devono superare il 3%, i falsi negativi devono avvicinarsi allo 0; la percentuale di soggetti persi al follow-up non deve essere superiore al 5%. Si dovranno raccogliere le informazione sulla copertura (punti-nascita coinvolti), l'adesione (numero di neonati che hanno effettuato lo screening), la positività del test di screening, i neonati con diagnosi confermata e la tipologia dei trattamenti nei bambini presi in carico.</p>
<p>Rischi e management dei rischi</p>	<p>Individuare i punti-nascita che non partecipano all'esecuzione dello screening, i neonati i cui genitori rifiutano l'esecuzione del test di screening sul proprio figlio, i nati a domicilio o i nati da madri residenti in Sardegna che abbiano partorito in un'altra regione e coinvolgerli nel programma di screening.</p>
<p>Sostenibilità</p>	<p>L'analisi dei costi relativi ad un modello organizzativo di screening universale da condurre nei punti nascita è relativo al costo della strumentazione, al costo dell'istruzione del personale (esecutore dello screening e gestore dei dati), al costo del materiale di consumo, alla gestione dei dati e alla manutenzione dello strumento.</p>

## Cronoprogramma azione P – 2.1.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<p><b>P -2.1.2.1</b> Definizione e formalizzazione del percorso di screening</p>	<p>Gruppo di programmazione/ regione</p>														



audiologico																			
<b>P -2.1.2.2</b> Dotazione dei centri di primo livello (punti-nascita) della strumentazione necessaria	Gruppo di programmazione/ regione /Aziende sanitarie																		
<b>P -2.1.2.3</b> Formare il personale coinvolto nei diversi livelli dello screening	Gruppo di programmazione/ regione /Aziende Sanitarie																		
<b>P -2.1.2.4</b> Analisi e definizione delle esigenze informative del percorso di screening audiologico	Gruppo di programmazione/ regione /Aziende Sanitarie																		
<b>P -2.1.2.5</b> Attivazione graduale dello screening audiologico nei punti-nascita della Regione	Aziende sanitarie																		
<b>P -2.1.2.6</b> Monitoraggio e valutazione del programma di screening audiologico	Gruppo di programmazione/ regione /Aziende sanitarie																		

## Pianificazione delle azioni: azione P -2.1.3

<b>Azione P - 2.1.3</b>	<b>Sviluppo del percorso regionale di screening oftalmologico neonatale e sua attivazione in tutti i punti nascita entro il 2018</b>
Descrizione	<p>L'intervento verterà sulla ricognizione dell'attuale applicazione dello screening oftalmologico neonatale nei vari punti nascita della Sardegna, tramite l'invio e la compilazione di un questionario. Tale questionario permetterà di capire in quali punti nascita lo screening viene effettuato, le modalità di applicazione, il timing e il tipo di apparecchiatura usata, nonché gli esecutori di tale procedura. In un secondo momento verranno presi in considerazione l'attivazione dello screening e le tecniche da utilizzare per attuarlo (ricerca del riflesso rosso con midriasi spontanea o con dilatazione farmacologica delle pupille) e le ulteriori possibilità diagnostiche. Tutto questo prevede la formulazione di un protocollo di screening per neonati sani al nido e per quelli ricoverati in neonatologia e terapia intensiva; inoltre è previsto un programma di sorveglianza nelle età successive durante tutte le visite di controllo dello stato di salute effettuate dal pediatra di famiglia. Questo intervento prevede, inoltre, l'analisi degli aspetti organizzativi e gestionali. La prima fase consisterà nella formazione del personale medico responsabile dello screening, che dovrà stabilire le procedure, indirizzare ad un follow-up oftalmologico, compito da attribuire al centro di I livello, rappresentato dal punto nascita. Verrà poi individuato un centro di II livello (Reparto/Clinica oculistica della struttura ospedaliera di riferimento) per l'effettuazione di una valutazione specialistica (visita oculistica, esame del fondo oculare, etc.) sui neonati con test del riflesso rosso anormale. Compito del centro di II livello sarà, inoltre, quello di visitare sistematicamente tutti i neonati pretermine (con età gestazionale inferiore alle 33 settimane) e/o con basso peso alla nascita (&lt;1500 grammi) e/o con una storia familiare positiva per retino blastoma, cataratta congenita infantile e giovanile, glaucoma o alterazioni retiniche, vizi di refrazione, malattie genetiche, sordità, sindromi dismorfiche, ritardo neuromotorio, infezioni congenite e malattie sistemiche associate a patologie oculari. Verrà, infine, individuato un Centro di Riferimento Regionale (III livello) per assicurare un approfondimento diagnostico e</p>

	garantire le terapie adeguate, con esclusione dei casi non trattabili nelle strutture sanitarie regionali e per i quali si rende necessario il ricorso a Centri specialistici extraregionali accreditati. Sarà compito di quest'ultimo (III livello) anche la monitorizzazione e l'organizzazione di tutto il processo di screening, nonché il programma di formazione degli operatori addetti allo svolgimento dello stesso.
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta verso tutti i neonati presenti nei punti-nascita, ed in particolare verso quelle categorie di soggetti con fattori di rischio per ipovisione congenita.
Setting identificato per l'azione	Punti-nascita della Regione Sardegna, centri di II e III livello.
Gruppi di interesse	Sono coinvolti nell'azione tutti gli operatori dei punti nascita: infermieri e medici responsabili dell'attuazione delle procedure, i quali fanno parte di un team multidisciplinare, gli operatori del reparto di oculistica (referenti per la pediatria), i PLS, i genitori dei piccoli pazienti.
Prove di efficacia	E' accertato che la plasticità neuronale può consentire recuperi funzionali più significativi, a condizione che la presa in carico del danno oftalmologico avvenga in fasi molto precoci dello sviluppo. A questo proposito L'American Academy of Pediatrics ha raccomandato la prova del riflesso rosso (red reflex) per tutti i neonati in uno statement del 2002, rivisto successivamente nel 2008. (Red Reflex Examination in Infant, American Academy of Pediatrics, Pediatrics, May 2002; Red Reflex Examination in Infant and Children, Pediatrics, 2008).
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Gli interventi interessano diverse unità operative del servizio regionale. Il programma di screening oftalmologico è solo il momento iniziale di una azione che avrà i suoi sviluppi nel coinvolgimento di altri professionisti: oculista, ortottista e pediatra di famiglia.
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 2.1.2.1</b> Definizione e formalizzazione del percorso di screening audiologico	<p>L'attività di definizione e formalizzazione del percorso di screening oftalmologico riguarda aspetti di tipo organizzativo e aspetti di tipo clinico-strumentale: dall'esecuzione sull'intera popolazione di neonati del test di screening, il successivo percorso diagnostico fino alla presa in carico del neonato positivo al test.</p> <p>Operatori dei punti nascita (I livello): compito degli infermieri e medici responsabili sarà quello dell'attuazione della procedura (esecuzione della prova del riflesso rosso); dal punto di vista tecnico, la prova del riflesso rosso utilizza la trasmissione della luce da un oftalmoscopio attraverso tutte le parti trasparenti dell'occhio fino alla sua riflessione dal fundus all'occhio dell'esaminatore. Ogni fattore che impedisca o blocchi queste vie ottiche comporterà un'alterazione del riflesso rosso (cataratta, opacità corneali, alterazioni retiniche dovute a tumori o colobomi).</p> <p>Operatori del reparto di oculistica (referenti per la pediatria) (II livello): compito di questi sarà una valutazione specialistica dei soggetti con riflesso rosso anormale, con ripetizione della prova del riflesso rosso e esecuzione di visita oculistica (valutazione del fundus e altri esami ritenuti necessari). Inoltre questi, sottoporranno ad esame del fundus con lampada a fessura tutti i neonati pretermine per la valutazione di precoci stadi di retinopatia e i soggetti a rischio di ipovisione ricoverati in TIN e in neonatologia, che verranno sottoposti a periodico follow-up in seguito a dimissione.</p> <p>Operatori de Centro di Riferimento Regionale (III livello): compito di questi sarà assicurare un approfondimento diagnostico e garantire le terapie adeguate, con esclusione dei casi non trattabili nelle strutture sanitarie regionali e per i quali si rende necessario il ricorso a Centri specialistici extraregionali accreditati.</p> <p>Dovranno essere definiti e recepiti i protocolli differenziati per livello di rischio, con l'individuazione dei test, la tempistica, gli strumenti e le professionalità richieste.</p> <p>In ogni punto-nascita verrà identificato un referente del programma di screening con il compito di monitorare l'andamento del medesimo. Il dirigente medico del Reparto o</p>

	<p>suo delegato avrà il compito di informare i genitori sull'esecuzione del test, di comunicare la positività del test di screening e di contattare il centro di II livello per l'approfondimento della diagnosi e l'eventuale presa in carico del neonato.</p> <p>Il percorso, negli aspetti organizzativi e clinico-strumentali, dovrà essere formalizzato in un documento da approvare a livello regionale.</p>
<b>P -2.1.2.2</b> Dotazione dei centri di primo livello (punti-nascita) della strumentazione necessaria	A seguito della ricognizione di cui all'Azione 2.1.1 del presente Programma, il Gruppo di programmazione dovrà valutare le necessità in termini di dotazioni strumentali (oftalmoscopio) per l'avvio dello screening laddove emergano delle carenze nei Punti nascita.
<b>P -2.1.2.3</b> Formare il personale coinvolto nei diversi livelli dello screening	Il Gruppo di programmazione dovrà definire un Piano di formazione a livello regionale per standardizzare l'esecuzione dei test di screening da parte del personale dei punti nascita prevedendo una formazione dedicata per il personale coinvolto. La formazione del personale potrà includere anche i Punti nascita delle strutture private accreditate.
<b>P -2.1.2.4</b> Analisi e definizione delle esigenze informative del percorso di screening audiologico	Il Gruppo di programmazione dovrà analizzare le esigenze informative del percorso per la documentazione delle attività e dei loro esiti e predisporre gli strumenti per la gestione delle informazioni di scambio tra i diversi livelli o centri di screening (I, II e III livello), anche in vista di una possibile informatizzazione dei processi informativi.
<b>P -2.1.2.5</b> Attivazione graduale dello screening audiologico nei punti-nascita della Regione	Si procederà con la definizione di un calendario di attivazioni che tenga conto della realtà esistente in termini di punti-nascita già attivi e di punti-nascita che necessitano di interventi organizzativi preliminari all'attivazione. Tutti i punti nascita devono avviare lo screening entro il 2018
<b>P -2.1.2.6</b> Monitoraggio e valutazione del programma di screening audiologico	Il programma di screening deve essere valutato in base ai risultati ottenuti, come la percentuale della popolazione sottoposta allo screening, il numero dei neonati che non hanno superato lo screening, il numero dei soggetti persi al follow-up. Gli indicatori principali verranno individuati in prima istanza nel valutare l'applicazione dello screening oftalmologico nel 100% dei punti nascita e in un secondo momento nell'analizzare la percentuale dei neonati sottoposti ai screening nei vari punti nascita. Perché il programma di screening oftalmologico sia efficace occorre rispettare alcune condizioni: esaminare tutti i neonati dei punti nascita della regione e individuare precocemente patologie di natura ereditaria o acquisite, in grado di generare forme più o meno gravi di ipovisione congenita già evidenziabili alla nascita. Si dovranno raccogliere le informazioni sulla copertura (punti-nascita coinvolti), l'adesione (numero di neonati che hanno effettuato lo screening), la positività del test di screening, i neonati con diagnosi confermata e la tipologia dei trattamenti nei bambini presi in carico.
Rischi e management dei rischi	Individuare i punti-nascita che non partecipano all'esecuzione dello screening, i neonati i cui genitori rifiutano l'esecuzione del test di screening sul proprio figlio, i nati a domicilio o i nati da madri residenti in Sardegna che abbiano partorito in un'altra regione e coinvolgerli nel programma di screening.
Sostenibilità	L'analisi dei costi relativi ad un modello organizzativo di screening oftalmologico da condurre nei punti nascita, che prevede il test del Riflesso Rosso durante la degenza dei neonati, è relativo al costo della strumentazione: oftalmoscopio, manutenzione dello strumento e gestione dei dati. I costi relativi ai centri di II e III livello non sono costi aggiuntivi, ma una razionalizzazione di quelli attuali. La stima dei costi deve essere valutata in base ai risultati ottenuti, come il numero dei neonati che hanno eseguito lo screening, il numero dei soggetti con test anormale e la precocità nel formulare una diagnosi che consenta un intervento tempestivo, teso a migliorare la prognosi di una patologia oftalmologica. Gli indicatori principali verranno individuati in prima istanza nel valutare l'applicazione dello screening oftalmologico nel 100% dei punti nascita e, in un secondo momento, nell'analizzare la percentuale dei neonati

	sottoposti a screening e quelli che hanno beneficiato di un intervento terapeutico precoce.
--	---

### Cronoprogramma azione P -2.1.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P -2.1.2.1</b> Definizione e formalizzazione del percorso di screening audiologico	Gruppo di programmazione/ regione														
<b>P -2.1.2.2</b> Dotazione dei centri di primo livello (punti-nascita) della strumentazione necessaria	Gruppo di programmazione/ regione /Aziende sanitarie														
<b>P -2.1.2.3</b> Formare il personale coinvolto nei diversi livelli dello screening	Gruppo di programmazione/ regione /Aziende Sanitarie														
<b>P -2.1.2.4</b> Analisi e definizione delle esigenze informative del percorso di screening audiologico	Gruppo di programmazione/ regione /Aziende Sanitarie														
<b>P -2.1.2.5</b> Attivazione graduale dello screening audiologico nei punti-nascita della Regione	Aziende sanitarie														
<b>P -2.1.2.6</b> Monitoraggio e valutazione del programma di screening audiologico	Gruppo di programmazione/ regione /Aziende sanitarie														

## **Programma P- 3. 1 : Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica**

### **Descrizione del programma**

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la salute mentale " uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, riesce a fare fronte alle normali tensioni della vita ed è in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive" specificando inoltre che "la promozione della salute mentale intende promuovere una nozione positiva di salute mentale aumentando il benessere psicologico delle persone, la competenza, e la resilienza, progettando forme di supporto alle condizioni di vita, mentre la prevenzione dei disturbi mentali ha come obiettivo l'attenuazione dei sintomi e la riduzione delle malattie.

I bambini e gli adolescenti che godono di una buona salute mentale sono in grado di sviluppare e mantenere la funzionalità e il benessere psico-sociale ottimali. Hanno un senso di identità e consapevolezza di sé, costruiscono solide relazioni con i familiari e i loro coetanei, sono in grado di essere produttivi e di apprendere, accolgono le sfide dell'ambiente che li circonda e sfruttano le risorse culturali per una buona crescita. Il benessere mentale dei bambini e degli adolescenti è fondamentale anche ai fini della partecipazione attiva a livello socio-economico (Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans - Organizzazione Mondiale della Sanità 2005).

Il numero di adolescenti in condizioni di disagio psicologico, che potenzialmente può sfociare in disturbo vero e proprio, è pari al 7-8% della popolazione giovanile. Inoltre, fino al 50% delle patologie psichiatriche dell'adulto iniziano prima dei 14 anni d'età.

La prevalenza dei disturbi mentali in età adulta è del 15-30%, quella dei disturbi mentali gravi, che si accompagnano a disabilità, è del 5-7%.

I disturbi per i quali è stato individuato un percorso specifico di cura in applicazione del PANSM hanno una prevalenza pari a:

- 0.5% per il disturbo schizofrenico,
- 1-5% per il disturbo bipolare dell'umore,
- 17% (lifetime) per il disturbo depressivo,
- 13% per i disturbi di personalità (3% considerando solo quelli gravi).

Per quanto riguarda i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) (comprendenti Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata e DCA sottosoglia), i dati epidemiologici di prevalenza sono meno solidi, la prevalenza in Italia si attesterebbe intorno al 3.3% per età  $\geq 18$  anni (Preti et al., 2009).

La tutela della salute in ambito materno infantile costituisce un impegno di valenza strategica che travalica lo specifico dei sistemi sanitari per includere ulteriori agenzie ed istituzioni (in particolare educative e sociali) i quali interventi opportunamente coordinati ed integrati costituiscono il background di riferimento per gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione (Progetto Obiettivo Materno Infantile 2000).

Nel suddetto contesto è di primaria importanza la precoce individuazione delle condizioni psichiche e/o psicopatologiche in cui è necessario l'intervento specialistico, certamente in capo al Servizio Sanitario.

E' consapevolezza ormai comune che i Sistemi Sanitari non possano da soli farsi carico del benessere psichico e dell'insieme dei problemi presentati dalla popolazione di riferimento. E', pertanto, urgente l'identificazione precoce di quelle condizioni psichiche e/o psicopatologiche in cui è necessario l'intervento specialistico, sia per quanto riguarda i percorsi che riguardano i Consultori Familiari, sia per quanto riguarda le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza (UONPIA).

L'organizzazione regionale dei servizi per la salute mentale consta di sei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) e due Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), allocati nelle otto ASL della Sardegna. Partecipano inoltre alla tutela della salute mentale le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (UONPIA), collocate nei 22 Distretti Socio Sanitari nei quali si articola l'assistenza territoriale delle ASL. Le UONPIA sono rivolte alla tutela della salute neuropsichica dell'età evolutiva e si occupano della fascia di età da 0 -18 anni

Nonostante l'assetto dipartimentale dei servizi per la salute mentale sia ormai consolidato, l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza degli interventi in capo ai DSM sono condizionati da un insufficiente coordinamento fra i servizi competenti per i diversi bisogni assistenziali. In particolare si rileva come, a fronte di esperienze locali costruite sull'interesse e motivazione di singoli contesti operativi, persista la carenza di un definito continuum assistenziale in grado di assicurare percorsi di cura articolati nei contesti ambulatoriali, domiciliari, in centri diurni/residenziali ed in ospedale,



nonché un insufficiente coordinamento/integrazione delle attività dei DSM con le attività dei Servizi Sociali degli Enti locali e degli altri soggetti istituzionali interessati alla tematica.

Le UONPIA, a differenza dei DSM, soffrono di una più generale fragilità della rete dei servizi, in termini di organizzazione, integrazione e coordinamento. Il personale è distribuito in maniera disomogenea fra le ASL e i distretti, numericamente e per figura professionale. Si rileva inoltre l'insufficienza del dialogo e coordinamento fra le UONPIA e le altre aree di intervento che si occupano della salute neuropsichica e del benessere in età evolutiva e giovanile in ambito aziendale (consultori familiari, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, reparti ospedalieri) o all'esterno (Enti Locali, scuole, autorità giudiziaria).

Il presente programma individua una fascia d'età a rischio e dei settori di psicopatologia che, se individuati e presi in carico precocemente, possono permettere un miglioramento della prognosi di gravi disturbi psicopatologici in termini di riduzione del carico sintomatologico e riduzione della disabilità globale. Molte delle disabilità associate con i disturbi psicotici, infatti, si instaurano in una fase precoce ed il periodo di psicosi non trattato è un fattore di rischio per un esito negativo (Early psychosis 2005).

Lo stadio di vita a cui si rivolge il presente programma è l'età preadolescenziale e adolescenziale (dagli 11 ai 18 anni di pertinenza della NPIA, dai 19 e oltre, in età adulta, di pertinenza del CSM), in cui spesso esordiscono gravi patologie quali psicosi, disturbi dell'umore, disturbi del comportamento alimentare.

In un'ottica globale si individuano 2 fasi in cui è possibile articolare un intervento volto all'identificazione precoce del disagio psicopatologico dell'adolescente e pre-adolescente:

1 - Fase "comunitaria" - in cui i servizi [in particolare i Consultori Familiari, la NPIA ed il Dipartimento di Salute Mentale (DSM)], ciascuno per la propria competenza ed in armonia tra di loro, dovranno attuare iniziative di sensibilizzazione ed informazione rivolte alle agenzie educative e sanitarie preposte alla tutela della salute e del benessere del bambino e dell'adolescente, e in particolare: la scuola, il Servizio Sanitario, i pediatri ed i Medici di Medicina Generale. L'obiettivo di questa fase è quello di aumentare la consapevolezza e la conoscenza dei bisogni di salute nonché dei segni e dei sintomi iniziali dei disturbi psichici gravi, oltreché ridurre lo stigma sociale, spesso fattore di ostacolo alla ricerca di aiuto ed intervento e origine delle resistenze dei genitori, rinforzando il fatto che le malattie mentali sono curabili. Questa prima fase, rivolta alla comunità di operatori di questo settore, favorirà il riconoscimento e l'invio ai Servizi di situazioni di alto rischio di sofferenza psicopatologica grazie alla costruzione di un percorso di cura condiviso ed alla creazione di una modalità operativa sinergica tra le diverse figure professionali coinvolte a vario titolo nella tutela e la protezione della salute del bambino e dell'adolescente.

2 - Fase di presa in carico - mirata all'individuazione, all'interno dei servizi della NPIA e dei servizi dei DSM in integrazione tra loro, di un percorso di cura "preferenziale" per adolescenti e pre-adolescenti che presentino un rischio di essere affetti da gravi disturbi psicopatologici, ad andamento sia acuto che cronico recidivante, caratterizzati da altro grado di sofferenza e a rischio di disabilità sociale. In particolare verranno individuati i percorsi dedicati ai soggetti a rischio di:

- > Disturbi d'ansia con grave compromissione del funzionamento in almeno 2 aree della vita quotidiana.
- > Disturbi dell'Umore (in particolare depressivo).
- > Schizofrenia e disturbi psicotici correlati.
- > Disturbi del Comportamento Alimentare.

Particolare attenzione andrà posta alla presenza di rischio di suicidio all'interno delle categorie sopra riportate.

La valutazione multidisciplinare permette di intercettare i casi da accogliere in maniera prioritaria con modalità condivise e stabilite da procedure. Verranno sviluppati protocolli di diagnosi precoce e presa in carico integrata

Queste due fasi verranno articolate in una azione, denominata "Definizione di interventi informativi e formativi agli operatori sanitari di base e a quelli della scuola e sviluppo di protocolli di presa in carico integrata dei soggetti ad alto rischio di disagio mentale".

## Obiettivi generali e indicatori di programma

Programma	Obiettivi	Indicatori di programma	Valori di partenza	Valori attesi 2018
-----------	-----------	-------------------------	--------------------	--------------------



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	generali		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P- 3.1 Identificazione precoce e presa in carico sistemica dei soggetti a rischio di disagio mentale</b>	3.2 Favorire la salute psichica dei bambini e degli adolescenti e Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	3.2.1 Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA, presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi Definizione operativa Numero di incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	Non rilevato	Non rilevato	100% Almeno un incontro/anno in ogni regione	100% Almeno un incontro/anno

### Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P- 3.1

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P- 3.1.1 Definizione di interventi informativi e formativi agli operatori sanitari di base e a quelli della scuola e sviluppo di protocolli di presa in carico integrata dei soggetti ad alto rischio di disagio mentale</b>	Favorire il riconoscimento precoce di situazioni ad alto rischio di sofferenza psicopatologica e presa in carico da parte dei Servizi	Definizione di un format regionale per la organizzazione degli incontri informativi tra professionisti sanitari e professionisti della scuola e realizzazione di almeno un incontro in ambito regionale a partire dal 2016 <b>(indicatore sentinella)</b>	Documentazione comprovante l'adozione e del format regionale e registri ASL di raccolta firme di partecipazione alle iniziative informative	NA	0		Ev +1 incontro	1 incontro	1 incontro
		Proporzione di pediatri e MMG che hanno utilizzato le schede per la segnalazione per gli invii alle NPPIA <b>(indicatore sentinella)</b>	Documentazione delle Unità Operativa di NPPIA, del distretto cui afferiscono i pediatri e MMG comprovante l'utilizzo delle	<i>Numeratore:</i> numero di pediatri - MMG del distretto che hanno utilizzato le schede per la segnalazione <i>Denominatore:</i> totale dei	0%	0%	10%	30%	60%



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	schede	pediatri – MMG del distretto che hanno effettuato invii alle NPIA					
Stesura di almeno un protocollo regionale di presa in carico integrata	Evidenza documen tata della adozione del protocoll o regionale	NA	0		ev		

### Pianificazione delle azioni: Azione P -3.1.1

<b>Azione P - 3.1.1</b>	<b>Definizione di interventi informativi e formativi agli operatori sanitari di base e a quelli della scuola e sviluppo di protocolli di presa in carico integrata dei soggetti a alto rischio di disagio mentale</b>
Descrizione	<p>L'obiettivo di tale percorso è quello di aumentare la consapevolezza e la conoscenza dei bisogni di salute nonché dei segni e sintomi iniziali dei disturbi psichici gravi oltreché ridurre lo stigma sociale (che spesso è un fattore di ostacolo alla ricerca di aiuto e intervento ed è alla base delle resistenze dei genitori), rinforzando il fatto che le malattie mentali sono curabili.</p> <p>Ciò al fine di favorire il riconoscimento e l'invio ai Servizi di situazioni di alto rischio di sofferenza psicopatologica.</p> <p>Costruire in modo cooperativo un percorso di cura crea le condizioni per una modalità operativa sinergica tra le diverse figure professionali coinvolte a vario titolo nella tutela e la protezione della salute del bambino e dell'adolescente.</p> <p>Si ritiene opportuno un percorso duale: uno rivolto alle scuole, con la strutturazione di almeno un incontro all'anno eventualmente diretto ai dirigenti scolastici, che intende promuovere una nozione positiva di salute mentale aumentando il benessere psicologico delle persone, la competenza, e la resilienza, progettando forme di supporto alle condizioni di vita; in questo ambito verrà anche attivata l'attenzione degli operatori di comunità (insegnanti) rispetto a "comportamenti" a rischio di disagio o sofferenza mentale (non sintomi), cercando di indirizzare le scuole verso una condivisione dei problemi e delle preoccupazioni con i genitori, al fine di attivare percorsi di supervisione e comprensione anche nell'ambito del Sistema Sanitario, in particolare i Consultori Familiari, PLS e MMG. Il secondo percorso sarà rivolto ai clinici (PLS e MMG) per aumentare la capacità di discriminazione di condizioni a reale rischio psicopatologico, che necessitano di una valutazione specialistica.</p> <p>La presente azione oltre alle attività di sensibilizzazione per l'identificazione precoce prevede la definizione di protocolli di presa in carico all'interno dei servizi della Neuropsichiatria Infantile, con percorsi di cura "preferenziale" per adolescenti che presentino un rischio di essere affetti da gravi disturbi psicopatologici. In particolare verranno individuati i percorsi dedicati ai soggetti a rischio di:</p> <p>Disturbi d'ansia con grave compromissione del funzionamento in almeno 2 aree della vita quotidiana.</p> <p>Disturbi dell'Umore (in particolare depressivo).</p> <p>Schizofrenia e disturbi psicotici correlati.</p>





REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	Disturbi del Comportamento Alimentare.
Gruppo beneficiario prioritario	Minori a rischio di patologia psichiatrica
Setting identificato per l'azione	Distretto Sociosanitario , NPIA, CSM e Consultori Familiari. <u>La scuola</u> , che rappresenta il luogo privilegiato di osservazione del disagio dei bambini e degli adolescenti e quindi il tramite per una rilevazione precoce. Risulta pertanto fondamentale l'acquisizione di competenze specifiche da parte degli insegnanti <u>Il Servizio Sanitario</u> . Pediatri e i Medici di Medicina Generale possono giocare un ruolo essenziale nell'identificare e inviare nei servizi adolescenti, in presenza di sintomi sentinella per disturbi psichici gravi (EPI Program 2011)
Gruppi di interesse	Pediatri di libera scelta, MMG e Dirigenti e Referenti alla salute scolastici
Prove di efficacia	Il lavoro viene rivolto agli operatori della comunità (in particolare scuole medie e superiori) ed è volto a favorire stati di benessere psichico e il riconoscimento precoce delle patologie psichiche gravi, con conseguenti vantaggi in termini di prognosi: infatti nella fase non presa in cura della patologia si manifestano le più gravi disabilità e perdite del funzionamento (Early Psychosis 2005). Pediatri e i Medici di Medicina Generale possono giocare un ruolo essenziale nell'identificare e inviare nei servizi adolescenti, in presenza di sintomi sentinella per disturbi psichici gravi (EPI Program 2011).
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per l'azione	Coinvolgimento di Unità Operative di NPIA, Scuole, Pediatri, Centri di Salute Mentale, Consultori Familiari e Distretto Sociosanitario
<b>Attività principali</b>	
<b>P -3.1.1.1</b> Elaborazione di un percorso evidence-based di formazione e informazione destinato agli operatori sanitari di base e a quelli della scuola.	Il Gruppo di programmazione lavorerà, in raccordo con i servizi territoriali, alla costruzione di un format per percorsi formativi orientati verso la promozione di una nozione positiva di salute mentale, con rinforzo e riconoscimento di fattori protettivi, quali la resilienza, inquadrabili come prevenzione primaria (attivati preferenzialmente dai Consultori) e verso azioni di prevenzione secondaria (svolti prevalentemente dalle UONPIA) rivolti a indirizzare l'attenzione degli insegnanti nel riconoscimento di "comportamenti" a rischio di disagio o sofferenza mentale. Il predetto format dovrà essere disponibile entro il 1° semestre del 2016. Si prevede di attivare almeno un percorso all'anno in coordinamento tra i Distretti, Consultori e UONPIA.
<b>P -3.1.1.2</b> Attivazione dei percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari	I percorsi formativi, almeno uno all'anno per ASL, saranno attivati dagli operatori delle UONPIA, guidati dai responsabili di ogni singola Unità Operativa di NPIA in collaborazione con i Consultori Familiari. Il gruppo di programmazione mantiene un ruolo di monitoraggio.
<b>P -3.1.1.3</b> Elaborazione schede di invio accoglienza per PLS e MMG	Questa fase prevede la strutturazione di invio ai Servizi ,da parte dei pediatri e MMG, attraverso l'utilizzo di una scheda volta alla individuazione di cluster sintomatologici specifici. La condivisione di tale pratica professionale consentirà una maggiore attenzione all'integrazione tra diversi ruoli e competenze professionali, oltreché un triage che permetterà ai Servizi di essere maggiormente tutelati nell'assegnazione di priorità alle problematiche più rilevanti, con modalità uniforme ed appropriata delle risorse disponibili. Il gruppo di programmazione elaborerà le schede di invio, distinte ad uso dei pediatri di base e MMG quale strumento informativo per le UONPIA diretto a facilitare l'eventuale presa in carico. Il gruppo di programmazione mantiene un ruolo di monitoraggio.
<b>P -3.1.1.4</b> Definizione e sviluppo di protocolli di presa in carico integrata dei soggetti a alto rischio di disagio mentale	Il Gruppo di programmazione provvederà alla rilevazione dei protocolli già attivi sul territorio della Regione Sardegna, alla loro analisi e integrazione. Questa fase coinvolgerà i Consultori Familiari, le Unità Operative di NPIA, e la sezione per adulti dei Dipartimenti di Salute Mentale. Successivamente si andrà ad una condivisione di un protocollo regionale di presa in carico integrata con il territorio. Il Gruppo di programmazione monitorerà le fasi di diffusione del Protocollo regionale.
Rischi e management	1) Difficoltà nel raggiungere tutti i pediatri e tutte le scuole. L'azione sarà accompagnata da



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

dei rischi	<p>riunioni formative/informative previste nello stesso progetto.</p> <p>2) Rischio di una “ipersegnalazione” se il percorso informativo non sarà svolto adeguatamente. Si adotterà il criterio di due osservatori indipendenti (scuola e famiglia, famiglia e medico pediatra, figura educativa di un centro sportivo e famiglia) che rilevino un chiaro discostarsi del funzionamento o del comportamento del minore dalla “normalità” che si può evincere dalla media dei comportamenti e dei funzionamenti dei coetanei.</p> <p>3) Rischio di non adesione da parte dei Pediatri e dei MMG se non sarà loro garantita la sostituzione nelle giornate di formazione.</p> <p>4) Rischio di “paralisi” delle NPIA: molte NPIA sono sotto organico rispetto a quanto previsto dalle linee guida nazionali.</p> <p>L'indicazione di priorità appare ragionevole laddove si tratta di prevenire disturbi mentali gravi e invalidanti. Tuttavia, se si considera che altri disturbi gravi e invalidanti (autismo, ritardo mentale, ADHD), non sono inclusi nel presente programma di prevenzione, il rischio della lista d'attesa permane comunque, con il conseguente tardivo intervento diagnostico e di presa in carico.</p> <p>La scelta più opportuna, se sostenibile economicamente e organizzativamente, sarebbe quella di agire su entrambi i fattori limitanti la presa in carico precoce prevedendo sia l'assegnazione di una priorità nell'accettazione dei casi segnalati ai sensi del progetto, sia un incremento delle risorse umane finalizzate alla realizzazione del progetto stesso.</p>
Sostenibilità	<p>Le Unità Operative di NPIA hanno liste d'attesa che vanno, in alcune ASL, oltre i 12 mesi; pertanto la realizzazione del progetto è legata alla possibilità di:</p> <p>a) assegnare priorità ai casi segnalati ai sensi del progetto;</p> <p>b) incrementare le risorse umane.</p>

## Cronoprogramma azione P - 3.1.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P - 3.1.1.1</b> Elaborazione di un percorso evidence-based di formazione e informazione destinato agli operatori sanitari di base e a quelli della scuola.	Gruppo di programmazione/ regione															
<b>P -3.1.1.2</b> Attivazione dei percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari	ASL/ UONPIA, Consultori e Distretti Territoriali															
<b>P -3.1.1.3</b> Elaborazione schede di invio accoglienza per PLS e MMG	Gruppo di Programmazione / regione															
<b>P -3.1.1.4</b> Definizione e sviluppo di protocolli di presa in carico integrata dei soggetti a alto rischio di disagio mentale	Gruppo di programmazione/ regione /ASL															

## Programma P- 5.1: Prevenzione degli incidenti stradali e riduzione della gravità dei loro esiti

### Descrizione del programma

In Sardegna nel decennio 2000 – 2010 si è significativamente ridotto il numero degli incidenti stradali. Nonostante ciò, nel 2013 si è constatato un improvviso incremento della mortalità (74/1.000.000 abitanti), nel 2014 tuttavia il tasso di mortalità nella nostra regione è nuovamente sceso al 54,8/1.000.000 abitanti, in concordanza con la media di mortalità in Italia che, nel 2013, è risultata del 56,2.

Ancora non è disponibile il report ISTAT - ACI del 2014, ma dai primi dati che emergono si riscontra che, in Sardegna, gli incidenti stradali mortali più frequenti sono avvenuti la domenica a causa di scontri frontali da invasione della corsia opposta o per perdita del controllo della propria automobile.

Considerando che il costo medio umano per decesso è stato calcolato dall'ISTAT nel 2010 per la cifra di € 1.503.990, si può affermare che la perdita economica complessiva nel 2014 in Sardegna è stata di quasi 137 milioni di euro. Per determinare i costi degli incidenti stradali, alla cifra precedente sarebbero da aggiungere anche le spese per le persone ferite che, sempre secondo le stime del 2010 dell'ISTAT, ammontano mediamente ad oltre 42 mila euro per ciascun ferito.

Nel 2013 sono stati rilevati in Sardegna 3.661 incidenti stradali, per un totale di 123 morti e 5.522 feriti ad essi imputabili.

Fra i fattori di rischio comportamentali che favoriscono gli incidenti stradali, l'uso di bevande alcoliche rappresenta sicuramente quello di maggior importanza. Il Sistema di Sorveglianza PASSI ha messo in evidenza che nella nostra Regione il 56,9% dei residenti utilizza bevande alcoliche; questo dato è significativamente superiore alla media nazionale dove la prevalenza è stata del 51,9%. Molto alta è stata anche la prevalenza nella nostra Regione di persone definibili "bevitori a rischio" (grandi bevitori o bevitori binge o bevitori fuori pasto) che, nella classe di età di 25-34 anni, ha raggiunto il 24%.

Sempre con il PASSI è stato individuata l'alta prevalenza (11,5%) di persone che dichiarano di guidare un veicolo dopo consumo alcolico eccessivo. Anche questo valore è risultato superiore a quello nazionale che è del 9,8%.

Oltre ai comportamenti a rischio, molti incidenti stradali sono conseguenti al mancato o carente utilizzo dei fattori di protezione individuale. Il PASSI evidenzia che in Sardegna c'è un buon utilizzo della cintura anteriore e del casco; la prima è utilizzata dall'85,6% degli automobilisti, il secondo dal 95,6% dei motociclisti. Purtroppo risulta, sempre in Sardegna, uno scarso utilizzo delle cinture nei sedili posteriori, adoperate solo dal 26,1% della popolazione; questa prevalenza è stata comunque nettamente superiore a quella nazionale: 19,4%.

Un comportamento a rischio ulteriore verificato mediante il PASSI è rappresentato dal mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza automobilistici riservati ai minori di 6 anni. In Sardegna il 21,9% non li utilizza o manifesta difficoltà ad utilizzarli e questa media è risultata significativamente più alta rispetto alla media nazionale che è del 17,3%.

Per quanto espresso appare evidente che nel PRP 2014 - 2018, si procederà al monitoraggio degli infortuni da incidenti stradali, sia quelli rilevati mediante gli accessi ai Pronto Soccorso che quelli che hanno avuto bisogno del ricovero ospedaliero a causa della loro gravità. Allo scopo sarà realizzato un "Sistema integrato di Sorveglianza degli incidenti stradali" con la prospettiva di verificare il carico assistenziale per questi infortuni, la loro distribuzione per classi di età e sesso, la loro gravità ed il costo nonché le informazioni epidemiologiche di origine extra – sanitaria, in particolare quelli sulla mortalità provenienti dal database ISTAT – ACI.

Nel PRP 2014 - 2018 saranno utilizzato il Sistema di Sorveglianza PASSI per verificare il peso dei fattori di rischio comportamentali che favoriscono gli incidenti stradali, soprattutto il rischio alcol - guida e l'utilizzo dei sistemi di protezione alla guida (cinture, casco, ecc.)

Per l'implementazione del sistema di sorveglianza integrato sugli incidenti stradali sarà costituito l'“Osservatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale”, formato da un team di esperti intersettoriale e multidisciplinare.

Non di meno dovranno essere previste iniziative di promozione della salute concentrate soprattutto sul contrasto dell'utilizzo delle bevande alcoliche e delle sostanze d'abuso. Queste iniziative dovranno soprattutto essere rivolte ai giovani (studenti) e dovranno essere realizzate nei contesti educativi, scuole e autoscuole. In particolare queste ultime rappresentano un punto fondamentale della preparazione alla guida dei ragazzi e per il corretto uso dei

dispositivi di sicurezza. E' pertanto importante avviare un percorso informativo e di sensibilizzazione dei loro docenti finalizzato alla conoscenza delle problematiche giovanili tali da arricchire il percorso formativo e migliorare la capacità di guida dei giovani.

## Obiettivi generali e indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P.5.1 Prevenzione degli incidenti stradali e riduzione della gravità dei loro esiti</b>	5.1 Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1 Tasso di decessi per incidente stradale	Anno 2013: 56,2/1.000.000 ab.	Anno 2013: 73,9/1.000.000	-20%	-20%
	5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1 tasso di ricoveri per incidente stradale	Anno 2013: 7,2%	Anno 2013: 12,3%	-10%	-10%
	5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.1 Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini  Definizione operativa:  - prevalenza di persone di età 18 – 69 anni che viaggiano in auto (città e fuori) e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori rispondono: "sempre".  - prevalenza di persone di età 18 – 69 anni che negli ultimi 12 mesi sono saliti su una motocicletta/motorino, come guidatore o passeggero e che alla domanda sull'uso del casco quando vanno in motocicletta scooter motorino, sia in città sia fuori rispondono: "sempre".	Anno 2013: 20,2%	Anno 2013: 25,1%	+50%	+50%
			Anno 2013: 95,3%	Anno 2013: 96,2%	>95%	>95%
	5.3.2 guida sotto effetto dell'alcol (prevalenza di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	Anno 2013: 8,7%	Anno 2013: 10,1%	-30%	-30%	

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P - 5.1

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P - 5.1.1</b> <b>Realizzazione di un sistema integrato di sorveglianza degli incidenti stradali mediante l'analisi dei dati sanitari (file dei Pronto Soccorso, del Sistema 118, delle SDO e ReNCaM) e dei dati extra-sanitari.</b>	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli incidenti stradali sia per le conseguenze sanitarie sia per le caratteristiche generali (veicoli coinvolti, tempi e luoghi dell'incidente)	Percentuale di record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3- validati al controllo logico formale (se flusso L2, campo 14 “trauma rilevato” valorizzato 7 “incidente in strada”) <b>(indicator e sentinella)</b>	Sistema informativo del pronto soccorso (file EMUR)	<i>Numeratore:</i> numero di record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3- validati al controllo logico formale <i>Denominatore:</i> sul totale dei record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3	0%	0%	20%	50%	70%
		Produzione del report annuale sul fenomeno incidenti stradali <b>(indicator e sentinella)</b>	Produzione del report annuale da parte dell'Osse rvatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale	NA	NA	0		ev	ev
<b>P -5.1.2</b> <b>Promozione della cultura della sicurezza stradale attraverso iniziative coordinate di sensibilizzazione, informazione, formazione con metodi di provata efficacia, su particolari categorie a</b>	Aumentare il livello di informazione e consapevolezza sul rischio stradale da parte di gruppi di soggetti a rischio per età, stili di vita, e attività lavorative	proporzioni e di autoscuole che aderiscono ai seminari informativi <b>(indicator e sentinella)</b>	Documentazione del Dipartimenti di prevenzione (es registri firme) comprovanti la realizzazione dei seminari informativi	<i>Numeratore:</i> numero di autoscuole che aderiscono ai seminari informativi <i>Denominatore:</i> totale delle autoscuole iscritte alla CCIAA	NA	0	20%	40%	80%



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

rischio									
		Produzione di linee di indirizzo per uniformare il comportamento dei medici certificatori delle CML	Documentazione inerente la produzione delle linee di indirizzo regionali	NA	NA		ev		

## Pianificazione delle azioni: azione P - 5.1.1

<b>Azione P -5.1.1</b>	<b>Realizzazione di un sistema integrato di sorveglianza degli incidenti stradali mediante l'analisi dei dati sanitari (file dei Pronto Soccorso, del Sistema 118, delle SDO e ReNCaM) e dei dati extra-sanitari.</b>
Descrizione	<p>Un sistema informativo migliore di quello attuale può consentire di approfondire molti aspetti degli incidenti stradali e fornire gli elementi di conoscenza utili per gli interventi di prevenzione basati sulle evidenze. I dati relativi a tempo, luogo e modalità di accadimento degli incidenti stradali sono detenuti da soggetti esterni al Servizio Sanitario Nazionale, quest'ultimo detiene invece i dati relativi alle lesioni prodotte dagli incidenti e ai loro esiti. Occorre mirare ad una maggiore integrazione dei sistemi informativi per individuare le cause ambientali e comportamentali del fenomeno e riuscire a seguire l'intero percorso delle persone coinvolte in incidenti stradali: il sistema informativo non potrà, quindi, dirsi soddisfacente, finché non si realizzerà l'integrazione dei dati raccolti dalle forze dell'ordine con quelli relativi alle conseguenze sulla salute degli incidenti, raccolti dal SSR.</p> <p>Solo un dato completo consentirà di definire le mappe di rischio che sono fondamentali per pianificare e realizzare gli interventi sulle infrastrutture o sul contesto ambientale e identificare in modo puntuale i determinanti ambientali degli eventi incidenti stradali. L'integrazione delle basi dati presuppone specifici accordi di collaborazione con Enti, Istituzioni e con le Forze dell'Ordine che detengono i dati extrasanitari.</p> <p>Ai fini della conoscenza del fenomeno è fondamentale inoltre una migliore utilizzazione dei dati prodotti dal SSR: in questo caso non si tratta di predisporre nuovi strumenti ma di mettere a sistema le basi dati esistenti. Per una migliore conoscenza del fenomeno a livello regionale è importante disporre di un sistema di sorveglianza degli incidenti stradali puntuale. La regione Sardegna ha predisposto, nell'ambito del Flusso informativo emergenza urgenza EMUR – sezione pronto soccorso – il tracciato L3, che rappresenta un modulo aggiuntivo al tracciato nazionale EMUR - PS, che consente di raccogliere in via sperimentale informazioni di dettaglio, inerenti le incidentalità stradali e domestiche, che fanno riferimento alle codifiche analitiche nazionali per la caratterizzazione delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codifiche SINIACA per gli incidenti domestici e DATIS per quelli stradali).</p> <p>Questa azione si propone di realizzare, attraverso azioni di integrazione dei flussi informativi già esistenti, riguardanti l'emergenza urgenza - EMUR (pronto soccorso e 118), che dovrà prioritariamente essere reso operativo, i ricoveri (SDO) e i decessi (ReNCaM), un sistema di sorveglianza degli incidenti stradali che comporti il coinvolgimento attivo dei servizi di Pronto Soccorso, dei sistemi informativi e dei</p>

	servizi di igiene e sanità pubblica e un coordinamento di livello regionale, sistema di sorveglianza che sia idoneo e di supporto alla programmazione degli interventi di prevenzione degli incidenti stradali E' importante quindi predisporre un piano operativo per raccogliere e ordinare tutti i dati relativi alle condizioni di salute delle persone coinvolte in incidenti stradali sul territorio regionale e procedere al successivo allineamento con i dati extra sanitari.
Gruppo beneficiario prioritario	Fasce di popolazione statisticamente maggiormente coinvolte nella incidentalità stradale
Setting identificato per l'azione	Direzioni sanitarie di ASL e Ospedali, Pronto soccorso e Centrali operative del 118, Dipartimenti di prevenzione, Servizi regionali competenti in materia di prevenzione e sistemi informativi
Gruppi di interesse	Operatori sanitari, Forze dell'Ordine, Enti locali
Prove di efficacia	Il sistema di sorveglianza degli incidenti stradali è utile per rendere evidence based le azioni di prevenzione da programmare e valutare. Sarà prioritario in proposito che il sistema fornisca dati di monitoraggio del suo buon andamento.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Una mobilità in maggiore sicurezza può essere raggiunta solo attraverso un'azione coordinata e congiunta di diversi soggetti: è di fondamentale importanza riuscire a creare le alleanze opportune anche per quanto concerne la sorveglianza del fenomeno attraverso l'allineamento dei flussi di dati sanitari ed extrasanitari.
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 5.1.1.1</b> Costituire l'Osservatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale" e la rete regionale di sorveglianza degli incidenti stradali	Sarà costituito l'"Osservatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale", formato da un team di esperti intersettoriale e multidisciplinare, con il compito di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- analizzare i dati pertinenti delle SDO, dei file di pronto soccorso e del sistema 118, e dei registri di mortalità, per verificarne la completezza e la qualità e per definire eventuali interventi migliorativi;</li> <li>- studiare le modalità di linkage necessarie per allineare i dati appartenenti alla medesima persona;</li> <li>- studiare la fattibilità e le modalità di integrazione dei dati sanitari ed extra sanitari;</li> <li>- produrre un report annuale a regime;</li> <li>- pianificare e promuovere iniziative di sensibilizzazione, informazione, formazione sulla sicurezza stradale rivolte alla popolazione generale o a particolari categorie vulnerabili;</li> <li>- fungere da supporto tecnico per i decisori regionali in materia di politiche e infrastrutture per la mobilità.</li> </ul> L'Osservatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale" costituirà il nodo regionale della rete di sorveglianza degli incidenti stradali insieme ad analoghi nodi di livello aziendale, facenti capo ai Dipartimenti di Prevenzione, atti a supportare l'azione del nodo regionale.
<b>P - 5.1.1.2</b> Analizzare le banche dati sanitarie e studiare le modalità di linkage dei dati pertinenti	Sarà compito dell'Osservatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale" analizzare la completezza e la qualità delle banche dati pertinenti (SDO, dei file di pronto soccorso e del sistema 118, e dei registri di mortalità) e l'eventuale loro implementazione (interventi migliorativi). Sarà necessaria da parte dell'Osservatorio la elaborazione di apposite linee guida per la raccolta (tempi, modi, e responsabilità degli operatori interessati) e l'analisi dei dati.
<b>P - 5.1.1.3</b> Definire Accordi con Enti, Istituzioni, Forze dell'Ordine,	Ai fini della integrazione delle basi dati sanitarie con i dati extrasanitari sarà necessario definire Appositi accordi con i soggetti detentori. Detti accordi di collaborazione potranno essere definiti anche con gli Enti/Istituzioni preposte alla pianificazione territoriale al fine di introdurre nella programmazione degli interventi le valutazioni sugli aspetti della sicurezza stradale.
<b>P - 5.1.1.4</b> Produrre un report annuale sul fenomeno incidenti stradali	Sarà compito dell'Osservatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale" produrre un report annuale sul fenomeno degli incidenti stradali in Sardegna quale strumento di supporto alle decisioni di prevenzione, sia sul fronte degli interventi di

	tipo ambientale sia su quelli di tipo comportamentale.
Rischi e management dei rischi	Il rischio maggiore è rappresentato dalla fattibilità della integrazione con le banche dati extrasanitarie dipendenti da istituzioni esterne al servizio sanitario regionale. La qualità delle informazioni provenienti dal flusso di Pronto Soccorso rappresenta un nodo cruciale per il sistema di sorveglianza che necessita di correttivi attraverso l'introduzione di protocolli operativi diretti a facilitare la raccolta del dato.
Sostenibilità	Si tratta prioritariamente di mettere a sistema i flussi informativi sanitari già esistenti eventualmente migliorarli per quanto attiene alla completezza e di definire linee guida a tale scopo.

## Cronoprogramma azione P -5.1.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P - 5.1.1.1</b> Costituire l'Osservatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale" e la rete regionale di sorveglianza degli incidenti stradali	regione															
<b>P - 5.1.1.2</b> Analizzare le banche dati sanitarie e studiare le modalità di linkage dei dati pertinenti	Osservatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale/ regione /ASL															
<b>P - 5.1.1.3</b> Definire Accordi con Enti, Istituzioni, Forze dell'Ordine,	Osservatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale/ regione															
<b>P - 5.1.1.4</b> Produrre un report annuale sul fenomeno incidenti stradali	Osservatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale															

## Pianificazione delle azioni: azione P -5.1.2

<b>Azione P- 5.1.2</b>	<b>Promozione della cultura della sicurezza stradale attraverso iniziative coordinate di sensibilizzazione, informazione, formazione con metodi di provata efficacia, su particolari categorie a rischio</b>
Descrizione	<p>L'efficacia delle politiche per la sicurezza stradale dipende in primo luogo dal comportamento degli utenti. Le azioni di educazione stradale, di sensibilizzazione informazione e formazione, finalizzate anche all'applicazione della normativa, restano quindi un presupposto essenziale per ottenere una riduzione consistente del numero di morti e feriti.</p> <p>I principali gruppi a rischio per incidenti stradali sono ben identificati: vi sono gruppi di utenti, per esempio i giovani, che pongono in essere comportamenti "trasgressivi" alla guida, quelli che fanno abuso di alcol o uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, e quelli che non fanno uso di dispositivi di protezione individuale (DPI) (cinture di sicurezza, seggiolini per bambini e casco). Esistono poi altri gruppi di utenti che sono per loro stessa natura "fragili", ad esempio gli anziani, i bambini, i disabili.</p> <p>Le statistiche a livello europeo mostrano inoltre che il numero di morti e feriti gravi tra</p>



	<p>gli utenti vulnerabili della strada (ad esempio i conducenti di motociclette e ciclomotori, i ciclisti e i pedoni) è elevato e continua ad aumentare.</p> <p>Dati regionali</p> <p>Relativamente agli infortuni mortali, dal Rapporto Annuale Regionale INAIL 2012 risulta che nel 2012 sono stati denunciati a tale Istituto n. 20 infortuni mortali con le seguenti modalità di evento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 13 in attualità di lavoro, di cui 9 verificatisi in ambiente di lavoro ordinario e 4 in circolazione stradale (autotrasportatori merci/persone, commessi viaggiatori, addetti alla manutenzione stradale, etc.);</li> <li>- n. 7 in itinere (percorso casa-lavoro-casa).</li> </ul> <p>Risultano, pertanto, occorsi su strada ben il 55% degli infortuni mortali denunciati nel 2012, evidenziando la necessità di attuare adeguati interventi di contrasto nell'ambito della presente azione.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Gruppi di soggetti a rischio: giovani, soggetti che fanno abuso di alcol e uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, lavoratori a rischio di infortuni in itinere o durante l'attività lavorativa.
Setting identificato per l'azione	Le autoscuole, le scuole, le aziende sanitarie e i luoghi di lavoro
Gruppi di interesse	Insegnanti delle autoscuole e delle scuole superiori, Dipartimenti di prevenzione, datori di lavoro
Prove di efficacia	Gli interventi previsti sono stati già sperimentati in altri contesti e rappresentano delle buone pratiche
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'azione prevede il coinvolgimento di settori extrasanitari quali le scuole, le autoscuole, le imprese e le associazioni del mondo imprenditoriale
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 5.1.2.1</b> Organizzazione di seminari informativi per gli insegnanti delle autoscuole	<p>Garantire una adeguata preparazione alla guida sia del ciclomotore che della prima auto rappresenta uno degli strumenti principali per la prevenzione degli incidenti. Le autoscuole rappresentano un punto fondamentale della preparazione alla guida dei ragazzi e per il corretto uso dei dispositivi di sicurezza. E' pertanto importante avviare un percorso informativo e di sensibilizzazione dei loro docenti finalizzato alla conoscenza delle problematiche giovanili tali da arricchire il percorso formativo e migliorare la capacità di guida dei giovani.</p> <p>A tal fine i Dipartimenti di prevenzione di ciascuna ASL dovranno, in ambito provinciale, previa definizione di accordi con le Associazioni di categoria delle Autoscuole presenti nel territorio, organizzare dei seminari informativi rivolti ai docenti delle autoscuole al fine di avviare concreti rapporti di collaborazione per migliorare la preparazione alla guida dei giovani prima del conseguimento del titolo di abilitazione.</p>
<b>P - 5.1.2.2</b> Organizzazione di iniziative nelle scuole medie superiori atte a favorire la conoscenza e la consapevolezza dei rischi di Incidente Stradale e a potenziare i fattori di protezione (life skills, empowerment)	<p>Questa attività mira a realizzare iniziative nella scuola secondaria dirette a favorire la conoscenza del fenomeno, la percezione del rischio e a promuovere i processi di empowerment giovanile e l'acquisizione di Life Skills; a tal fine sarà promossa quale metodologia di intervento la Peer Education e la DisPeer Education: quest'ultima si caratterizza per la differenza d'età tra studenti/alunni, Peer Educator, e studenti/alunni, target degli interventi. Gli interventi si concretizzano con l'adesione delle Istituzioni Scolastiche agli interventi inseriti nel catalogo NESS di cui al Programma P.1.1 "Una scuola in salute".</p>
<b>P - 5.1.2.3</b> Definizione di linee di indirizzo per la valutazione della idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica, da parte delle Commissioni Mediche Locali, e loro	<p>La normativa vigente prevede che le Commissioni Mediche Locali (CML) per l'accertamento dei requisiti psico - fisici per il conseguimento della patente di guida sia integrata da un alcolologo nel caso in cui l'accertamento sia richiesto da soggetti con problematiche cliniche alcol- correlate. Al fine di rendere omogenee a livello regionale le procedure e i criteri valutativi che le commissioni mediche locali debbono seguire per la revisione della idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica o che fanno o hanno fatto abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope, un Gruppo di lavoro costituito a livello regionale entro il 2015, da</p>

diffusione	<p>specialisti del settore, avrà il compito di stilare apposite linee di indirizzo per uniformare il comportamento dei medici certificatori (entro il III trimestre del 2016) e introdurre sistemi efficaci di filtro nei confronti di soggetti che hanno stili di vita a rischio.</p> <p>Le linee di indirizzo regionali dovranno essere diffuse attraverso un apposito piano di formazione dei medici certificatori a partire dal 2017.</p>
<b>P - 5.1.2.4</b> Organizzazione di iniziative informative atte a favorire l'aumento della conoscenza e della consapevolezza dei rischi di infortuni su strada (in itinere e in circolazione stradale)	<p>Il Gruppo di Programmazione, opportunamente integrato, dovrà individuare le strategie comunicative adeguate per agire sulla percezione del rischio e sull'aumento della consapevolezza nel relativo target, che possono concorrere a migliorare la sicurezza dei lavoratori sia durante gli spostamenti casa-lavoro, sia durante gli spostamenti in occasione di lavoro.</p> <p>Dovranno essere, poi, coinvolte associazioni del mondo imprenditoriale e responsabili delle aziende più significative per procedere sinergicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- all'elaborazione di materiale informativo sul corretto comportamento da tenere dai lavoratori della strada durante gli spostamenti e sugli effetti di bevande alcoliche e sostanze stupefacenti e psicotrope, da pubblicare anche sui siti di ASL e Regione;</li> <li>- alla predisposizione di un codice etico di azienda e di check list per il controllo dei veicoli aziendali.</li> </ul>
Rischi e management dei rischi	Il rischio più rilevante è la difficoltà di coinvolgere i soggetti appartenenti al mondo imprenditoriale (autoscuole e datori di lavoro)
Sostenibilità	L'Azione non richiede grandi investimenti di risorse finanziarie o umane per la sua realizzazione.

## Cronoprogramma azione P - 5.1.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P - 5.1.2.1</b> Organizzazione di seminari informativi per gli insegnanti delle autoscuole	Gruppo di programmazione/ASL/ dipartimenti di prevenzione															
<b>P - 5.1.2.2</b> Organizzazione di iniziative nelle scuole medie superiori atte a favorire la conoscenza e la consapevolezza dei rischi di Incidente Stradale e a potenziare i fattori di protezione (life skills, empowerment)	Gruppo di programmazione/ASL/ dipartimenti di prevenzione															
<b>P - 5.1.2.3</b> Definizione di linee di indirizzo per la valutazione della idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica, da parte delle Commissioni Mediche Locali, e loro diffusione	Gruppo di esperti/ regione /ASL															
<b>P - 5.1.2.4</b> Organizzazione di iniziative informative atte a favorire l'aumento della conoscenza e della consapevolezza dei rischi di infortuni su strada (in itinere e in circolazione stradale)	Gruppo di programmazione/ regione /ASL															



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

---

## Programma P - 6.1: Prevenzione degli incidenti domestici

### Descrizione del programma

L'incidenza degli infortuni domestici, sia su scala nazionale che regionale risulta ampiamente sottostimata. Fra le cause di questa sottostima vanno considerati senz'altro i problemi di misclassificazione degli accessi al pronto soccorso, così come la mancata rilevazione di quei casi che non sono ricorsi alle cure ospedaliere, ma che hanno comunque necessitato di cure ambulatoriali.

Nonostante queste carenze è tuttavia importante attivare, nel PRP 2014 - 2018, una rilevazione regionale degli accessi al pronto soccorso; infatti l'elevatissimo numero di osservazioni, rende comunque possibili numerosi riscontri epidemiologici: la distribuzione delle frequenze per età e genere, la ricerca del tasso delle ospedalizzazioni successivo alla visita e lo studio delle cause più frequenti di questi infortuni.

Mediante l'analisi delle SDO sarà verificato l'impegno dei Servizi Sanitari nella cura di questi infortuni, stabilita la gravità e durata dei ricoveri, verificata la distribuzione per classi di età e genere. Inoltre, mediante i DRG, saranno verificati i costi conseguenti agli stessi ricoveri ospedalieri.

Fra i vantaggi offerti dallo studio dei database del Pronto Soccorso e dalle SDO, ci sono quelli della precisa individuazione dei target sui quali orientare gli interventi di promozione della salute e quello di verificare, nel tempo, i trend.

Nel PRP 2014 - 2018 sarà inoltre promossa la messa a regime dei Sistemi di Sorveglianza epidemiologica nella nostra regione, in particolare del PASSI. Infatti attraverso il PASSI è possibile individuare i fattori di rischio comportamentali che favoriscono gli incidenti domestici e studiare, nella nostra regione, eventuali specificità che richiedono attenzioni particolari.

Proprio con il sistema di sorveglianza PASSI realizzato in Sardegna è stata individuata la scarsa percezione dei rischi di incidente domestico nella popolazione regionale, infatti il 94,2% della popolazione sottovaluta questi rischi, riferendo di ritenere la propria casa priva di pericoli per questi infortuni. Tuttavia la percentuale di persone che hanno dichiarato di aver avuto un infortunio domestico nei 12 mesi precedenti, per il quale è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale, in Sardegna, è risultata del 3,9%, più elevata rispetto alla media nazionale.

Certamente l'incidente domestico più frequente è rappresentato dalle cadute degli anziani nel loro domicilio. Secondo il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, realizzato nella ASL 8 di Cagliari, nel corso del 2012 la percentuale di persone che hanno riferito di essere cadute nel proprio domicilio negli ultimi 30 giorni è del 12,8%; supponendo che questa prevalenza sia valida a livello regionale, si può ipotizzare che ogni mese cadano in Sardegna circa 43.000 ultra 65enni.

Il PRP 2014 - 2018 prevede la realizzazione di un sistema di sorveglianza degli incidenti domestici che comporta il coinvolgimento attivo dei servizi di Pronto Soccorso, dei sistemi informativi e dei servizi di igiene e sanità pubblica e un coordinamento di livello regionale. Inoltre, la messa a regime dei Sistemi di Sorveglianza PASSI ed in particolare PASSI d'Argento, consentirà di monitorare i fattori di rischio comportamentali predisponenti questi incidenti, in particolare l'errata e bassissima percezione del rischio nelle proprie abitazioni.

Il sistema di sorveglianza sarà di supporto alla programmazione degli interventi di prevenzione degli incidenti domestici. E' necessario, alla luce delle esperienze dei precedenti Piani della Prevenzione, predisporre apposite linee di indirizzo regionali per ricondurre gli interventi di prevenzione degli incidenti domestici entro il perimetro delle buone pratiche riconosciute a livello nazionale e internazionale in base alle quali saranno sviluppate iniziative di promozione della salute concentrate soprattutto sul target anziani, ultra 65enni, e bambini di età inferiore ai 6 anni. Le iniziative previste riguardano campagne di sensibilizzazione e informazione rivolte agli operatori sanitari, soprattutto MMG e PLS, e agli operatori socio sanitari e care giver, per l'acquisizione di una maggiore consapevolezza rispetto ai rischi presenti negli ambienti domestici.

Il Sistema Informativo Nazionale per la Sorveglianza delle Esposizioni Pericolose e delle Intossicazioni (SIN-SEPI) è alimentato dai dati provenienti dai Centri Anti Veleni (CAV) che sono consultati da altri servizi Ospedalieri (pronto soccorso, reparti di pediatria) e da operatori medici di ambito territoriale, per la corretta diagnosi e trattamento delle intossicazioni. Il 70% di tutte le richieste di consulenza tossicologica effettuate a livello nazionale risultano gestite dai CAV di Milano e Napoli. I casi di esposizione umana rilevati dal CAV di Milano nel 2010 riguardanti la regione Sardegna sono stati n. 885 con una incidenza pari 5,3/10.000 abitanti (dati Istisan 14/13).

Il PRP 2014 - 2018 dovrà migliorare la conoscenza del fenomeno attraverso la implementazione dei flussi informativi sugli avvelenamenti in ambiente domestico.

## Obiettivi generali e indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P -6.1 Prevenzione degli incidenti domestici</b>	6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	6.1.1 Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere  <i>Definizione operativa:</i> numero di ricoveri per incidente domestico	Anno 2013: 89.868 ricoveri (in aumento del 27% negli ultimi 3 anni)	Anno 2013: 6.060 ricoveri (in aumento del 20,2% negli ultimi tre anni)	Fermare il trend in ascesa	Fermare il trend in ascesa
	6.3 Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio nei genitori e nei care giver	6.3.1 Adeguamento del sistema di sorveglianza (PASSI – PASSI D'Argento, OKkio alla Salute) entro 2 anni <i>Definizione operativa:</i> - estensione a tutte le regioni del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici. PASSI D'Argento, rileva la proporzione di anziani che hanno ricevuto informazioni su come prevenire le cadute, in particolare le cadute in casa.	Solo alcune in Regioni	Già Presente il modulo PASSI	100%	Già presente
		6.3.2 Misurazione della percezione del rischio (PASSI – PASSI d'argento entro 5 anni)  <i>Definizione operativa:</i> - prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano che il rischio di infortunio nel loro ambiente domestico, per sé o i propri familiari, è alto o molto alto	Anno 2013: 5,7%	Anno 2013: 5,1%	+30%	+30%
	6.4 Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1 Proporzione di persone hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari  <i>Definizione operativa:</i> - prevalenza di persone di età 18 – 69 anni che dichiarano di aver ricevuto nei 12 mesi precedenti l'intervista informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici  - prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto nei 12 mesi precedenti l'intervista informazioni su come evitare le cadute in casa	Adulti 18 – 69 anni (Anno 2012 - solo 11 regioni): 13 %. Anziani ultra 64enni: Anni 2012 - 2013: 17 %	Anno 2013: 14,9%  Anno 2013: 12,2%	+100%  +100%	+100%  +100%

	6.5 Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1 Potenziamento in tutte le regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico  <i>Definizione operativa:</i> produzione di un report sugli avvelenamenti in ambiente domestico	Non rilevato	Non presente	100% Produzione di un report in tutte le regioni	Produzione del report
--	--	---	--------------	--------------	---	-----------------------

### Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P - 6.1

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P - 6.1.1</b> <b>Realizzazione di un sistema di sorveglianza degli incidenti domestici basato sull'analisi dei flussi di emergenza urgenza EMUR (pronto soccorso e 118), di ricovero (SDO) e dei decessi (ReNCaM)</b>	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli incidenti domestici per traumatismi ed avvelenamenti in Sardegna e dei loro determinati	Percentuale di record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3- validati al controllo logico formale (se flusso L2, campo 14 “trauma rilevato” valorizzato 4 “incidente domestico”)  <b>(indicatore Sentinella)</b>	Sistema informativo del pronto soccorso (file EMUR)	<i>Numeratore:</i> numero di record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3- validati al controllo logico formale  <i>Denominatore:</i> sul totale dei record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3	0%	0%	20%	50%	80%
		Produzione del report annuale sul fenomeno incidenti domestici in Sardegna con un focus sugli avvelenamenti. <b>(indicatore sentinella)</b>	Produzione del report (Assessorato/Gruppo di esperti)	NA	NA			ev	ev



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>P -6.1.2</b> <b>Realizzare iniziative di sensibilizzazione, informazione e formazione per la prevenzione degli incidenti domestici, rivolte agli operatori sanitari e socio sanitari e ai caregivers</b>	Aumentare il livello di informazione e consapevolezza sul rischio incidenti domestici da parte degli operatori sanitari e sociosanitari e caregivers	Proporzione di ASL che hanno realizzato eventi informativi nei confronti di MMG e PLS ( <b>Sentinella</b> )	Registri ASL di raccolta firme di partecipazioni all'evento	<i>Numeratore:</i> numero di ASL che hanno realizzato eventi informativi nei confronti di MMG e PLS  <i>Denominatore:</i> totale ASL regionali	sconosciuto	0	20%	50%	100%
		Proporzione di ASL che hanno realizzato eventi informativi/formatori nei confronti degli operatori sociosanitari e caregivers	Registri ASL di raccolta firme di partecipazioni all'evento	<i>Numeratore:</i> numero di ASL che hanno realizzato eventi informativi/formatori nei confronti degli operatori sociosanitari e caregivers  <i>Denominatore:</i> totale ASL regionali	sconosciuto	0	20%	50%	100%
		Produzione delle linee di indirizzo regionali per la programmazione locale degli interventi di prevenzione basati sulle buone pratiche	Evidenza documentale linee di indirizzo regionali	NA	NA			ev	

## Pianificazione delle azioni: azione P - 6.1.1

<b>Azione P - 6.1.1</b>	<b>Realizzazione di un sistema di sorveglianza degli incidenti domestici basato sull'analisi dei flussi di emergenza urgenza EMUR (pronto soccorso e 118), di ricovero (SDO) e dei decessi (ReNCaM)</b>
Descrizione	L'organizzazione Mondiale della Sanità intende per infortuni domestici quelli avvenuti nelle abitazioni o loro pertinenze in particolare nei giardini, cortili, garage, nonché durante il tempo libero e le attività sportive e scolastiche, che abbiano comportato il ricorso a cure mediche. Le informazioni disponibili sul fenomeno sono parziali e prevalentemente di tipo campionario, derivante dalle indagini multiscopo ISTAT, dal sistema di sorveglianza

	<p>PASSI e PASSI d'argento, dal sistema informativo SINIACA.</p> <p>Per una migliore conoscenza del fenomeno a livello regionale è importante disporre di un sistema di sorveglianza degli incidenti domestici puntuale. La regione Sardegna ha predisposto, nell'ambito del Flusso informativo emergenza urgenza EMUR – sezione pronto soccorso – il tracciato L3, che rappresenta un modulo aggiuntivo al tracciato nazionale EMUR - PS, che consente di raccogliere in via sperimentale informazioni di dettaglio, inerenti le incidentalità domestiche e stradali, che fanno riferimento alle codifiche analitiche nazionali per la caratterizzazione delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codifiche SINIACA per gli incidenti domestici e DATIS per quelli stradali).</p> <p>Questa azione si propone di realizzare, attraverso azioni di integrazione dei flussi informativi già esistenti, riguardanti l'emergenza urgenza - EMUR (pronto soccorso e 118), che dovrà prioritariamente essere reso operativo, i ricoveri (SDO) e i decessi (ReNCaM), un sistema di sorveglianza degli incidenti domestici che comporti il coinvolgimento attivo dei servizi di Pronto Soccorso, dei sistemi informativi e dei servizi di igiene e sanità pubblica e un coordinamento di livello regionale, sistema di sorveglianza che sia idoneo e di supporto alla programmazione degli interventi di prevenzione degli incidenti domestici.</p> <p>Per quanto concerne gli incidenti domestici dovuti ad avvelenamenti o intossicazioni è necessario studiare ed implementare i flussi informativi con le informazioni pertinenti.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Fasce di popolazione statisticamente maggiormente coinvolte nella incidentalità domestica
Setting identificato per l'azione	Direzioni sanitarie di ASL e Ospedali, Pronto soccorso e Centrali operative del 118, Dipartimenti di prevenzione, Servizi regionali competenti in materia di prevenzione e sistemi informativi
Gruppi di interesse	Medici dei PS, 118, Igiene e sanità pubblica, operatori dei servizi informativi di livello aziendale e regionale e del servizio prevenzione regionale
Prove di efficacia	Il sistema di sorveglianza degli incidenti domestici è utile per rendere evidenze based le azioni di prevenzione da programmare e valutare. Sarà prioritario in proposito che il sistema fornisca dati di monitoraggio del suo buon andamento.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	La transversalità è interna al servizio sanitario regionale e consiste nel coinvolgimento per la realizzazione dell'azione di Servizi e professionalità differenti che per il buon esito devono cooperare.
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 6.1.1.1</b> Costituire la rete regionale di sorveglianza degli incidenti domestici	La rete regionale di sorveglianza degli incidenti domestici sarà costituita da un nodo regionale e da referenti aziendali. A livello regionale sarà individuato un Gruppo di esperti multidisciplinare con il compito di analizzare le banche dati pertinenti, verificarne la completezza e procedere alle integrazioni necessarie. Considerato che le attività da svolgere per la costituzione della rete regionale di sorveglianza degli incidenti domestici sono analoghe a quelle previste per la rete di sorveglianza degli incidenti stradali, il Gruppo di esperti di cui alla presente attività sarà costituito all'interno dell'Osservatorio di cui all'azione 5.1.1.
<b>P - 6.1.1.2</b> Analizzare le banche dati sanitarie e studiare le modalità di linkage dei dati pertinenti	Il Gruppo di esperti multidisciplinare dovrà analizzare la completezza e la qualità (struttura e contenuto) delle banche dati pertinenti (file di pronto soccorso e del sistema 118, SDO, e registri di mortalità) e procedere all'eventuale loro integrazione. In particolare dovrà essere valutata la completezza del tracciato record rispetto alle esigenze informative sul fenomeno degli avvelenamenti ed intossicazioni in ambiente domestico e studiata la modalità di implementazione del modulo L3 del file EMUR – PS. Dovranno inoltre essere studiate ed implementate le modalità di linkage necessarie per allineare i dati appartenenti alla medesima persona.
<b>P - 6.1.1.3</b> Rendere operativo il modulo L3 del file EMUR – PS per i campi di pertinenza	Sarà compito del Gruppo di esperti multidisciplinare predisporre apposite linee guida per lo svolgimento delle attività idonee al recupero delle informazioni richieste (tempi, modi, e responsabilità degli operatori interessati), prioritariamente per il modulo L3 del file EMUR – PS.
<b>P - 6.1.1.4</b>	Sarà compito del Gruppo di esperti multidisciplinare produrre un report annuale sul



Produrre un report annuale sul fenomeno incidenti domestici in Sardegna con un focus sugli avvelenamenti.	fenomeno degli incidenti domestici in Sardegna quale strumento di supporto alle decisioni di prevenzione con un focus sugli avvelenamenti.
Rischi e management dei rischi	La qualità delle informazioni provenienti dal flusso di Pronto Soccorso rappresenta un nodo cruciale per il sistema di sorveglianza che necessita di correttivi attraverso l'introduzione di protocolli operativi diretti a facilitare la raccolta del dato.
Sostenibilità	Si tratta prioritariamente di mettere a sistema i flussi informativi sanitari già esistenti eventualmente migliorarli per quanto attiene alla completezza e di definire linee guida a tale scopo.

## Cronoprogramma azione P - 6.1.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P - 6.1.1.1</b> Costituire la rete regionale di sorveglianza degli incidenti domestici	regione/ASL															
<b>P - 6.1.1.2</b> Analizzare le banche dati sanitarie e studiare le modalità di linkage dei dati pertinenti	Gruppo di esperti regionale (nodo regionale della rete di sorveglianza)															
<b>P - 6.1.1.3</b> Rendere operativo il modulo L3 del file EMUR – PS per i campi di pertinenza	Gruppo di esperti regionale (nodo regionale della rete di sorveglianza)															
<b>P - 6.1.1.4</b> Produrre un report annuale sul fenomeno incidenti domestici in Sardegna con un focus sugli avvelenamenti.	Gruppo di esperti regionale (nodo regionale della rete di sorveglianza)															

## Pianificazione delle azioni: azione P - 6.1.1

<b>Azione P - 6.1.2</b>	<b>Realizzare iniziative di sensibilizzazione, informazione e formazione, per la prevenzione degli incidenti domestici, rivolte agli operatori sanitari e socio sanitari e ai care giver</b>
Descrizione	Gli incidenti domestici rappresentano un problema rilevante di sanità pubblica per le conseguenze in termini di disabilità e mortalità. Le fasce di popolazione maggiormente vulnerabili sono i bambini sotto i 6 anni e gli anziani sopra i 65 anni. Inoltre le donne in tutte le classi di età sono maggiormente interessate al fenomeno. Gli interventi di prevenzione di questo Programma si concentreranno sulla fasce di età più a rischio attraverso campagne di sensibilizzazione e informazione rivolte agli operatori sanitari, soprattutto MMG e PLS, quali importanti moltiplicatori dei messaggi di promozione della salute nei confronti dei propri assistiti e dei genitori. Inoltre saranno previsti interventi informativi/formativi mirati agli operatori socio

	<p>sanitari e care giver per l'acquisizione di una maggiore consapevolezza rispetto ai rischi presenti negli ambienti domestici.</p> <p>A livello regionale il Gruppo di programmazione dovrà realizzare gli strumenti di rilevazione delle iniziative realizzate nei precedenti Piani di prevenzione, analizzare criticamente i risultati e predisporre delle Linee di indirizzo regionali per le iniziative da sviluppare al livello locale basate sulle buone pratiche.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Gruppi di soggetti a rischio: bambini sotto i 6 anni e anziani sopra i 65 anni .
Setting identificato per l'azione	I servizi sanitari territoriali, gli ambulatori dei MMG e PLS, Comuni attraverso gli operatori sociali
Gruppi di interesse	Operatori sanitari e socio sanitari, le Associazioni di volontariato per gli anziani
Prove di efficacia	Gli interventi previsti sono stati già sperimentati in altri contesti e rappresentano delle buone pratiche
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'azione prevede il coinvolgimento di settori extrasanitari quali le Associazioni di volontariato per gli anziani, i care giver, e di settori sanitari
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 6.1.2.1</b> Censimento sul territorio regionale delle iniziative svolte adottate dalle Aziende sanitarie nei Precedenti Piani di Prevenzione	Il Gruppo di programmazione regionale dovrà predisporre lo strumento di rilevazione delle iniziative di prevenzione degli incidenti domestici realizzate dalle diverse aziende sanitarie regionali nel corso dei Precedenti Piani della Prevenzione. I risultati della rilevazione dovranno essere analizzati al fine di verificare lo stato dell'arte, individuare le migliori pratiche a livello regionale e valutare criticamente i percorsi realizzati.
<b>P - 6.1.2.2</b> Definizione di linee di indirizzo regionali per la programmazione locale degli interventi di prevenzione basati sulle buone pratiche	Alla luce dei risultati dell'attività di cui al punto precedente, il Gruppo di programmazione dovrà definire le linee di indirizzo regionali per ricondurre gli interventi di prevenzione degli incidenti domestici entro il perimetro delle buone pratiche riconosciute a livello nazionale e internazionale.
<b>P - 6.1.2.3</b> Promozione di interventi di sensibilizzazione/informazione rivolti ai MMG e PLS	Ciascuna azienda sanitaria dovrà programmare le attività di sensibilizzazione/informazione dei MMG e PLS mediante la realizzazione di eventi e/o la produzione di materiale informativo che i MMG e i PLS saranno chiamati a veicolare presso i propri assistiti e i genitori.
<b>P - 6.1.2.4</b> Promozione di interventi di sensibilizzazione/informazione rivolti agli operatori socio – sanitari e care giver	Ciascuna azienda sanitaria dovrà programmare e realizzare le attività di sensibilizzazione/informazione degli operatori socio – sanitari e care giver, previo coinvolgimento della "Comunità" (es. gli EELL attraverso gli Assistenti sociali e Associazioni di volontariato per gli anziani), mediante la realizzazione di eventi informativi e formativi e la produzione di materiale informativo.
Rischi e management dei rischi	La difficoltà di coinvolgimento dei MMG e PLS e della "Comunità"
Sostenibilità	L'Azione non richiede grandi investimenti di risorse finanziarie o umane per la sua realizzazione.

## Cronoprogramma azione P -6.1.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -6.1.2.1</b> Censimento sul territorio regionale delle iniziative svolte adottate dalle Aziende sanitarie nei Precedenti Piani di Prevenzione	Gruppo di programmazione e regionale															



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>P -6.1.2.2</b> Definizione di linee di indirizzo regionali per la programmazione locale degli interventi di prevenzione basati sulle buone pratiche	Gruppo di programmazione e regionale																			
<b>P -6.1.2.3</b> Promozione di interventi di sensibilizzazione/informazione rivolti ai MMG e PLS	Dipartimento di prevenzione/Distretti delle ASL																			
<b>P -6.1.2.4</b> Promozione di interventi di sensibilizzazione/informazione rivolti agli operatori socio – sanitari e care giver	Dipartimenti di Prevenzione ASL																			

## Programma P-7.1: Prevenzione infortuni

### Descrizione del programma

Dall'analisi del contesto produttivo regionale (fonte: Flussi Informativi INAIL-Regioni) emerge una forte presenza di microimprese con un numero di addetti per Posizione Assicurativa Territoriale molto basso, il cui valore medio nel periodo di osservazione 2000÷2012 è variabile tra 3,3 e 3,7. Tale peculiarità introduce un ulteriore elemento di rischio di infortuni e di malattie professionali, risultando più difficile la realizzazione di un'organizzazione aziendale per la gestione della salute e sicurezza efficace.

Analizzando il trend degli infortuni denunciati e riconosciuti nel periodo 2000-2012, si rileva un trend crescente nel sestennio 2000-2005 e un trend decrescente nel periodo 2006-2012; questo fenomeno è certamente legato al calo della forza lavoro, ma anche all'impegno capillare e costante nelle attività di prevenzione, assistenza e vigilanza messe in campo; calcolando infatti i tassi di incidenza degli infortuni sul lavoro, eliminando l'effetto distorsivo determinato dalla variazione del numero di addetti, si rilevano, nel periodo esaminato, trend decisamente decrescenti sia per gli infortuni sul lavoro denunciati che per quelli riconosciuti.

Gli infortuni "gravi" in occasione di lavoro definiti positivamente, invece, mostrano complessivamente un trend solo lievemente decrescente.

Rispetto al dato nazionale il tasso degli infortuni riconosciuti a livello regionale è sostanzialmente dello stesso ordine di grandezza, mentre è decisamente più elevato il tasso degli infortuni gravi e mortali, registrandosi nel 2012 per la Sardegna un indice di frequenza di 6,47 infortuni gravi e mortali ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura) rispetto ai 4,36 del valore nazionale, risultando pertanto maggiore del +48,4%.

Dall'analisi dei dati aggregati secondo la classificazione Ateco 2007 si rileva che nel 2013 (così come nei precedenti anni), sia per gli infortuni riconosciuti in totale che per quelli gravi in occasione di lavoro, i settori con la frequenza più elevata sono:

- il settore agricolo con 1512 infortuni riconosciuti (circa il 16% del totale degli infortuni definiti positivamente nell'anno), di cui 610 gravi;
- il comparto costruzioni con 871 infortuni riconosciuti (pari al 9,4% del totale degli infortuni definiti positivamente nell'anno), di cui 374 gravi.

Rispetto agli altri comparti, le percentuali di infortuni "gravi" sul totale infortuni riconosciuti risultano più alte nel settore Agricoltura e nel comparto Costruzioni in tutto il periodo 2000-2013.

L'analisi degli infortuni registrati nel Sistema di Sorveglianza degli infortuni mortali e gravi Infor.Mo, evidenzia come le cadute dall'alto (sia legate ad assenza o inadeguatezza dell'opera provvisoria, sia dovute a procedure scorrette di lavoro con l'utilizzo di superfici non portanti come vie di transito o piano di lavoro) rappresentano all'incirca un terzo degli infortuni mortali sui luoghi di lavoro registrati e il settore di attività maggiormente colpito è quello delle costruzioni, seguito dall'agricoltura. Il luogo in cui più frequentemente si verificano le cadute dall'alto è il cantiere. Per quanto riguarda la dimensione delle aziende in cui tali episodi si sono verificati, si evidenzia che le cadute dall'alto sono avvenute per la maggior parte dei casi in imprese aventi fino a 9 addetti, ossia in microimprese.

Peraltro, i fattori di rischio più frequenti e più gravi nel settore agricolo risultano ascrivibili allo schiacciamento per ribaltamento del trattore e all'uso di altre macchine e attrezzature.

Dal Rapporto Annuale Regionale INAIL risulta che il 55% degli infortuni mortali denunciati nel 2012 si sono verificati su strada - in itinere (percorso casa/lavoro/casa) e in circolazione stradale (autotrasporti merci/persona, commessi viaggiatori, addetti a lavori di manutenzione stradale, ecc.).

L'impatto dell'immigrazione sul mercato del lavoro nella regione Sardegna è minore rispetto al resto dell'Italia, come rilevabile anche dai dati del 4° Rapporto "Gli immigrati nel mercato del lavoro in Italia" (Luglio 2014), promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. L'incidenza percentuale del numero di occupati stranieri sul totale degli occupati nel 2013, infatti, in Sardegna è risultato pari a 4,5% contro il 10,5% a livello nazionale.

Nel precedente Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (prorogato al 2013) il comparto costruzioni e quello agricolo sono stati individuati come settori prioritari di intervento nella linea "Prevenzione eventi infortunistici in ambito lavorativo", con l'inserimento dei seguenti appositi progetti:

- "Progetto sicurezza in edilizia", in attuazione del quale i Servizi PreSAL, oltre all'implementazione delle attività di vigilanza, hanno realizzato varie attività di formazione specifica rivolte agli operatori dei Servizi medesimi e iniziative informative sul territorio.

- "Progetto/piano operativo sicurezza in agricoltura", nell'ambito del quale sono state realizzate, dai Servizi PreSAL delle ASL, azioni di diffusione della cultura della sicurezza sul lavoro nel settore agricolo (mediante attività di formazione, informazione-sensibilizzazione e assistenza) e attività di controllo e vigilanza;

Inoltre, nell'ambito di Protocolli d'Intesa stipulati tra Direzione Regionale INAIL Sardegna, Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e Assessorato Regionale dell'Agricoltura e Riforma Agropastorale, è stato redatto un progetto, finanziato dall'INAIL e approvato con apposita Deliberazione della Giunta Regionale, che è in corso e che prevede la concessione di finanziamenti agli agricoltori per l'adeguamento dei trattori agricoli, finalizzato alla riduzione della principale causa di infortuni mortali o gravemente invalidanti nel settore agricolo, costituita dallo schiacciamento per ribaltamento dei trattori utilizzati spesso in assenza di adeguati telai di protezione e cinture di sicurezza.

Continuando a richiedere tali comparti una priorità di attenzione per la frequenza degli infortuni e soprattutto per la gravità degli stessi - che, pur se in flessione negli ultimi anni, risultano più elevati rispetto ai restanti settori Ateco - si rende necessario proseguire le suddette attività ed integrarle/armonizzarle con ulteriori attività nell'ambito del presente Programma, che si prefigge di contribuire alla riduzione degli infortuni mortali e di quelli con esiti invalidanti, sviluppando le adeguate sinergie per una maggiore efficacia degli interventi di vigilanza e controllo coordinati e congiunti, integrati con attività di assistenza e informazione, tenendo conto anche delle pertinenti attività previste nell'ambito dei progetti interregionali "Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura Attività 2014-2018" e "Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia 2014-2018", condivisi ed approvati dalla Commissione Salute nella seduta del 6.5.2015.

A tal fine sono state previste in questo Programma due apposite azioni, una inerente la prevenzione degli infortuni in edilizia e l'altra la prevenzione degli infortuni in agricoltura, ove sono state inserite anche specifiche attività per la problematica relativa agli infortuni mortali su strada, fermo restando le attività trasversali che verranno realizzate nell'ambito del Programma P-5.1 "Prevenzione degli incidenti stradali" nonché, relativamente al fattore di rischio alcol negli ambienti di lavoro, nell'ambito del Programma P-1.2 "Comunità in salute".

Peraltro, per una maggiore efficacia della vigilanza e prevenzione in tutti i comparti, considerato che l'indice di frequenza degli infortuni gravi e mortali per tutti i settori ATECO presenta in Sardegna valori più elevati del livello nazionale, è necessario favorire il coordinamento delle attività con il pieno funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008 (nel quale è garantita la partecipazione rappresentativa delle istituzioni e degli enti competenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro e quella delle parti sociali), che dovrà operare il necessario coordinamento nell'ottica di una programmazione coordinata di interventi e uniformità degli stessi, nonché dell'Ufficio Operativo del Comitato che dovrà definire i piani operativi integrati di vigilanza e prevenzione. Pertanto, nel presente Programma è prevista una terza azione per il sostegno all'efficace funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento e del relativo Ufficio Operativo, alla pianificazione coordinata delle attività di vigilanza e prevenzione e al monitoraggio delle attività svolte per verificare il raggiungimento degli obiettivi.

## Obiettivo generale e Indicatore di programma

Programma	Obiettivi generali	indicatori di programma	Valori di partenza 2012		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P-7.1 Prevenzione infortuni</b>	7.7 Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	7.7.1 Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto d'intervento, con particolare riferimento a: - comparto agricoltura - comparto edilizia	IF: 4,36 infortuni gravi e mortali ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura)	IF: 6,47 infortuni gravi e mortali ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura)	-10%	-7%
			Agricoltura valore assoluto: 11.417 infortuni gravi	Agricoltura valore assoluto: 629 infortuni gravi	-10%	-7%
			IF: 7,62 infortuni gravi e mortali ogni 1000 addetti nelle costruzioni	IF: 8,67 infortuni gravi e mortali ogni 1000 addetti nelle costruzioni	-10%	-7%

## Giustificazione dei valori attesi regionali



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

I valori attesi al 2018 per la Sardegna (-7%) differiscono dagli standard a livello nazionale (-10%), in quanto il tessuto produttivo sardo è costituito essenzialmente da microimprese (ben il 96,1% del totale delle PAT nel 2012 ha meno di 10 addetti) e questa peculiarità apporta un elemento aggiuntivo di rischio di infortuni, risultando più difficile la realizzazione di un'organizzazione aziendale per la gestione della salute e sicurezza efficace.

In particolare, la struttura agricola regionale risulta costituita soprattutto da coltivatori diretti del fondo e da aziende a prevalente conduzione familiare, soggetti/e solo alle disposizioni di cui all'art.21 del D.Lgs 81/2008.

Riguardo all'edilizia in Sardegna, la parcellizzazione delle imprese esistenti (ascrivibile alla crisi economica che ha colpito in particolar modo questo comparto) ed il conseguente incremento della tipologia di lavoro autonomo ha portato alla rimodulazione dei rapporti di lavoro, determinando una maggiore criticità nella gestione della sicurezza nei cantieri edili.

Inoltre, la precarietà economica rappresenta, ancora oggi, un ostacolo alla diffusione della cultura della sicurezza.

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P-7.1

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P-7.1.1 Prevenzione degli infortuni in agricoltura</b>	Ottimizzare le attività di vigilanza e di assistenza/informazione in agricoltura	Proporzione di aziende agricole ispezionate con nuova scheda di sopralluogo integrata e standardizzata, e con registrazione dei relativi dati dell'attività di vigilanza nell'apposito data-base, rispetto a quelle stabilite <b>(Indicatore sentinella)*</b>	Schede di rilevazione dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL delle ASL	<i>Numeratore:</i> n. di aziende agricole controllate dagli SPreSAL delle ASL con nuova scheda di sopralluogo integrata e standardizzata e con registrazione dei relativi dati dell'attività di vigilanza x 100 <i>Denominatore:</i> n. di aziende agricole totali da controllare all'anno (pari complessivamente a livello regionale a 446, ossia a 470 – 5% controlli in rivendite di macchine agricole)	ND (non disponibile il dato con nuova scheda di sopralluogo)		100%	100%	100%
		Proporzione di aziende agricole ispezionate dagli SPreSAL delle ASL anche per l'aspetto relativo alle condizioni di sicurezza nell'uso di prodotti fitosanitari, in coordinamento con i Servizi SIAN, rispetto al totale delle aziende agricole da controllare	Schede di rilevazione dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL delle ASL	<i>Numeratore :</i> n. di aziende agricole ispezionate dagli SPreSAL delle ASL anche per l'aspetto relativo alle condizioni di sicurezza nell'uso di prodotti fitosanitari, in coordinamento con i Servizi SIAN x 100 <i>Denominatore:</i> n. complessivo di aziende da ispezionare all'anno nel settore agricolo da parte degli SPreSAL delle ASL (n. 470)	ND (non disponibile il dato in coordinamento con i Servizi SIAN)		40%	45%	50%



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
		Proporzione di aziende zootecniche ispezionate dagli SPreSAL delle ASL, in coordinamento con i Servizi Veterinari, rispetto al totale delle aziende agricole da controllare	Schede di rilevazione dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL delle ASL	<i>Numeratore:</i> n. di aziende zootecniche ispezionate dagli SPreSAL delle ASL, in coordinamento con i Servizi Veterinari x 100 <i>Denominatore:</i> n. complessivo di aziende da ispezionare all'anno nel settore agricolo da parte degli SPreSAL delle ASL (n. 470)	ND (non disponibile il dato in coordinamento con i Servizi Veterinari)		5%	7%	10%
		Proporzione di incontri/iniziative in-formative effettuati sulle problematiche legate alle condizioni di sicurezza delle macchine agricole e all'uso sul campo e su strada delle stesse, e sulla vendita e uso di prodotti fitosanitari (D.Lgs. 150/2012, rispetto a quelli programmati	Registri ASL (SPreSAL) di raccolta firme di partecipazione all'evento	<i>Numeratore:</i> n. di incontri/iniziative in-formative effettuati dagli SPreSAL delle ASL x 100 <i>Denominatore:</i> n. di incontri/iniziative in-formative programmati (1 evento all'anno da parte di ogni SPreSAL, a partire dal 2016)	ND		100%	100%	100%
<b>P-7.1.2 Prevenzione degli infortuni in Edilizia</b>	Ottimizzare le attività di vigilanza e di assistenza/informazione in edilizia	Proporzione di cantieri ispezionati dagli SPreSAL delle ASL rispetto a quelli stabiliti	Schede di rilevazione dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL delle ASL	<i>Numeratore:</i> n. di cantieri ispezionati dagli SPreSAL delle ASL x 100 <i>Denominatore:</i> n. di cantieri da ispezionare all'anno (a livello regionale dovrà essere di almeno 1.431 cantieri e dovrà essere, inoltre, superiore al 15% delle notifiche preliminari cantieri pervenute nell'anno precedente)			100%	100%	100%
		Proporzione di cantieri edili ispezionati per i	Schema monitoraggio attività	<i>Numeratore:</i> n. di cantieri edili ispezionati dagli	56%		70%	80%	90%



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
		quali gli SPreSAL delle ASL hanno inviato la comunicazione post-ispezione, con l'apposito format condiviso, alle DTL nell'ambito del coordinamento della vigilanza <b>(Indicatore Sentinella)**</b>	svolte di cui all'art.2, c.4 del DPCM 21.12.2007	SPreSAL delle ASL per i quali i medesimi hanno inviato la comunicazione post-ispezione alle DTL x 100 <i>Denominatore:</i> n. di cantieri edili ispezionati dagli SPreSAL					
		Proporzione di incontri/iniziative informative rivolti ai soggetti della prevenzione nel settore edile effettuati rispetto a quelli programmati	Registri ASL (SPreSAL) di raccolta firme di partecipazione all'evento	<i>Numeratore:</i> n. di incontri/iniziative informative rivolti ai soggetti della prevenzione nel settore edile effettuati dagli SPreSAL delle ASL x 100 <i>Denominatore:</i> n. di incontri/iniziative informative programmati (1 evento all'anno da parte di ogni SPreSAL nel 2016, 2 nel 2017 e 3 nel 2018)	ND		100%	100%	100%
<b>P-7.1.3 Coordinamento delle attività di vigilanza e prevenzione</b>	Sostenere il coordinamento delle attività di vigilanza e prevenzione	Adozione - da parte del Comitato Regionale di Coordinamento o ex art. 7 D.Lgs. 81/2008 - del Piano Operativo integrato di vigilanza e prevenzione annuale, definito dall'Ufficio Operativo del Comitato <b>(Indicatore Sentinella)***</b>	Verbale della seduta del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/2008 da cui risulta l'adozione del Piano Operativo integrato di vigilanza e prevenzione annuale	Evidenza del Piano			1	1	1





REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- \* è stato scelto questo indicatore come indicatore sentinella in quanto l'utilizzo nelle ispezioni della nuova scheda di sopralluogo integrata e standardizzata permette di incentrare la vigilanza sui fattori di rischio più rilevanti presenti nelle aziende agricole
- \*\* è stato scelto questo indicatore come indicatore sentinella in quanto idoneo a monitorare il coordinamento della vigilanza in edilizia
- \*\*\* la scelta di questo indicatore come indicatore sentinella è giustificata dall'importanza del medesimo nel sostenere il coordinamento delle attività di vigilanza, anche al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazione degli interventi

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.1.1

<b>Azione P-7.1.1</b>	<b>Prevenzione degli infortuni in agricoltura</b>
Descrizione	<p>La presente azione è mirata a rendere più efficace il sistema di prevenzione degli infortuni nel comparto agricoltura, dove si registra il maggior numero di infortuni e soprattutto gli eventi infortunistici con le conseguenze più gravi.</p> <p>Gli SPreSAL dovranno rafforzare la collaborazione e il coordinamento sia con gli altri Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, favorendo interventi ispettivi congiunti sul territorio e la condivisione di banche dati, sia con gli altri organi di vigilanza, in linea con quanto deciso in seno al Comitato Regionale di Coordinamento, al relativo Ufficio Operativo e agli Organismi Provinciali, per rendere maggiormente efficace il sistema pubblico, per il miglioramento dei livelli di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, evitando la sovrapposizione e la duplicazione degli interventi.</p> <p>Si darà anche avvio ad attività mirate per la prevenzione degli infortuni su strada e in itinere attraverso azioni di collaborazione con la Polizia Stradale, nonché con la Polizia Municipale/Provinciale per il controllo delle macchine agricole in transito su strada urbana e rurale.</p> <p>Si dovranno attuare e/o rafforzare da parte degli SPRESAL le iniziative, incontri o seminari, per promuovere la diffusione della cultura della sicurezza, in collaborazione con le parti sociali, rivolte oltre che agli addetti del comparto agricolo anche ai venditori di macchine e attrezzature agricole e alle scuole.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Tutti i lavoratori dipendenti o equiparati, autonomi e coltivatori diretti e collaboratori familiari, studenti scuola
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro di aziende e lavoratori del comparto agricolo
Gruppi di interesse	Oltre a lavoratori e aziende del comparto agricolo, il Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle ASL, altre unità operative del Dipartimento di Prevenzione delle ASL (SIAN, SISP, Servizi Veterinari), altri enti preposti alla vigilanza e controllo degli ambienti di lavoro (DTL, INAIL, INPS, VVF)
Prove di efficacia	<p>A Baldasseroni, N Olimpi. Dossier EBP e Lavoro "L'efficacia degli interventi per la prevenzione degli infortuni sul lavoro", 2009.</p> <p>Rautiainen R, Lehtola MM, Day LM, Schonstein E, Suutarinen J, Salminen S, Verbeek JH. Interventions for preventing injuries in the agricultural industry. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD006398. DOI: 10.1002/14651858.CD006398.pub2.</p> <p>Riferimento: <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006398.pub2/otherversions">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006398.pub2/otherversions</a></p>
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'azione principalmente è trasversale al settore sanitario e al settore agricolo. Gli interventi hanno come riferimento gli SPreSAL delle ASL che sono interessati nella parte della pianificazione (in sede di Ufficio Operativo del Comitato Regionale di Coordinamento), programmazione e attuazione delle attività (in sede di Organismo Provinciale), individuando quelle sinergie efficaci, la collaborazione con gli altri Enti dell'Organismo Provinciale, con il Servizio Prevenzione dell'Assessorato Sanità e con le



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	parti sociali e il coinvolgimento delle aziende agricole per il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza. Saranno coinvolti, per le rispettive competenze, gli operatori dei Servizi SIAN e dei Servizi Veterinari del Dipartimento di Prevenzione delle ASL, delle forze di polizia per il controllo su strada e le istituzioni scolastiche.
<b>Attività Principali</b>	
<b>P-7.1.1.1</b> Miglioramento dell'attività di vigilanza e coordinamento nel settore agricolo	<p>L'attività di vigilanza degli SPreSAL delle ASL nel settore agricolo sarà condotta secondo criteri di efficacia, non soffermandosi su aspetti formali, privi di valenza preventiva, ma privilegiando i profili sostanziali di sicurezza e salute, secondo gli indirizzi del Comitato ex art. 5 del D.Lgs. 81/2008, e si terrà conto di quanto stabilito nelle Linee guida in materia di Controlli ai sensi dell'art. 14, c. 5 del D.L. 9.02.2012, n. 5 convertito in legge 4.04.2012, n. 35, definite dall'Intesa sancita in Conferenza Unificata nella seduta del 24.01.2013.</p> <p>Si prevede di portare e mantenere a regime i controlli su aziende agricole, aziende zootecniche e rivendite di macchine e attrezzature agricole nuove ed usate, in funzione dell'obiettivo di 470 controlli all'anno per tutta la vigenza del piano, così ripartiti fra gli SPreSAL delle 8 ASL della Sardegna: ASL Sassari n. 62, ASL Olbia n. 48, ASL Nuoro n. 50, ASL Lanusei n. 30, ASL Oristano n. 102, ASL Sanluri n. 60, ASL Carbonia n. 32, ASL Cagliari n. 86.</p> <p>L'attività di controllo sarà orientata principalmente alla verifica dei requisiti di sicurezza delle macchine e attrezzature agricole, all'attività di commercio di macchine nuove e usate, sarà estesa alle problematiche degli allevamenti, in particolare di grandi animali (bovini, bufalini, suini) e a quelle dell'impiego e vendita di prodotti fitosanitari.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- del totale dei 470 controlli all'anno da effettuare nel settore agricolo, il 40% nell'anno 2016, il 45% nel 2017 e il 50% nel 2018 dovrà comprendere anche il controllo dei rischi nell'utilizzo di prodotti fitosanitari, ossia, rispettivamente, in 188, 212 e 235 aziende agricole dovrà essere controllato anche l'aspetto relativo alle condizioni di sicurezza nell'uso di prodotti fitosanitari;</li><li>- del totale dei 470 controlli all'anno da effettuare nel settore agricolo, il 5% nell'anno 2016, il 7% nel 2017 e il 10% nel 2018 dovrà riguardare la verifica delle condizioni di sicurezza in zootecnia, ossia dovranno essere controllate, rispettivamente, 24, 33 e 47 aziende zootecniche;</li><li>- il 5% del totale dei 470 controlli all'anno dovrà essere svolto in rivendite di macchine e attrezzature agricole nuove ed usate, ossia dovranno essere controllate n. 24 rivendite all'anno.</li></ul> <p>Inoltre, per il maggior rischio di infortunio e minor dinamica di cambiamento delle imprese piccole/familiari, il 70% del totale delle aziende agricole da ispezionare nell'anno devono ricadere nella fascia 51-500 giorni all'anno, mentre il 30% devono ricadere nella fascia superiore ai 500 giorni all'anno.</p> <p>Per ogni azienda controllata gli SPreSAL provvederanno a compilare l'apposita scheda di sopralluogo integrata e standardizzata (dal Gruppo di Lavoro Interregionale "Sicurezza e Salute in Agricoltura e Selvicoltura), e alla successiva registrazione e validazione dei relativi dati nel data-base interregionale.</p> <p>Le attività di vigilanza saranno realizzate dagli SPreSAL anche in modalità congiunta con DTL, INAIL, VVF e INPS, associando la vigilanza sulla prevenzione degli infortuni e sicurezza del lavoro con il controllo della regolarità dei rapporti di lavoro (tutela previdenziale e assicurativa, lavoro nero, occupazione abusiva di stranieri).</p> <p>Dovranno essere effettuate le riunioni degli Organismi Provinciali (O.P.), coordinate dagli SPreSAL come previsto da specifico regolamento adottato, per la pianificazione delle attività, in linea con quanto deciso a livello del Comitato Regionale di Coordinamento (CRC) e del relativo Ufficio Operativo.</p> <p>In occasione degli incontri tra Enti nell'ambito dell'O.P. si dovranno pianificare gli interventi sul territorio, dovranno essere individuate le aziende agricole da sottoporre a ispezione congiunta in base alla tipologia di rischio e al numero di interventi ispettivi</p>



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	<p>previsti dal Piano Operativo integrato di vigilanza e prevenzione definito dall'Ufficio Operativo del CRC e adottato in seno al CRC; dovrà essere deciso un cronoprogramma per l'effettuazione dei sopralluoghi congiunti, individuando quelle aziende che sono di interesse comune.</p> <p>Gli SPreSAL rafforzeranno trasversalità e integrazioni, oltre che con le suddette istituzioni e con il partenariato economico sociale, anche all'interno del sistema organizzativo dei Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione delle ASL che perseguono obiettivi comuni di prevenzione e di vigilanza. In particolare si dovranno realizzare interventi mirati con il Servizio SIAN su commercio e impiego dei prodotti fitosanitari (PFS) e analogamente occorrerà raccordarsi con i Servizi Veterinari nell'attività di vigilanza e controllo dei rischi negli allevamenti.</p> <p>Una maggiore attenzione dovrà essere rivolta ai lavoratori stranieri immigrati, spesso occupati nelle aziende zootecniche; in occasione di vigilanza andranno valutati i contenuti del percorso formativo e soprattutto la comprensione del linguaggio, per assicurarsi che tali lavoratori comprendano i pericoli e i rischi associati alle attività operative che svolgono.</p> <p>Nell'ambito dei Protocolli d'Intesa stipulati tra la Direzione Regionale INAIL Sardegna, l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e l'Assessorato Regionale dell'Agricoltura e Riforma Agropastorale, gli SPreSAL proseguiranno le attività già avviate con l'INAIL in relazione al progetto inerente la concessione di finanziamenti agli agricoltori per l'adeguamento dei trattori agricoli esistenti con i dispositivi di sicurezza (in particolare struttura di protezione in caso di ribaltamento e cinture di sicurezza), con particolare riferimento alla verifica dell'assolvimento degli obblighi derivanti dall'applicazione delle norme di prevenzione degli infortuni e sicurezza del lavoro (D.Lgs. 81/08 e s.m.i.) e del possesso di documentata esperienza nell'ambito dei lavori di costruzione, riparazione, manutenzione e adeguamento di mezzi di lavoro meccanici (quali macchine operatrici, macchine agricole in genere, apparecchi di sollevamento ecc.) da parte delle officine meccaniche esecutrici dei lavori di adeguamento dei trattori.</p>
<b>P-7.1.1.2</b> Aggiornamento continuo anagrafe aziende agricole	Ciascuno Spresal provvederà all'aggiornamento continuo dell'anagrafe delle aziende agricole, anche mediante l'acquisizione delle informazioni dal Sistema Informativo Agricolo Regionale (SIAR). Nell'individuazione delle aziende da sottoporre a controllo si dovrà, tra l'altro, tenere conto dell'utilizzo e del tipo di macchine e attrezzature agricole, dell'utilizzo di prodotti fitosanitari, dei rischi presenti negli allevamenti principalmente di animali di grossa taglia.
<b>P-7.1.1.3</b> Miglioramento della partecipazione al sistema attivato per gli infortuni mortali e gravi anche non professionali occorsi con macchine agricole e rafforzamento dell'utilizzo del Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi "Infor.Mo"	Riguardo agli infortuni mortali e gravi occorsi in agricoltura, gli SPreSAL dovranno: <ul style="list-style-type: none"><li>- migliorare la partecipazione al sistema attivato per gli infortuni mortali e gravi anche non professionali occorsi con macchine agricole, nell'ottica prevenzionistica di rilevare carenze di requisiti di sicurezza nelle medesime, compilando l'apposita scheda standardizzata (predisposta dall'Osservatorio INAIL ex ISPESL sugli infortuni nel settore agro forestale) sia se l'infortunio è occorso ad un soggetto rientrante nel campo di applicazione del D.Lgs 81/08 e sia se occorso ad hobbista e non professionalmente addetto;</li><li>- indagare con applicazione del modello di analisi standardizzato "Sbagliando s'impara" oltre che tutti gli infortuni mortali occorsi in agricoltura a soggetti rientranti nel campo di applicazione del D.Lgs 81/08, anche gli infortuni gravi nelle proporzioni minime del 5% nel 2016, 10% nel 2017 e 15 % nel 2018, rispetto a quelli notificati agli SPreSAL (privilegiando quelli la cui dinamica infortunistica possa fornire indicazioni utili alle azioni di contrasto del fenomeno), ed alimentare con le relative informazioni il Sistema di Sorveglianza degli infortuni mortali e gravi Infor.Mo.</li></ul>
<b>P-7.1.1.4</b> Collaborazione con la Polizia Stradale e con la Polizia Municipale/	Considerato l'elevato numero di infortuni mortali su strada e in itinere che coinvolgono anche le macchine agricole spesso prive dei requisiti di sicurezza, oltre ad attività trasversali nell'ambito dello specifico Programma P-5.1 Prevenzione incidenti stradali, alla luce del pronunciamento favorevole del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<p>Provinciale per il controllo delle macchine agricole circolanti su strada</p>	<p>sulla sanzionabilità delle macchine agricole circolanti su strada in caso di irregolarità per aspetti di sicurezza dell'operatore, saranno avviate azioni di collaborazione, per il controllo delle macchine agricole su strada, con la Polizia Stradale, mediante un accordo a livello regionale, nonché con la Polizia Municipale/Provinciale, mediante accordi a livello di ASL. Presso ciascuno SPreSAL verrà effettuato almeno un incontro informativo con gli addetti al controllo della sicurezza stradale al fine di fornire gli strumenti per individuare le macchine in circolazione sulle strade prive dei requisiti minimi di sicurezza. Sarà reso disponibile, da parte della ASL capofila d'intesa con il Gruppo di Programmazione, materiale informativo per prevenire comportamenti pericolosi e conoscere il corretto modo per l'utilizzo in sicurezza di questi veicoli su strada.</p>
<p><b>P-7.1.1.5</b> Assistenza/in-formazione</p>	<p>Saranno consolidati gli interventi di assistenza/in-formazione nei confronti di lavoratori agricoli dipendenti, lavoratori agricoli autonomi, aziende agricole, figure aziendali preposte alla gestione della salute e sicurezza, riparatori e rivenditori di macchine agricole nuove e usate, al fine di sensibilizzare, guidare e coinvolgere gli stessi per la corretta applicazione della legislazione vigente e soprattutto delle procedure di sicurezza in riferimento alle fasi lavorative, in particolare quelle che prevedono l'uso di macchine e attrezzature agricole. Dovranno essere supportate, con adeguate attività di assistenza, le capacità di autovalutazione del livello di sicurezza raggiunto nelle aziende, trasferendo eventualmente alle medesime anche il "software InforMo per le aziende" (predisposto e reso disponibile dall'INAIL per classificare i casi di infortunio aziendali secondo il modello "Sbagliando s'impara"), affinché le aziende possano analizzare e catalogare gli infortuni o i mancati infortuni (near misses) per rivedere al loro interno la valutazione dei rischi.</p> <p>Le attività informative e di assistenza si svolgeranno - oltre che mediante lo Sportello Informativo per la Sicurezza attivo in ciascuno SPRESAL - nell'ambito di incontri, seminari, organizzati dagli SPRESAL e promossi con la collaborazione delle Parti sociali, mirati in particolare ad accrescere le conoscenze sui requisiti di sicurezza di macchine e attrezzature agricole e sulle problematiche legate alle condizioni di sicurezza delle medesime e al loro uso sul campo e su strada. In collaborazione con il SIAN, gli SPreSAL parteciperanno alle attività formative per il rilascio delle abilitazioni alla vendita e all'utilizzo di prodotti fitosanitari, nell'ambito degli appositi corsi organizzati dall'Agenzia Laore, nel rispetto delle direttive di cui alla Delibera della Giunta Regionale n. 52/16 del 23.12.2014 in attuazione del D.Lgs. n.150/2012 e D.l. 22.1.2014.</p> <p>Si precisa che ciascuno SPreSAL dovrà realizzare almeno 1 incontro/iniziativa informativa all'anno, a partire dal 2016.</p> <p>Dove possibile gli SPreSAL parteciperanno ad eventi fieristici locali, i quali saranno l'occasione per effettuare un controllo delle macchine in esposizione e per la promozione di sicurezza e salute nel comparto agricolo; in tale occasione sarà distribuito anche materiale informativo.</p> <p>Saranno avviate trasversalmente, nell'ambito del Programma P-1.1 "Una scuola in salute", attività di promozione/formazione negli istituti scolastici per lo sviluppo delle competenze in materia di sicurezza e salute sul lavoro nei futuri lavoratori.</p> <p>Gli operatori SPreSAL dovranno partecipare alle iniziative promosse a livello nazionale, anche attraverso corsi di formazione a distanza.</p> <p>La ASL capofila in materia di sicurezza in agricoltura organizzerà momenti formativi congiunti del personale ispettivo degli SPreSAL e degli altri Organi di Vigilanza, che consentano di coniugare l'aggiornamento professionale con la conoscenza delle rispettive modalità operative.</p>
<p>Rischi e management dei rischi</p>	<p>1) La diffusione della cultura della sicurezza in agricoltura nel territorio regionale è ostacolata dalle caratteristiche del comparto - che opera in aree territoriali non facilmente raggiungibili e che si compone prevalentemente di lavoratori autonomi e di microimprese spesso a prevalente conduzione familiare, soggette solo alle disposizioni di cui all'art.21 del D.Lgs 81/08 - e dalla scarsa disponibilità di risorse e investimenti nel settore agricolo per lo sviluppo di sistemi di sicurezza.</p>



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	2) Si cercherà di realizzare interventi integrati, coordinati e congiunti, al fine di creare una maggiore azione capillare nel territorio e per una più efficace azione di prevenzione e di vigilanza compatibilmente con le risorse tecniche e professionali disponibili.
Sostenibilità	L'azione sarà sostenibile attraverso il rafforzamento delle attività di collaborazione-coordinamento tra i soggetti interessati, mediante l'attuazione a livello di Organismi Provinciali dei Piani Operativi integrati di vigilanza e prevenzione annuali definiti a livello regionale, con la condivisione di strumenti e azioni di prevenzione, monitoraggio e controllo

## Cronoprogramma azione P-7.1.1

Attività Principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P-7.1.1.1</b> Miglioramento dell'attività di vigilanza e coordinamento nel settore agricolo	SPreSAL															
<b>P-7.1.1.2</b> Aggiornamento continuo anagrafe aziende agricole	SPreSAL															
<b>P-7.1.1.3</b> Miglioramento della partecipazione al sistema attivato per gli infortuni mortali e gravi anche non professionali occorsi con macchine agricole e rafforzamento dell'utilizzo del Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi "Infor.Mo"	SPreSAL															
<b>P-7.1.1.4</b> Collaborazione con la Polizia Stradale e con la Polizia Municipale/Provinciale per il controllo delle macchine agricole circolanti su strada	Assessorato Sanità ASL Capofila SPreSAL															
<b>P-7.1.1.5</b> Assistenza/in-formazione	SPreSAL															

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.1.2

Azione P-7.1.2	Prevenzione degli infortuni in Edilizia
Descrizione	<p>La presente azione è mirata a rendere più efficace il sistema di prevenzione degli infortuni nel comparto "edile", caratterizzato da un'elevata frequenza infortunistica, a cui si accompagna un'elevata gravità.</p> <p>Verterà sull'ottimizzazione dell'attività di vigilanza e su interventi di in-formazione e assistenza per incrementare l'efficacia dei controlli in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e per migliorare le condizioni di rischio dei lavoratori.</p> <p>Si vuole migliorare il sistema di controllo attraverso la mappatura dei rischi prevalenti, l'analisi delle irregolarità più gravi ed il monitoraggio degli eventi infortunistici più gravi.</p> <p>Particolare attenzione sarà prestata ai cantieri con violazioni sotto il minimo etico nonché alle violazioni di tipo organizzativo (in quanto una rilevante quota di infortuni ha in genere una causa, o almeno una concausa, organizzativa).</p> <p>Si intende inoltre diffondere buone prassi condivise per le fasi lavorative più a rischio, collaborando con enti bilaterali/organismi paritetici, parti sociali, ordini professionali e altre Istituzioni anche al fine di promuovere soluzioni di sicurezza e lo sviluppo della cultura della sicurezza.</p>



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Gruppo beneficiario prioritario	Tutti i lavoratori dipendenti o equiparati, autonomi, preposti, datori di lavoro, coordinatori della sicurezza del comparto edile
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro (cantieri edili) del comparto delle costruzioni
Gruppi di interesse	I Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPreSAL) delle ASL, altri organi di vigilanza del settore edile, enti bilaterali/organismi paritetici, parti sociali, ordini professionali
Prove di efficacia	A Baldasseroni, N Olimpi. Dossier EBP e Lavoro "L'efficacia degli interventi per la prevenzione degli infortuni sul lavoro", 2009. Van der Molen HF, Lehtola MM, Lappalainen J, Hoonakker PLT, Hsiao H, Haslam R, Hale AR, Frings-Dresen MHW, Verbeek JH. Interventions to prevent injuries in construction workers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'azione principalmente è trasversale al settore sanitario e al settore edile. Gli interventi hanno come riferimento gli SPreSAL delle ASL che sono interessati nella parte della pianificazione (in sede di Ufficio Operativo del Comitato Regionale di Coordinamento), programmazione e attuazione delle attività (in sede di Organismo Provinciale), individuando quelle sinergie efficaci, con il coinvolgimento delle imprese edili, con la collaborazione con gli altri Enti dell'Organismo Provinciale, il Servizio Prevenzione dell'Assessorato Sanità, gli enti bilaterali/organismi paritetici, le parti sociali, le associazioni di categoria e le istituzioni scolastiche, per il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-7.1.2.1</b> Miglioramento dell'attività di vigilanza e coordinamento in edilizia	<p>Nell'attività di vigilanza in edilizia, basata sul controllo del territorio, gli SPreSAL dovranno intervenire prioritariamente con controlli "a vista" su tutte le situazioni a rischio grave, principalmente quelle "sotto il minimo etico di sicurezza", e con la selezione dei cantieri notificati da sottoporre a controllo secondo i seguenti criteri (condivisi nell'ambito della predisposizione della proposta di "Linee di indirizzo per ottimizzare e uniformare, in ambito regionale, l'attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro nel settore edile") per la valutazione della priorità di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- tipologia di lavorazioni svolte per le quali può essere previsto un rischio elevato di caduta dall'alto, sprofondamento, seppellimento o elettrocuzione, interferenza tra le lavorazioni;</li><li>- dimensione o complessità del cantiere (durata delle lavorazioni, elevato numero di imprese che insistono nello stesso cantiere, importo dei lavori);</li><li>- cantieri "particolari" quali: lavori pubblici e privati con presenza di subappalti;</li><li>- cantieri nei quali si effettuano lavorazioni particolari quali quelli stradali, impianti eolici e fotovoltaici, lavorazioni in ambienti confinati, con ponteggi e attrezzature complesse, quali ad es. gru interferenti, palchi, ecc..</li></ul> <p>Nell'espletamento dell'attività di vigilanza dovranno essere effettuati attenti controlli relativamente all'organizzazione del cantiere, in riferimento al sistema attuato per progettare e gestire le azioni volte alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Dal punto di vista operativo l'azione ispettiva dovrà essere indirizzata alla vigilanza di "fase", ovvero, a seconda della fase rilevata al momento del sopralluogo (scavo, elevazione delle murature, solai, coperture, etc.), andrà esaminata la progettazione e l'impostazione complessiva delle prevenzioni, partendo dalle specifiche sezioni di PSC e di POS, mettendo in atto, quando dovuto, le azioni prescrittive necessarie sia di tipo organizzativo che di carattere meramente tecnico.</p> <p>Il numero minimo di cantieri da ispezionare all'anno a livello regionale dovrà essere di almeno 1.431 cantieri (per garantire il controllo di 50.000 cantieri all'anno a livello nazionale, come stabilito nel precedente Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia), ripartiti fra gli SPreSAL delle ASL in base al numero di addetti del comparto edile per provincia/ASL (rilevabili dai Flussi Informativi INAIL-Regioni) e dovrà essere, inoltre, superiore al 15% delle notifiche preliminari cantieri pervenute nell'anno precedente.</p>



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	<p>La vigilanza potrà essere reiterata in cantieri con ammontare presunto dei lavori superiore 500.000 euro, ai fini del conteggio del numero di ispezioni complessive; questo per tener conto della complessità, della estrema differenza delle fasi lavorative e dei rischi conseguenti, delle diverse imprese che si susseguono nell'ambito della realizzazione dell'opera e della durata di questa tipologia di cantieri rispetto ai piccoli lavori.</p> <p>All'interno dell'attività programmata una quota parte della vigilanza sarà riservata ai lavori sulle coperture (per contrastare il fattore di rischio più frequente e più grave in edilizia, costituito dalle cadute dall'alto), alle grandi opere infrastrutturali nonché al settore degli spettacoli e delle fiere (anche alla luce del Decreto Interministeriale 22.7./2014, che ha previsto una regolamentazione specifica all'interno dell'applicazione del titolo IV del decreto legislativo n. 81 del 2008).</p> <p>Nello svolgimento dell'attività di vigilanza si terrà conto di quanto stabilito nelle Linee guida in materia di Controlli ai sensi dell'art. 14, c. 5 del D.L. 9.02.2012, n. 5 convertito in legge 4.04.2012, n. 35, definite dall'Intesa sancita in Conferenza Unificata nella seduta del 24.01.2013.</p> <p>L'attività di coordinamento tra enti dovrà essere assicurata dall'efficace ed efficiente funzionamento degli Organismi Provinciali di cui all'art. 2, c. 3, del D.P.C.M. 21.12.2007, che i Direttori SPreSAL coordinano, che dovranno attuare, a livello del territorio provinciale, il piano operativo integrato annuale definito dall'Ufficio Operativo e adottato dal Comitato Regionale di Coordinamento e le attività specifiche emergenti dalle esigenze territoriali. La vigilanza in modalità coordinata comprenderà la ripartizione delle notifiche preliminari cantieri fra ASL e DTL e le comunicazioni post-ispezione (comprese anche le informazioni inerenti l'esito dell'attività di vigilanza) con l'utilizzo dell'apposito format condiviso in sede di Ufficio Operativo e di Comitato Regione di Coordinamento; tale coordinamento dovrà stimolare la condivisione di un archivio comune e aggiornato, costituito dalle notifiche preliminari e dai dati di attività, e consentirà la sinergia di controlli fra i vari enti ispettivi, primi fra tutti ASL e DTL, per evitare dispendio di risorse e per non gravare involontariamente le imprese con controlli ripetuti.</p>
<p><b>P-7.1.2.2</b> Monitoraggio qualitativo dell'attività di vigilanza</p>	<p>Si dovrà provvedere a livello di ciascuno SPreSAL:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- al monitoraggio dei cantieri ispezionati "sotto il minimo etico", inclusa la registrazione dei provvedimenti adottati (sequestri, sospensioni, divieti, prescrizioni,...) e di tutti gli articoli violati;</li><li>- al monitoraggio dell'incidenza degli articoli violati di tipo organizzativo (capo I del Titolo IV del D.Lgs. 81/08).</li></ul> <p>Tali dati dovranno essere trasmessi dagli SPreSAL al livello regionale, integrando con i medesimi il flusso informativo dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL (schede di rilevazione annuale delle attività degli SPreSAL, da far pervenire all'Assessorato della Sanità entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento).</p> <p>L'Assessorato Regionale della Sanità provvederà ad elaborare ed analizzare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- il rapporto tra il numero di cantieri con violazioni sotto il minimo etico e il numero di cantieri ispezionati,</li><li>- il rapporto tra il numero di articoli violati riferibili all'organizzazione o gestione generale del cantiere (capo I del Titolo IV del D.Lgs. 81/08) e il numero totale di articoli violati.</li></ul>
<p><b>P-7.1.2.3</b> Indagine con applicazione del modello "Sbagliando s'impara" di tutti gli infortuni mortali in edilizia e di infortuni gravi ed alimentazione del Sistema di</p>	<p>Dovranno essere indagati dagli SPreSAL con applicazione del modello di analisi standardizzato "Sbagliando s'impara" oltre che tutti gli infortuni mortali occorsi in edilizia a soggetti rientranti nel campo di applicazione del D.Lgs 81/08, anche gli infortuni gravi nelle proporzioni minime del 5% nel 2016, 10% nel 2017 e 15 % nel 2018, rispetto a quelli notificati agli SPreSAL (privilegiando quelli la cui dinamica infortunistica possa fornire indicazioni utili alle azioni di contrasto del fenomeno). Con le relative informazioni, gli SPreSAL dovranno alimentare il Sistema di Sorveglianza Nazionale degli infortuni mortali e gravi Infor.Mo.</p>



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Sorveglianza "Infor.Mo"	
<b>P-7.1.2.4</b> Assistenza/In- formazione	<p>Dovranno essere rafforzati gli interventi finalizzati all'assistenza/in-formazione nei confronti di lavoratori edili dipendenti, lavoratori edili autonomi, imprese edili, RSPP, RLS, tecnici/professionisti (coordinatori, direttori lavori, progettisti, committenti, responsabili lavori, etc.), al fine di sensibilizzare, guidare e coinvolgere gli stessi per la corretta applicazione della legislazione vigente e soprattutto delle procedure di sicurezza in riferimento alle fasi lavorative. Dovranno essere supportate, con adeguate attività di assistenza, le capacità di autovalutazione del livello di sicurezza raggiunto nelle aziende, trasferendo eventualmente alle medesime anche il "software InforMo per le aziende" (predisposto e reso disponibile dall'INAIL per classificare i casi di infortunio aziendali secondo il modello "Sbagliando s'impara"), affinché le aziende possano analizzare e catalogare gli infortuni o i mancati infortuni (near misses) per rivedere al loro interno la valutazione dei rischi.</p> <p>Ciascuno SPreSAL dovrà effettuare con i soggetti della prevenzione nel settore edile almeno 1 incontro/iniziativa in-formativa nell'anno 2016, 2 nell'anno 2017 e 3 nell'anno 2018. L'assistenza dovrà essere garantita anche tramite lo Sportello Informativo per la Sicurezza. Riguardo ai soggetti informati/assistiti su richiesta, si precisa che dovranno essere informati/assistiti almeno il 90% dei soggetti sul totale delle richieste pervenute.</p> <p>Si provvederà, a livello di ciascuno SPreSAL, alla diffusione delle "buone pratiche" e alla promozione di soluzioni tecnologiche innovative e preventive, efficaci e condivise, anche attraverso opuscoli informativi per il miglioramento della sicurezza nei cantieri edili (resi disponibili dalla ASL capofila in materia di sicurezza in edilizia d'intesa con il Gruppo di Programmazione), e incontri con enti bilaterali/organismi paritetici, parti sociali, ordini professionali, altre Istituzioni.</p> <p>Saranno avviate trasversalmente, nell'ambito del Programma P-1.1 "Una scuola in salute", attività di promozione/formazione negli istituti scolastici per lo sviluppo delle competenze in materia di sicurezza e salute sul lavoro nei futuri lavoratori.</p> <p>La ASL capofila in materia di sicurezza in edilizia organizzerà momenti formativi congiunti del personale ispettivo degli SPreSAL e degli altri Organi di Vigilanza, come previsto negli atti di indirizzo del Comitato ex art. 5 del D.Lgs. 81/2008, che consentano di coniugare l'aggiornamento professionale con la conoscenza delle rispettive modalità operative.</p>
Rischi e management dei rischi	<p>La verifica del sistema di trasmissione delle notifiche preliminari cantieri on line (NPC WEB) è tuttora in corso. Eventuali criticità rilevate da parte degli utenti, oltre a poter essere raccolte negli appositi incontri informativi/divulgativi sulla gestione dell'applicativo con gli Stakeholder di cui al pertinente Programma P-7.4 "Miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e della compliance", possono essere segnalate anche al servizio di Help Desk all'uopo attivato dall'Assessorato Sanità.</p> <p>Il sistema SISaR modulo SPRESAL necessita di perfezionamento in quanto risulta ancora di difficile utilizzo e comprensione per gli operatori dei Servizi; al fine di sopperire alle difficoltà di utilizzo del SISAR sono previste delle giornate di formazione a carico delle ASL, che i Direttori SPreSAL possono richiedere ai relativi Referenti Unici Aziendali per i sistemi informativi regionali (nota assessoriale n. 11701 del 30.4.2014).</p>
Sostenibilità	<p>L'azione sarà sostenibile attraverso il rafforzamento delle attività di collaborazione-coordinamento tra i soggetti interessati, mediante l'attuazione a livello di Organismi Provinciali dei Piani Operativi integrati di vigilanza e prevenzione annuali definiti a livello regionale, con la condivisione di strumenti e azioni di prevenzione, monitoraggio e controllo.</p>



## Cronoprogramma azione P-7.1.2

Attività Principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P-7.1.2.1</b> Miglioramento dell'attività di vigilanza e coordinamento in edilizia	SPreSAL															
<b>P-7.1.2.2</b> Monitoraggio qualitativo dell'attività di vigilanza	SPreSAL Assessorato Sanità															
<b>P-7.1.2.3</b> Indagine con applicazione del modello "Sbagliando s'impara" di tutti gli infortuni mortali in edilizia e di infortuni gravi ed alimentazione del Sistema di Sorveglianza "Infor.Mo"	SPreSAL															
<b>P-7.1.2.4</b> Assistenza, In-formazione	SPreSAL															

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.1.3

Azione P-7.1.3	Coordinamento delle attività di vigilanza e prevenzione
Descrizione	<p>Nell'ambito delle attività di vigilanza e prevenzione in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Comitato Regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008 riveste fondamentale importanza.</p> <p>Nel corso degli ultimi anni è stato profuso notevole impegno per attivare e rendere operativi il Comitato (presieduto dall'Assessore Regionale della Sanità e nel quale è garantita la partecipazione rappresentativa di tutte le istituzioni ed enti competenti in materia e quella delle parti sociali) e i relativi organi costituiti dall'Ufficio Operativo Regionale (composto dai Direttori SPreSAL delle ASL sarde e dai rappresentanti a livello regionale della DRL ora DIL, dei Vigili del Fuoco, delle Direzioni Marittime e delle Autorità Portuali, e coordinato da un Direttore SPreSAL scelto con votazione a maggioranza dai componenti dell'Ufficio medesimo) e dagli otto Organismi Provinciali (ciascuno dei quali composto dallo SPreSAL della ASL, che ne coordina le attività, e dai rappresentanti a livello locale di DTL, INAIL, ISPEL ora INAIL, INPS, Vigili del Fuoco).</p> <p>Per una maggiore efficacia delle attività di vigilanza e prevenzione è necessario favorire il coordinamento delle attività con il pieno funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento e del relativo Ufficio Operativo.</p> <p>Pertanto, nella presente azione è previsto il sostegno all'efficace funzionamento del Comitato e dell'Ufficio Operativo, alla pianificazione coordinata delle attività di vigilanza e prevenzione e al monitoraggio delle attività svolte per verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Aziende e lavoratori
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Oltre alle aziende e ai lavoratori, il Comitato Regionale di Coordinamento, il relativo Ufficio Operativo, gli Organismi Provinciali.
Prove di efficacia	<p>NA</p> <p>La presente azione è in linea con quanto stabilito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, prorogato per l'anno 2013 che</li> </ul>



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	<p>prevedeva, come linea di intervento, la “<i>promozione della attività dei Comitati Regionali di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08 per lo sviluppo di programmi di prevenzione e controllo condivisi con parti sociali ed istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro</i>”, e tra le azioni centrali in capo al Ministero della Salute di “<i>stabilire accordi operativi stabili con i Comitati regionali di coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08 per il monitoraggio e la valutazione di efficacia, al fine di produrre report nazionali utili alla programmazione e utilizzando i sistemi informativi per la valutazione dei dati</i>”;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- con il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, che prevede il “<i>sostegno in tutte le Regioni all’efficace funzionamento dei Comitati Regionali di Coordinamento previsti all’art. 7 D.Lgs. 81/08, come momento di condivisione e monitoraggio delle azioni strategiche nei singoli territori regionali, compresa la realizzazione di siti specifici a essi dedicati, la dotazione di uno specifico supporto, il sostegno ai programmi condivisi con le parti sociali</i>”.</li></ul>
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l’azione	L’azione è caratterizzata da un’ampia trasversalità in quanto in seno al Comitato Regionale di Coordinamento, oltre al settore sanitario, sono rappresentati l’ARPAS, la DRL (ora DIL) del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, i Vigili del Fuoco, l’INAIL, l’INPS; l’ANCI Sardegna, l’USMAF, le Direzioni Marittime, le Autorità Portuali, l’ENAC, l’Assessorato dell’Agricoltura e Riforma Agro-Pastorale, l’Assessorato della Difesa dell’Ambiente, l’Assessorato degli Enti Locali, Finanze e Urbanistica, l’Assessorato dell’Industria, l’Assessorato dei Lavori Pubblici, Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale, l’Assessorato della Pubblica Istruzione, Beni Culturali, Informazione, Spettacolo e Sport, l’Assessorato dei Trasporti, l’Assessorato del Turismo, Artigianato e Commercio, i Rappresentanti dei Lavoratori e i Rappresentanti dei Datori di Lavoro.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-7.1.3.1</b> Sostegno all’efficace funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento e del relativo Ufficio Operativo	<p>Il Comitato, per poter operare il necessario coordinamento tra le diverse Istituzioni ed Enti - nell’ottica di una programmazione coordinata di interventi e uniformità degli stessi, in raccordo con il Comitato di cui all’art. 5 e con la Commissione di cui all’art. 6 del D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii., come prescritto dalle norme vigenti - abbisogna di adeguato sostegno, comprendente pure l’indispensabile dotazione di uno specifico supporto, richiamato anche nel PNP 2014-2018 e nell’Allegato alla DGR n. 53/28 del 29.12.14, con risorse umane dedicate per assicurarne un efficace funzionamento. Questo specifico supporto, così come stabilito nell’Allegato n. 4 degli “<i>Esiti della Commissione Salute del 17.09.2008</i>”, deve essere tale da consentire l’esercizio delle complesse funzioni in capo al Comitato e al suo Ufficio Operativo e, a tal fine, si ritiene debba comprendere almeno un medico del lavoro, un ingegnere informatico e un esperto in materie giuridiche, con precedenti esperienze in campo sanitario preferibilmente nel settore della sicurezza nei luoghi di lavoro, figure indispensabili e non presenti fra le esigue risorse umane che nell’ambito del Servizio Prevenzione dell’Assessorato Regionale della Sanità si occupano di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro e di vita, da reperirsi mediante la ASL il cui Direttore SPreSAL coordina l’Ufficio Operativo del Comitato.</p> <p>Un rilevante sostegno all’efficace funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento e del relativo Ufficio Operativo è costituito anche dallo sviluppo dello specifico canale informativo ad essi dedicato - previsto nel punto 3.2 dell’Atto di Indirizzi del Comitato di cui all’art. 5 del D.Lgs 81/2008, facente parte integrante dell’intesa Rep. Atti n. 153/CU sancita in Conferenza Unificata nel 2012, e richiamato anche nel PNP 2014/2018 - che necessita di essere gestito e aggiornato costantemente.</p>
<b>P-7.1.3.2</b> Pianificazione operativa integrata delle attività di vigilanza e prevenzione	L’Ufficio Operativo del Comitato Regionale di Coordinamento, con il sostegno dello specifico supporto di cui all’attività precedente, dovrà definire annualmente il Piano Operativo integrato di vigilanza e prevenzione che, dopo adozione da parte del Comitato Regionale di Coordinamento, verrà attuato dagli Organismi Provinciali, a livello del territorio provinciale di competenza.



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	Tale Piano dovrà essere definito nel rispetto dei documenti di indirizzo della Sezione (ex Comitato art. 5 D.Lgs. 81/2008) “per l’indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro” (compreso il documento « <i>Indirizzi per la prevenzione di infortuni gravi e mortali correlati all’assunzione di alcolici e/o di sostanze stupefacenti, l’accertamento di condizioni di alcol dipendenza e di tossicodipendenza e il coordinamento delle azioni di vigilanza</i> », la cui bozza è attualmente in corso di rivisitazione), delle ulteriori indicazioni eventualmente fornite dal Comitato Regionale di Coordinamento, delle priorità individuate a livello territoriale, nonché di quanto programmato da ciascun Organismo/Ente/Amministrazione a livello nazionale, regionale e locale.
<b>P-7.1.3.3</b> Monitoraggio delle attività svolte	Il Comitato Regionale di Coordinamento, con il sostegno dello specifico supporto di cui all’attività P-7.1.3.1, dovrà provvedere al monitoraggio delle attività svolte dall’Ufficio Operativo e dagli Organismi Provinciali, per verificare il raggiungimento degli obiettivi, compreso il monitoraggio quindicinale delle comunicazioni post-ispezione SPreSAL-DTL inerenti i cantieri edili ispezionati nell’ambito del coordinamento della vigilanza in edilizia. Lo stesso Comitato provvederà a dare comunicazione annuale, al Ministero della Salute e al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dei risultati di tale monitoraggio.
Rischi e management dei rischi	Il rischio maggiore è ascrivibile a un non efficace funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento e del relativo Ufficio Operativo per la carenza di risorse umane a sostegno dell’esercizio delle complesse funzioni in capo a tali organi, superabile con la dotazione dello specifico supporto previsto nell’attività 7.1.3.1, in linea con quanto stabilito dalla Commissione Salute, dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 e dall’Allegato alla DGR n. 53/28 del 29.12.14.
Sostenibilità	L’azione sarà sostenibile se saranno disponibili le risorse per la dotazione dello specifico supporto previsto nell’attività 7.1.3.1, sostegno indispensabile per la definizione a livello regionale dei Piani Operativi integrati di vigilanza e prevenzione annuali, da attuare a livello di Organismi Provinciali, e per il monitoraggio delle attività svolte.

## Cronoprogramma azione P-7.1.3

Attività Principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P-7.1.3.1</b> Sostegno all’efficace funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento e del relativo Ufficio Operativo	Assessorato Sanità ASL il cui Direttore SPreSAL coordina l’Ufficio Operativo															
<b>P-7.1.3.2</b> Pianificazione operativa integrata delle attività di vigilanza e prevenzione	Ufficio Operativo															
<b>P-7.1.3.3</b> Monitoraggio delle attività svolte	Comitato Regionale di Coordinamento															

## Programma P-7.2: Prevenzione malattie professionali

### Descrizione del programma

Allo stato attuale nella regione Sardegna, l'analisi dei dati relativi alle malattie professionali non consente di conoscere in maniera precisa, per i lavoratori della nostra regione, la distribuzione delle patologie professionali e lavoro correlate, come invece accade per gli infortuni. Benché i dati dei Flussi Informativi INAIL/Regioni relativi al periodo 2000-2013 mettano in evidenza un andamento crescente del numero complessivo delle malattie professionali denunciate all'INAIL e definite positivamente (riconosciute), con un incremento notevole dal 2009 al 2013, per cui da 267 malattie riconosciute nel 2000, si è passati a 883 nel 2009 e a 1607 nel 2013, analizzando il codice sanitario, e quindi la tipologia di malattie professionali denunciate/riconosciute, si evidenzia come il fenomeno, molto variegato fra le diverse province-ASL, è esploso per alcune patologie professionali, ma continua a essere verosimilmente fortemente sottostimato per altre, primi fra tutti i tumori professionali.

Infatti accanto a un contributo nell'ultimo decennio pressoché costante delle malattie dell'apparato respiratorio (pur con un incremento delle patologie non neoplastiche da amianto e una diminuzione della pneumoconiosi da silicati e altre polveri), una costanza delle malattie del sistema nervoso e organi di senso, pur in presenza di una diminuzione delle malattie della cute, si sottolinea l'incremento rilevante delle denunce/riconoscimenti delle patologie muscolo-scheletriche causate da sovraccarico biomeccanico (del rachide in particolare). Un aspetto particolarmente grave è rappresentato però dalla evidente scarsità dei dati relativi ai tumori professionali, compresi quelli legati all'amianto tra cui i mesoteliomi. Si evidenzia, infatti, che il numero dei casi di tumori definiti positivamente nel periodo 2000-2013, pari a 178, tra cui 60 tumori polmonari, 36 pleurici, 18 della vescica, 10 tumori della cute e 2 tumori della laringe, rappresenta una sottostima della situazione riferibile ai tumori di origine professionale, non comprendendo tale numero, riportato nei Flussi Informativi INAIL/Regioni, nemmeno i casi dei tumori legati all'amianto tra cui i casi incidenti di mesoteliomi, inseriti nel Registro Mesoteliomi della Sardegna. Pertanto, se nell'ultimo settennio il numero delle malattie professionali denunciate e riconosciute è triplicato, ciò è dovuto al contributo di alcune classi di patologie, specificatamente delle patologie muscolo-scheletriche che rappresentano l'85% del complesso delle malattie professionali riconosciute dall'Inail nel 2013 (contro il 7% nel 2000), l'ipoacusia da rumore (5%), malattie dell'apparato respiratorio (5%), e solo l'1% è rappresentato dai tumori.

Codice sanitario	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tumori	15	11	18	11	17	14	16
Disturbi psichici	2	4	1	1	0	2	2
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	121	163	146	119	118	98	101
Malattie del sistema circolatorio	63	41	49	52	43	25	29
Malattie dell'apparato respiratorio	67	74	62	76	72	60	80
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	38	42	23	20	24	10	12
Malattie del sistema osteo-articolare, dei muscoli	145	229	582	1031	1084	1095	1366
Totali compresi i codici sanitari non riportati in tabella	455	567	883	1.311	1.360	1.307	1.607

Si sottolinea inoltre una grave sotto-segnalazione del fenomeno delle malattie professionali o correlate al lavoro, rispetto all'obbligo previsto dall'art. 139 del DPR 1124/1965, così come modificato dall'art. 10 del D.Lgs n. 38/2000, a fini statistico-epidemiologici. I dati derivanti dalle certificazioni INAIL a scopo assicurativo e le denuncia/segnalazione a scopo statistico-epidemiologico non risultano assolutamente sovrapponibili. Infatti, a fronte di 16859 denunce di malattia professionale presentate all'INAIL negli ultimi 7 anni (2007-2013), sono giunte agli SPreSAL delle ASL nei medesimi anni soltanto 3.745 segnalazioni di cui solo 772 denunce/segnalazioni ex art. 139, ossia, rispettivamente, appena il 22% e il 5% dei casi denunciati all'INAIL. Poiché la finalità dell'obbligo previsto dall'art. 139 del DPR 1124/65, riferita non solo alle malattie contenute nelle tabelle, ma alle patologie di origine professionale comprese nelle liste di cui al DM 11/12/2009, ridefinito dal DM 10/6/2014, è di tipo statistico-epidemiologica, il rispetto di tale obbligo da parte dei medici consentirebbe agli SPreSAL l'individuazione delle situazioni di rischio e quindi l'adozione delle misure preventive, l'approfondimento del nesso causale fra malattia e attività lavorativa, anche allo scopo di garantire l'implementazione del Sistema di Sorveglianza Nazionale delle Malattie Professionali "MalProf", oltreché l'osservazione di eventuali nuove malattie ai fini della revisione delle tabelle delle malattie indennizzabili di cui agli artt. 3 e 211 del DPR 1124/65.

Appare evidente pertanto la necessità di sviluppare azioni che favoriscano l'individuazione e emersione del fenomeno non solo ai fini assicurativi medico-legali, ma anche ai fini statistico-epidemiologici, utili per l'individuazione dei fattori di rischio e quindi per la prevenzione delle malattie professionali.

L'analisi dei dati registrati dai Servizi PreSAL nel Sistema di Sorveglianza MalProf evidenzia una netta prevalenza delle malattie del sistema osteo-articolare e dei muscoli, seguite dalle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, costituite soprattutto da sindromi del tunnel carpale e ipoacusie da rumore. Analizzando le categorie ATECO dei casi registrati, emergono il comparto delle costruzioni e quello agricolo.

I dati dei Flussi Informativi INAIL-Regioni evidenziano un andamento simile; per tutte le gestioni INAIL nel periodo 2010-2013 risultano 12.927 denunce, di cui 9.930 malattie osteo-articolari e neuropatie periferiche (77%); l'analisi dei comparti evidenzia un contributo preponderante del comparto delle costruzioni con il 17% (2.228) delle segnalazioni: tra queste, il 76% (1.693), sono patologie osteo-articolari e neuropatie periferiche. Per il comparto agricoltura, sono presenti 2.804 denunce di malattie, di cui 2439 sono patologie a carico dell'apparato osteo-articolare e mononeuriti quali la sindrome del tunnel carpale (87% del totale delle denunce in agricoltura).

Non risultano peraltro presenti presso l'INAIL regionale (Settore Ricerca, Certificazione e Verifica dell'INAIL), nemmeno dati regionali relativi all'applicazione dell'art. 244 del D.Lgs 81/2008, riguardo le segnalazioni che i medici e le strutture sanitarie pubbliche e private devono effettuare nei casi in cui vengano identificati casi di neoplasie da loro ritenute attribuibili ad esposizioni lavorative ad agenti cancerogeni, se si fa eccezione per i mesoteliomi.

In tale contesto il PRP 2014-2018 rappresenterà l'opportunità per lo sviluppo, nell'ambito del presente Programma, di strategie per la prevenzione delle patologie lavoro-correlate (considerato anche il fatto che nei precedenti PRP non erano presenti progetti in materia), mediante:

- l'adozione di apposita pianificazione per la prevenzione delle malattie professionali, con specifico riferimento ai progetti interregionali (condivisi ed approvati dalla Commissione Salute nella seduta del 6.5.2015) "Piano Nazionale di Prevenzione sui Cancerogeni Occupazionali e i Tumori Professionali - Attività 2014-2018" e "Piano Nazionale per l'Emersione e la Prevenzione delle Patologie dell'Apparato Muscolo Scheletrico", nonché al "Piano Regionale di protezione, decontaminazione, smaltimento e bonifica dell'ambiente ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto" (di seguito Piano Regionale Amianto) e alla Promozione e sviluppo della sorveglianza sanitaria dei lavoratori tenendo conto delle pertinenti attività previste nell'ambito dei progetti interregionali "Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura - Attività 2014-2018" e "Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia 2014-2018" (anch'essi condivisi ed approvati dalla Commissione Salute nella suddetta seduta del 6.5.2015);
- programmi di formazione mirata degli operatori dei Servizi PreSAL delle ASL, con particolare riferimento alla conduzione delle indagini, alla valutazione del nesso causale e all'utilizzo dei sistemi/flussi informativi/ informatici;
- iniziative in-formative, da parte dei medici dei Servizi PreSAL delle ASL, nei confronti di medici competenti, medici di medicina generale, ospedalieri e specialisti ambulatoriali, finalizzati a incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle malattie professionali;
- l'estensione del campo di attività del Centro Operativo Regionale per la rilevazione dei casi di mesotelioma in Sardegna (COR), istituito presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale con l'art. 9 della L.R. 22/2005, alla rilevazione dei casi di sospetta neoplasia professionale previsti dall'art. 244, c. 3, lett. b) e c) del D.Lgs 81/08, con:
  - la costituzione del registro regionale dei casi di neoplasie delle cavità nasali e dei seni paranasali, facente capo al Registro nazionale dei tumori nasali e sinusali (ReNaTuNS);
  - la costituzione - sulla base di specifiche funzionali nazionali - del registro regionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale dedicato ai casi di neoplasie a più bassa frazione eziologica (TP).

## Obiettivi generali e Indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza 2012		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P-7.2 Prevenzione malattie professionali</b>	7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle malattie professionali	7.2.1 Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: - comparto agricolo forestale - comparto delle costruzioni - rischio cancerogeno e chimico - rischi per apparato muscolo scheletrico	+47% di incremento relativo delle denunce all'INAIL di malattie professionali nel periodo 2009-2013  N. di denunce di MP nel 2013: 51.243	+113% di incremento relativo delle denunce all'INAIL di malattie professionali nel periodo 2009-2013  N. di denunce di MP nel 2013: 3.709	+10%  N. di denunce di MP attese al 2018: 56.367	+10%  N. di denunce di MP attese al 2018: 4.080

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P-7.2

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P-7.2.1 Promozione, sviluppo e miglioramento della sorveglianza sanitaria nel comparto agricolo-forestale e nel comparto edile</b>	Favorire l'attuazione e l'adeguatezza della sorveglianza sanitaria nelle aziende edili e agricole e anche nei lavoratori normativamente e non obbligati (lavoratori ex art. 21 D.Lgs. 81/08)	Proporzione di iniziative informative realizzate dagli SPreSAL delle ASL - rivolte a associazioni di categoria, organismi paritetici, lavoratori, medici competenti - per promuovere, sviluppare e migliorare la sorveglianza sanitaria nel comparto agricolo-forestale e nel comparto edile, rispetto a quelle programmate <b>(indicatore sentinella)*</b>	Registri ASL (SPreSAL) di raccolta firme di partecipazione all'iniziativa	<i>Numeratore:</i> n. iniziative informative realizzate dagli SPreSAL delle ASL x 100 <i>Denominatore:</i> n. iniziative informative programmate (1 all'anno in ciascuna ASL, a partire dal 2016)	0	0	100%	100%	100%
		Proporzione di aziende edili e agricole e lavoratori ex art.	Schede di rilevazione dei dati relativi alle	<i>Numeratore:</i> numero di aziende edili e agricole e lavoratori ex art.	ND		30%	40%	50%



Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
		21 ispezionati dagli SPreSAL delle ASL per gli aspetti della sorveglianza sanitaria rispetto al totale delle aziende edili e agricole e lavoratori ex art. 21 sottoposti a controllo	attività di vigilanza e prevenzion e svolte dagli SPreSAL delle ASL	21 sottoposti a controllo per gli aspetti della sorveglianza sanitaria x 100 <i>Denominatore:</i> numero totale di aziende edili e agricole e lavoratori ex art. 21 sottoposti a vigilanza					
<b>P-7.2.2 Sviluppo di nuovi sistemi e implementazione di quello esistente per l'individuazione e registrazione dei tumori professionali ad alta e bassa frazione eziologica, con particolare riferimento al rischio amianto</b>	Favorire l'identificazione e la denuncia/segnalazione dei tumori di certa, probabile o possibile origine professionale, ad alta e bassa frazione eziologica, e l'inserimento nel Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf"	Incremento del numero di tumori professionali denunciati/segnalati agli SPreSAL delle ASL indagati e inseriti dai medesimi nel Sistema di Sorveglianza MalProf rispetto al numero medio di tumori professionali inseriti dagli SPreSAL nel Sistema nel biennio 2013-2014 <b>(indicatore sentinella)**</b>	Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali MalProf	<i>Numeratore:</i> (n. di tumori professionali denunciati/segnalati agli SPreSAL indagati e inseriti nel Sistema di Sorveglianza MalProf nell'anno di riferimento meno il n. medio annuo di tumori professionali inseriti dagli SPreSAL nel Sistema di Sorveglianza MalProf nel biennio 2013-2014) x 100 <i>Denominatore:</i> n. medio annuo di tumori professionali inseriti dagli SPreSAL nel Sistema di Sorveglianza MalProf nel biennio 2013-2014 (n. 8,5)	-6% (Anno 2014)		+6%	+18%	+29%
		Disponibilità di un report regionale annuale dei dati sugli ex esposti ad amianto da fornire al COR (da sviluppare trasversalmente nell'ambito del presente Programma P-7.2 e facente capo al	Report annuale prodotto dalla ASL capofila in materia di amianto, sulla base dei dati sugli ex esposti e sulle attività svolte	Evidenza del documento				1	1

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
		Programma P-8.3 "Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche) (indicatore sentinella)***	forniti dagli SPreSAL delle ASL						
<b>P-7.2.3 Prevenzione delle malattie professionali dell'apparato muscolo scheletrico nei comparti più a rischio</b>	Indagare e analizzare le denunce di malattie professionali dell'apparato muscolo scheletrico nei comparti edilizia e agricoltura, identificare l'esposizione ai fattori di rischio implicati nella loro genesi, definire il nesso di causa anche in funzione dell'implementazione del Sistema di Sorveglianza MalProf	Proporzione di denunce/segnalazioni ex art. 139 DPR 1124/1965 di patologie muscolo scheletriche indagate e analizzate e inserite nel Sistema di Sorveglianza MalProf rispetto al totale di quelle pervenute agli SPreSAL, per i comparti edilizia e agricoltura (indicatore sentinella)****	Sistema di Sorveglianza Nazionale Malattie Professionali MalProf (per il numeratore)  Registrazione SPreSAL delle denunce/segnalazioni di malattie professionali pervenute (per il denominatore)	<i>Numeratore:</i> n.denunce/segnalazioni di patologie muscolo scheletriche pervenute agli SPreSAL per i comparti edilizia e agricoltura indagate e analizzate e inserite nel Sistema di Sorveglianza MalProf x 100 <i>Denominatore:</i> n. totale delle denunce/segnalazioni pervenute agli SPreSAL per i comparti edilizia e agricoltura	ND		20%	30%	50%

\* la scelta di questo indicatore sentinella è motivata dall'importanza di tali iniziative per il conseguimento dell'obiettivo specifico di favorire l'attuazione e l'adeguatezza della sorveglianza sanitaria nelle aziende edili e agricole e anche nei lavoratori normativamente non obbligati, che può far emergere patologie lavoro-correlate;

\*\* la scelta di questo indicatore sentinella è giustificata dal fatto che consente di monitorare il progressivo avanzamento verso il conseguimento dell'obiettivo specifico, considerato che, come previsto nell'Attività P-7.2.2.9, su tutti i casi di tumore segnalati gli SPreSAL devono procedere ad effettuare l'indagine e ad alimentare con i relativi dati il Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf";

\*\*\* la scelta di questo indicatore sentinella è motivata dall'importanza per le attività del COR della disponibilità dei dati sugli ex esposti ad amianto;

\*\*\*\* la scelta di questo indicatore sentinella, considerata la rilevanza delle malattie professionali dell'apparato muscolo scheletrico nei comparti edilizia e agricoltura, è motivata dall'importanza di monitorare il progressivo incremento delle indagini e dell'analisi dei fattori di rischio implicati nella loro genesi.

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.2.1

<b>Azione P-7.2.1</b>	<b>Promozione, sviluppo e miglioramento della sorveglianza sanitaria nel comparto agricolo-forestale e nel comparto edile</b>
Descrizione	L'azione prevede la verifica e l'analisi della sorveglianza sanitaria attuata nelle



	<p>aziende agricole-zootecniche ed edili, compresi i soggetti per i quali non è previsto l'obbligo normativo, sottoposti ai controlli di carattere tecnico assegnati, valutando l'adeguatezza dei protocolli e la congruità con i DVR, anche in funzione dei dati di cui alla comunicazione ex art. 40 D.Lgs. 81/08 e s.m.i..</p> <p>Prevede inoltre la realizzazione di iniziative informative mirate alla promozione, sviluppo e miglioramento della sorveglianza sanitaria e la definizione di indirizzi operativi per l'attuazione della stessa, tenuto anche conto, che per le particolari caratteristiche delle aziende agricole e delle peculiari caratteristiche contrattuali presenti in agricoltura, si rende necessario individuare soluzioni che rispondano da un lato alla necessità di concentrare accertamenti sanitari in un breve arco di tempo (come nel caso dei lavoratori stagionali), ma anche quello di favorire l'esecuzione volontaria della sorveglianza sanitaria per coloro che non sono sottoposti a obbligo. In questo contesto si ritiene importante il ruolo di enti bilaterali, organismi paritetici, associazioni di categoria anche mediante stipula di convenzioni fra questi e i medici competenti.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori agricoli ed edili, sottoposti a sorveglianza sanitaria obbligatoria, e lavoratori ex art. 21 D.Lgs 81/08
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro delle aziende agricole ed edili
Gruppi di interesse	Associazioni di categoria, enti bilaterali, organismi paritetici, lavoratori, medici competenti, SPreSAL delle ASL
Prove di efficacia	<p>Hulshof CTJ et al. Evaluation research in occupational health services: general principles and systematic review of empirical studies. Occup Environ Med 1999; 56:361-377</p> <p>G Franco, MT Cella, E Tuccillo, F Ferrari, E Minisci, Fusetti L. From Risk-based Health Surveillance to Health Promotion: An Evidence-Based Experience in a Health Care Setting. Int J Occ Med Envir Health 2002;15:117-120</p> <p>Rassegna sistematica della letteratura (Medline, 1966-2002) effettuata dall'Università di Modena e Reggio Emilia</p>
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Settore sanitario, agricolo, edile, medici competenti, associazioni di categoria, enti bilaterali, organismi paritetici
<b>Attività principali</b>	
<b>P-7.2.1.1</b> Costituzione Gruppo di Lavoro	Costituzione di un Gruppo di Lavoro per l'elaborazione delle linee di indirizzo di cui all'attività P-7.2.1.2, comprendente il Gruppo di Programmazione (GdP) del presente Programma allargato ad ulteriori componenti degli SPreSAL.
<b>P-7.2.1.2</b> Elaborazione linee di indirizzo regionali sorveglianza sanitaria	Elaborazione di linee di indirizzo per l'esecuzione, in maniera uniforme sul territorio regionale, dei controlli effettuati dagli SPreSAL sulla sorveglianza sanitaria in agricoltura-zootecnia ed edilizia, anche mediante l'adozione di indirizzi operativi redatti dai Gruppi Interregionali (es. sottogruppo sorveglianza sanitaria in agricoltura) previo adattamento al contesto locale.
<b>P-7.2.1.3</b> Verifica sorveglianza sanitaria	Verifica e analisi della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti per imprese edili e aziende agricole sottoposte a controllo.
<b>P-7.2.1.4</b> Iniziativa informative	Organizzazione e realizzazione di almeno un incontro all'anno per ASL, con associazioni di categoria, enti bilaterali, organismi paritetici e lavoratori nonché con i medici competenti per promuovere, sviluppare e migliorare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori appartenenti ai gruppi beneficiari
<b>P-7.2.1.5</b> Analisi, elaborazione e trasmissione dati	Analisi ed elaborazione dei dati relativi alle attività della presente azione, ed integrazione con i medesimi del flusso informativo dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL (schede di rilevazione annuale delle attività degli SPreSAL), da far pervenire all'Assessorato della Sanità entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.
Rischi e management dei rischi	Rischi: non adeguata applicazione delle linee di indirizzo. Management dei rischi: attuazione in ogni SPreSAL delle azioni di monitoraggio periodico.

Sostenibilità	L'azione è sostenibile
---------------	------------------------

## Cronoprogramma azione P-7.2.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016					2017				2018			
		III	I V	I	II	III	I V	I	II	III	I V	I	II	III	I V	
<b>P-7.2.1.1</b> Costituzione Gruppo di Lavoro	Assessorato Sanità															
<b>P-7.2.1.2</b> Elaborazione linee di indirizzo regionali sorveglianza sanitaria	Gruppo di Lavoro															
<b>P-7.2.1.3</b> Verifica sorveglianza sanitaria	SPreSAL															
<b>P-7.2.1.4</b> Iniziative informative	SPreSAL															
<b>P-7.2.1.5</b> Analisi, elaborazione e trasmissione dati	SPreSAL															

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.2.2

<b>Azione P-7.2.2</b>	<b>Sviluppo di nuovi sistemi e implementazione di quello esistente per l'individuazione e registrazione dei tumori professionali ad alta e bassa frazione eziologica, con particolare riferimento al rischio amianto</b>
Descrizione	L'intervento verte sulla attivazione di un sistema informativo a carattere permanente che attraverso la sensibilizzazione e adeguata informazione dei medici operanti nei centri di diagnosi e cura oncologica, ma anche dei medici competenti, medici di medicina generale, degli specialisti ambulatoriali, porti alla individuazione dei tumori di origine professionale. In particolare si propone di : strutturare e sostenere il flusso informativo delle certificazioni/segnalazioni/denunce correlate, previste dalla vigente normativa anche nei casi di neoplasia di sospetta origine professionale, verso i Servizi PreSAL e l'INAIL (ex art. 139 del DPR 1124/65), anche mediante l'estensione del campo di attività del COR, previa modifica normativa regionale, e attraverso la denuncia/segnalazione e il coinvolgimento degli SPreSAL nella valutazione del ruolo causale dell'attività lavorativa, e dei relativi fattori di rischio, nella insorgenza dei tumori.
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori ed ex lavoratori esposti ad agenti cancerogeni
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Medici (MMG, specialisti, ospedalieri, ecc.), SPreSAL, INAIL
Prove di efficacia	I Registri dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale, da costituire con l'estensione del campo di attività del COR, e il Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali MalProf, alimentato dagli SPreSAL delle ASL a seguito delle indagini finalizzate tra l'altro alla valutazione dell'esistenza del ruolo causale dell'attività lavorativa, sono di provata efficacia.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Tale azione coinvolge più unità operative del servizio sanitario regionale e l'INAIL. I servizi di diagnosi e cura oncologica, i medici specialisti, medici di Medicina Generale e medici competenti, in caso di diagnosi di tumori per i quali si sospetta l'origine professionale certa, probabile o possibile, devono ottemperare all'obbligo di denuncia segnalazione ai sensi dell'art. 139 del DPR 1124 del 1965, da inviarsi agli SPreSAL e all'INAIL, e all'obbligo di segnalazione all'INAIL, Settore Ricerca Certificazione e Verifica, Dipartimento Medicina del Lavoro, al registro tumori ai sensi dell'art. 244 del D.Lgs 81/2008 (tramite i COR).

	La Regione deve estendere il campo di attività del COR Sardegna (attualmente investito dall'art. 9 della L.R. 22/2005 della rilevazione dei casi di mesotelioma), alla rilevazione e registrazione dei casi di sospetta neoplasia professionale previsti dall'art. 244, c. 3, lett. b) e c) del D.Lgs. 81/08 ossia, rispettivamente, dei casi di tumori delle cavità nasali e dei seni paranasali, facente capo al Registro nazionale dei tumori nasali e sinusali (ReNaTuNS), e dei casi di neoplasie a più bassa frazione eziologica almeno correlati all'amianto quali polmoni, laringe e ovaio, ai tumori della vescica, e altri tumori ritenuti attribuibili ad esposizione lavorative ad agenti cancerogeni (es. fegato, leucemie, cute, ecc.).
<b>Attività principali</b>	
<b>P-7.2.2.1</b> Individuazione Gruppo di Lavoro	Individuazione di un Gruppo di Lavoro, comprendente il Gruppo di Programmazione (GdP) del presente Programma allargato ad ulteriori componenti degli SPreSAL, per la programmazione delle iniziative formative e in-formative, per il coinvolgimento dei diversi attori, per la predisposizione del materiale informativo di cui all'attività 7.2.2.5 e per la definizione della procedura specifica di cui all'attività 7.2.2.2.
<b>P-7.2.2.2</b> Definizione procedura regionale di indagine sulle malattie professionali riferita specificamente ai tumori professionali	Definizione di una procedura di indagine delle malattie professionali regionale con riferimento specifico ai tumori professionali, sulla base della procedura generale per l'attività di indagine sulle malattie professionali da elaborarsi nell'ambito del Programma 7.4.
<b>P-7.2.2.3</b> Approfondimenti formazione operatori SPreSAL e specialisti coinvolti nella sorveglianza sanitaria ex esposti	Approfondimenti inerenti la formazione degli operatori SPreSAL in merito alla gestione delle neoplasie professionali e previsione di attività formative per uniformare la valutazione e interpretazione degli accertamenti di diagnostica per immagini da parte degli specialisti (radiologi, pneumologi e medici del lavoro), anche mediante l'eventuale organizzazione e realizzazione di corsi per B Reader NIOSH
<b>P-7.2.2.4</b> Iniziativa in-formative nei confronti dei medici di MMG, competenti, specialisti	Realizzazione di iniziative di sensibilizzazione e coinvolgimento, da parte dei medici dei Servizi PreSAL delle ASL, nei confronti dei medici di MMG, competenti, specialisti, compresi i medici dei centri di diagnosi e cura oncologica, sulla materia generale e specifica delle malattie professionali e adempimenti correlati, con riferimento particolare alle neoplasie professionali. Verrà realizzata almeno un'iniziativa in-formativa all'anno per ASL, a partire dal 2016.
<b>P-7.2.2.5</b> Predisposizione e diffusione materiale informativo	Elaborazione del materiale informativo in ordine all'obbligo di denuncia-segnalazione, certificazione di malattia professionale (comprendente modulistica, modalità di compilazione e inoltro agli enti competenti), compreso un breviario. Pubblicazione nei siti istituzionali delle ASL e della Regione e - previa sensibilizzazione dei 4 Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - nei siti web e nei bollettini degli OMCeO e diffusione capillare nel corso di convegni, congressi ed altri eventi scientifici individuati del materiale informativo predisposto
<b>P-7.2.2.6</b> Estensione attività COR	Estensione e potenziamento della rete COR-Registro mesoteliomi asbesto-correlati con l'istituzione delle sezioni relative ai tumori naso-sinusali e quelli a più bassa frazione eziologica, sia asbesto correlati (es. laringe, ovaio, polmone), che correlati ad altre esposizioni occupazionali. L'attività prevede l'estensione, previa modifica normativa (considerata l'istituzione del COR ex Legge Regionale n. 22/2005 solo per la rilevazione dei casi di mesotelioma), del campo di attività del COR alla rilevazione e registrazione dei casi di neoplasia professionale di cui all'art. 244 comma 3 lettere b) e c); in particolare la costituzione del registro regionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale dedicato ai casi di neoplasie delle cavità nasali e dei seni paranasali e la costituzione - previa specificazioni nazionali - del registro regionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale dedicato ai casi di neoplasie a più bassa frazione eziologica. In tale contesto verranno pure attivati percorsi di ricerca attiva dei tumori correlati all'attività lavorativa, anche mediante il coinvolgimento delle strutture di diagnosi e

	cura e l'accesso dei Servizi PreSAL alle SDO, e create le condizioni per l'accesso di tali Servizi alle 3 suddette sezioni del registro regionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale (COR) e per l'utilizzo eventuale anche nella nostra regione del sistema OCCAM, subordinato alla messa a disposizione da parte di INAIL/INPS di applicativi e di linkage a banche dati informatici.
<b>P-7.2.2.7</b> Implementazione Registro addetti alle bonifiche amianto e avvio costituzione anagrafe lavoratori esposti ad agenti cancerogeni	Presso ogni SPreSAL deve essere implementato il registro dei lavoratori addetti alle bonifiche di amianto sulla base dei dati derivanti dall'esame dei piani di lavoro/notifiche e controllo delle bonifiche. Inoltre, deve essere avviata la costituzione, a livello di ciascuno SPreSAL, di un'anagrafe aggiornata dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni e delle relative aziende mediante, tra l'altro, i dati riportati nelle copie dei registri di esposizione di cui all'art. 243 del D.Lgs. 81/2008, consegnate ai sensi del comma 8 lett. a) del suddetto articolo. Utili elementi al riguardo potranno essere costituiti anche dalle informazioni che perverranno agli SPreSAL in merito alle segnalazioni di non conformità ai requisiti di cui ai Regolamenti Comunitari REACH e CLP relativamente agli agenti cancerogeni, rilevate nell'ambito dell'attuazione del Programma 8.3 "Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche", trasversale al presente Programma 7.2.
<b>P-7.2.2.8</b> Sorveglianza sanitaria ex esposti ad amianto e produzione Report	Gli SPreSAL proseguiranno l'attività di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto e forniranno, entro il mese di gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, i dati sugli ex esposti e sulle attività svolte allo SPreSAL della ASL di Sanluri, capofila in materia di amianto, che provvederà a redigere l'apposito Report di cui all'Indicatore Centrale 8.9.1 (facente capo al predetto Programma P-8.3 "Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche", trasversale al presente Programma 7.2), da trasmettere all'Assessorato Sanità entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento. Inoltre, sulla base di quanto definito nell'ambito del progetto interregionale CCM "Sperimentazione e Validazione di un Protocollo di Sorveglianza Sanitaria di Lavoratori Ex Esposti ad Amianto", verrà elaborata dalla ASL capofila di Sanluri (Unità Operativa 12 nell'ambito di detto progetto, con referente scientifico regionale il Direttore del Servizio PreSAL) una proposta di adeguamento del protocollo operativo di cui alla DGR n.26/29 del 6.07.2010, comprendente anche le informazioni necessarie per la realizzazione (da parte del Servizio Sistemi Informativi dell'Assessorato Sanità) di un sistema informativo per la gestione di tutti i dati relativi alla sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto.
<b>P-7.2.2.9</b> Indagini su tutti i casi di tumore segnalati e alimentazione del Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali MalProf	Su tutti i casi di tumore segnalati, gli SPreSAL devono procedere a effettuare l'indagine, preferibilmente con metodologia uniforme su tutto il territorio regionale, finalizzata tra l'altro alla valutazione dell'esistenza del nesso causale, e procedendo anche all'implementazione del Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali MalProf.
Rischi e management dei rischi	Rischi: mancata denuncia ex art. 139 da parte dei medici certificatori. Management dei rischi: verifica e controllo dell'attività di certificazione obbligatoria.
Sostenibilità	L'azione è sostenibile previa creazione della rete di rilevazione regionale dei tumori e interconnessione delle banche dati (INAIL, INPS, OCCAM ecc.) ed estensione attività del COR Sardegna.

## Cronoprogramma azione P-7.2.2

Attività principali	Responsabile	2015			2016			2017			2018				
		III	I	I	II	III	I	I	II	III	I	I	II	III	I
			V				V				V				V

<b>P-7.2.2.1</b> Individuazione Gruppo di Lavoro	Assessorato Sanità																			
<b>P-7.2.2.2</b> Definizione procedura regionale di indagine sulle malattie professionali riferita specificamente ai tumori professionali	Gruppo di Lavoro																			
<b>P-7.2.2.3</b> Approfondimenti formazione operatori SPreSAL e specialisti coinvolti nella sorveglianza sanitaria ex esposti	Gruppo di Lavoro ASL capofila in materia di amianto																			
<b>P-7.2.2.4</b> Iniziative in-formative nei confronti dei medici di MMG, competenti, specialisti	SPreSAL																			
<b>P-7.2.2.5</b> Predisposizione e diffusione materiale informativo	Gruppo di Lavoro ASL Assessorato Sanità e coinvolgimento degli OMCeO																			
<b>P-7.2.2.6</b> Estensione attività COR	Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER)																			
<b>P-7.2.2.7</b> Implementazione Registro addetti alle bonifiche amianto e avvio costituzione anagrafe lavoratori esposti ad agenti cancerogeni	SPreSAL																			
<b>P-7.2.2.8</b> Sorveglianza sanitaria ex esposti ad amianto e produzione Report	SPreSAL ASL capofila in materia di amianto																			
<b>P-7.2.2.9</b> Indagini su tutti i casi di tumore segnalati e alimentazione del Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali MalProf	SPreSAL																			

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.2.3

<b>Azione P-7.2.3</b>	<b>Prevenzione delle malattie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico nei comparti più a rischio</b>
Descrizione	<p>Come accennato nella descrizione del Programma, dall'esame dei dati dei Flussi Informativi INAIL-Regioni per comparto produttivo si rileva che, nel periodo 2010-2013 (ultimo triennio attualmente disponibile), del totale di 12.927 casi di malattie professionali denunciati all'Inail in Sardegna, il contributo più rilevante è dovuto ai comparti agricoltura (n. 2.804 casi, pari al 22%) ed edilizia (n. 2.228 casi, pari al 17%); seguono il comparto dei Servizi (9%), della Sanità e dei Trasporti (5%) e della Metalmeccanica (4%).</p> <p>Dei suddetti casi di malattie professionali denunciati all'Inail nei comparti agricoltura ed edilizia ben l'87% (n. 2.439) e il 76% (n. 1.693), rispettivamente, sono patologie osteo-articolari e neuropatie periferiche (quali la sindrome del tunnel carpale). Anche dalla disamina delle segnalazioni pervenute agli SPreSAL delle ASL ed inseriti nel Sistema di Sorveglianza Nazionale delle Malattie Professionali MalProf si rileva la preminenza dei comparti agricoltura ed edilizia e delle patologie dell'apparato muscolo scheletrico, sottolineando la necessità di avviare opportune iniziative preventive al riguardo.</p> <p>In particolare, l'imponente quota che le denunce di patologie osteo-articolari</p>

	<p>ricoprono, rispetto al totale delle sospette malattie professionali denunciate in Sardegna, sia in ambito INAIL (soprattutto con fini assicurativi) che in ambito SPreSAL, mette in evidenza la necessità di approfondire le problematiche relative al determinismo di tali patologie, identificando le reali sorgenti di rischio e promuovendo azioni di miglioramento. Previa analisi delle malattie professionali denunciate nei comparti agricoltura-silvicoltura ed edilizia, si effettuerà l'indagine approfondita su almeno una mansione specifica per patologia, sia nel campo dell'agricoltura che dell'edilizia (es. ernia del disco nel trattorista e nel muratore, epicondilitis nell'imbianchino, sindrome del tunnel carpale nel potatore, ecc.).</p> <p>L'indagine deve essere finalizzata tra l'altro alla valutazione dell'esistenza del nesso causale, alla eventuale individuazione delle responsabilità e all'implementazione del Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali MalProf.</p> <p>Verranno effettuati appositi incontri con RSPP, medici competenti, RLS ed, eventualmente, con associazioni di categoria, organismi paritetici e consulenti, per promuovere una maggiore conoscenza degli strumenti per la corretta valutazione e gestione dei rischi da sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscolo scheletrico.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori dei comparti edilizia e agricoltura
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro delle aziende agricole ed edili
Gruppi di interesse	Medici, tecnici SPreSAL, medici INAIL, medici competenti
Prove di efficacia	L'analisi dei fattori di rischio da parte degli operatori SPreSAL delle ASL (opportunitamente formati) di una serie di differenti attività lavorative con la finalità di promuovere la conoscenza nelle aziende degli strumenti per la corretta valutazione dei rischi da sovraccarico biomeccanico dell'apparato muscolo-scheletrico e la riduzione dell'esposizione ai rischi, come previsto nella presente azione, si inserisce nell'alveo di quanto delineato dall'OMS, in applicazione anche del recente Technical Report 12295 - 2014 "Ergonomics- Application document for ISO standards on manual handling (ISO 11228-1, ISO 11228-2 and ISO 11228-3) and working postures (ISO 11226)", pubblicato da ISO nell'aprile 2014.
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per l'azione	Settore sanitario, agricolo, edile
<b>Attività principali</b>	
<b>P-7.2.3.1</b> Formazione operatori SPreSAL	Formazione del personale SPreSAL, sia medico, tecnico e sanitario, sull'utilizzo delle metodologie di analisi dei rischi da MMC e sovraccarico biomeccanico (es. NIOSH, OCRA, RULA, REBA; SNOOK-CIRIELLO, MAPO, ecc)
<b>P-7.2.3.2</b> Definizione procedura di indagine sulle malattie professionali riferita specificamente alle patologie osteo-articolari	Definizione di una procedura di indagine delle malattie professionali regionale con riferimento specifico alle patologie osteo-articolari, sulla base della procedura generale per l'attività di indagine sulle malattie professionali da elaborarsi nell'ambito del Programma 7.4.
<b>P-7.2.3.3</b> Analisi dei fattori di rischio	Nell'ambito delle indagini e analisi delle denunce di malattie professionali dell'apparato muscolo scheletrico nei comparti edilizia e agricoltura, finalizzate tra l'altro alla valutazione dell'esistenza del nesso causale e all'implementazione del Sistema di Sorveglianza MalProf, particolare attenzione verrà riservata all'analisi dei fattori di rischio, procedendo all'indagine approfondita su almeno una mansione specifica per patologia.
<b>P-7.2.3.4</b> Incontri con RSPP, RLS, Medici Competenti	Organizzazione e realizzazione di almeno un incontro, da parte di ciascuno SPreSAL, con RSPP, medici competenti, RLS ed, eventualmente, con le associazioni di categoria, gli organismi paritetici e i consulenti, per promuovere la conoscenza degli strumenti per la corretta valutazione dei rischi da sovraccarico biomeccanico e la riduzione dell'esposizione al rischio.
Rischi e management dei rischi.	Rischi: mancata denuncia ex art. 139 DPR 1124/65 da parte dei medici certificatori, soprattutto del comparto agricolo, in presenza di certificazione ex art. 52-53 DPR 1124/65. Management dei rischi: sensibilizzazione dei medici certificatori nell'ambito

	dell'azione 7.2.2.
Sostenibilità	L'azione è sostenibile

### Cronoprogramma azione P-7.2.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	I V	I	II	III	I V	I	II	III	I V	I	II	III	IV
<b>P-7.2.3.1</b> Formazione operatori SPreSAL	Assessorato Sanità ASL Capofila in materia di agricoltura con la collaborazione del GdP allargato														
<b>P-7.2.3.2</b> Definizione procedura di indagine sulle malattie professionali riferita specificamente alle patologie osteo-articolari	GdP allargato														
<b>P-7.2.3.3</b> Analisi dei fattori di rischio	SPreSAL														
<b>P-7.2.3.4</b> Incontri con RSPP, RLS, Medici Competenti	SPreSAL														

## Programma P-7.3: Consolidamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato

### Descrizione del programma

Nell'ambito delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro, il Comitato Regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008 (di seguito CRC), al cui interno è garantita la partecipazione rappresentativa delle istituzioni e degli enti competenti in materia e quella delle parti sociali, riveste fondamentale importanza.

Nel corso degli ultimi anni è stato profuso notevole impegno per attivare e rendere operativi il Comitato e i relativi organi, costituiti dall'Ufficio Operativo Regionale e dagli otto Organismi Provinciali.

Ora - oltre alla necessità di sostenere l'efficace funzionamento del CRC e del relativo Ufficio Operativo, la programmazione coordinata della vigilanza con la definizione di piani operativi integrati di vigilanza coordinata e congiunta (anche al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazione degli interventi) e il monitoraggio delle attività svolte per verificare il raggiungimento degli obiettivi, come previsto nel Programma "P-7.1" - si rende anche necessario consolidare il coordinamento tra istituzioni e partenariato con le azioni previste nel presente Programma "P-7.3", coerenti con il PNP 2014-2018, concernenti:

- la programmazione di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)/Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale (RLST) e della bilateralità, da adottare in seno al CRC; più in particolare, si prevede di predisporre ed adottare un documento di programmazione di azioni di promozione mirate a sostenere le figure degli RLS/RLST e degli Enti Bilaterali, attraverso un percorso comprendente le successive 5 fasi con le seguenti tempistiche:
  - costituzione di un Gruppo di Lavoro in seno al CRC (1<sup>a</sup> fase), ricognizione degli RLS e RLST (2<sup>a</sup> fase) e redazione della prima bozza del documento di programmazione entro il 2016 (3<sup>a</sup> fase),
  - confronto con RLS, RLST ed Enti Bilaterali con eventuale adeguamento della bozza entro il 2017 (4<sup>a</sup> fase),
  - analisi ed adozione, previo eventuale ulteriore adeguamento, del documento di programmazione da parte del CRC entro il 2018 (5<sup>a</sup> fase);
- la programmazione di azioni di promozione di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale d'impresa, da adottare in seno al CRC; più in particolare, si prevede di predisporre ed adottare un documento di programmazione di azioni di promozione di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale d'impresa, attraverso un percorso comprendente le successive 4 fasi con le seguenti tempistiche:
  - costituzione di un Gruppo di Lavoro in seno al CRC (1<sup>a</sup> fase) e ricognizione delle buone prassi e dei percorsi di responsabilità sociale entro il 2016 (2<sup>a</sup> fase),
  - redazione della prima bozza del documento di programmazione entro il 2017 (3<sup>a</sup> fase),
  - analisi ed adozione, previo eventuale adeguamento, del documento di programmazione da parte del CRC entro il 2018 (4<sup>a</sup> fase);
- la prevenzione del rischio stress lavoro correlato (SLC) e la promozione del benessere organizzativo; al riguardo si precisa che il CRC, nella seduta del 10.7.2013, si è già espresso favorevolmente condividendo l'importanza della tematica e la programmazione prevista all'interno del progetto CCM "Piano di monitoraggio e d'intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro-correlato". Pertanto, le attività relative a questa azione si svilupperanno, relativamente agli anni 2015 e 2016, nell'ambito di quelle previste dal predetto progetto CCM, affidato dal Ministero della Salute all'INAIL a cui partecipano 16 regioni, tra cui la Sardegna, con il coordinamento della Regione Lazio. Tale progetto, in linea anche con il progetto interregionale "Piano Nazionale di Prevenzione del Rischio Stress Lavoro Correlato/Promozione Benessere Organizzativo attività 2014-2018" condiviso ed approvato dalla Commissione Salute nella seduta del 6.5.2015, offre l'opportunità di sviluppare attività coordinate nell'ottica di fornire soluzioni alle principali priorità identificate in questo ambito, in particolare:
  - il monitoraggio dell'efficacia della metodologia proposta per la rilevazione e la gestione del rischio da SLC in maniera integrata ed al pari di tutti gli altri rischi, del suo impatto e dell'ottimizzazione sulla base dell'analisi dei bisogni,
  - il rafforzamento delle competenze delle figure della prevenzione afferenti al Sistema Sanitario Nazionale, con particolare riferimento agli Organi di Vigilanza,
  - la realizzazione di iniziative informative nei confronti di aziende e figure della prevenzione aziendali, in particolare RLS, al fine di diffondere le conoscenze sulla prevenzione del rischio SLC e promuovere il benessere organizzativo,
  - il monitoraggio dello stato di attuazione dell'obbligo, anche sulla base dei programmi di vigilanza attuati e programmati,



- la messa a punto di azioni verificabili atte ad aumentare i livelli di sicurezza nei luoghi di lavoro, in tema di SLC, Relativamente agli anni 2017 e 2018, - oltre a proseguire le attività informative per le aziende e le figure della prevenzione aziendale, in particolare RLS - nell'ambito delle ordinarie attività di vigilanza degli SPreSAL verrà verificata l'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC su una percentuale delle aziende vigilate, scelte secondo criteri di priorità da definirsi anche in base alle risultanze del progetto CCM succitato.

Misure per le disuguaglianze: verranno tenuti in particolare considerazione i gruppi di lavoratori più a rischio per lo Stress Lavoro Correlato, quali i lavoratori con rapporti di lavoro non stabile, le donne, gli anziani. Ad essi sarà dedicata particolare attenzione nelle valutazioni effettuate nelle aziende.

## Obiettivi generali e Indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P-7.3: Consolidamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato</b>	7.3 Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	7.3-4-5.1 Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: - il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità - la promozione della responsabilità sociale d'impresa - la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative	Solo alcune Regioni programmano azioni di promozione	0	100% Tutte le regioni programmano azioni di promozione	Programmazione azioni di promozione
	7.4 Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale					
	7.5 Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende					

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P-7.3

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P-7.3.1 Programmazione di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità, da adottare in seno al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs.81/08 (CRC)</b>	Predisporre e adottare un documento di programmazione di azioni di promozione mirate a sostenere le figure degli RLS/RLST e degli Enti Bilaterali, attraverso le fasi di costituzione di un Gruppo di Lavoro in seno al CRC (1 <sup>a</sup> fase), ricognizione degli RLS e RLST (2 <sup>a</sup> fase) e redazione della prima bozza del documento di	Proporzione di fasi svolte rispetto a quelle previste per la predisposizione e l'adozione del documento di programmazione e di azioni di promozione del ruolo di RLS/RLST e della bilateralità <b>(Indicatore sentinella)*</b>	Verbalì riunioni GdL, verbalì riunioni CRC, evidenza del documento di programmazione	$\frac{\text{Numeratore: n. di fasi svolte} \times 100}{\text{Denominatore: n. complessivo di fasi stabilite (n. 5)}}$	0%  (= 0 fasi su 5 fasi x 100)		60%  (= 3 fasi su 5 fasi x 100)	80%  (= 4 fasi su 5 fasi x 100)	100%  (= 5 fasi su 5 fasi x 100)



Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
	programmazione (3 <sup>a</sup> fase) entro il 2016, confronto con RLS, RLST ed Enti Bilaterali con eventuale adeguamento della bozza (4 <sup>a</sup> fase) entro il 2017, analisi ed adozione, previo eventuale ulteriore adeguamento, del documento di programmazione da parte del CRC (5 <sup>a</sup> fase) entro il 2018.								
<b>P-7.3.2 Programmazione di azioni di promozione di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale d'impresa, da adottare in seno al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs.81/08 (CRC)</b>	Predisporre e adottare un documento di programmazione di azioni di promozione di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale d'impresa, attraverso le fasi di costituzione di un Gruppo di Lavoro in seno al CRC (1 <sup>a</sup> fase) e ricognizione delle buone prassi e dei percorsi di responsabilità sociale (2 <sup>a</sup> fase) entro il 2016, redazione della prima bozza del documento di programmazione (3 <sup>a</sup> fase) entro il 2017, analisi ed adozione, previo eventuale adeguamento, del documento di programmazione da parte del CRC (4 <sup>a</sup> fase) entro il 2018	Proporzione di fasi svolte rispetto a quelle previste per la predisposizione e l'adozione del documento di programmazione e per le azioni di promozione delle buone prassi e dei percorsi di responsabilità sociale ( <b>Indicatore sentinella</b> )*	Verbali riunioni GdL, verbali riunioni CRC, evidenza del documento di programmazione	<i>Numeratore:</i> n. di fasi svolte x 100 <i>Denominatore:</i> n. complessivo di fasi stabilite (n. 4)	0%  (= 0 fasi su 4 fasi x 100)		50%  (= 2 fasi su 4 fasi x 100)	75%  (= 3 fasi su 4 fasi x 100)	100%  (= 4 fasi su 4 fasi x 100)
<b>P-7.3.3 Prevenzione del rischio stress lavoro correlato</b>	Contribuire all'ottimizzazione della valutazione e gestione dello	Proporzione di aziende in cui è stata fatta la rilevazione	Schede di rilevazione del progetto CCM compilate dagli	<i>Numeratore:</i> n. di aziende in cui è stata fatta la	0%	80% del campione	20% del campione assegni		

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
(SLC) e promozione del benessere organizzativo	stress lavoro-correlato	delle modalità di gestione del rischio stress lavoro-correlato con la scheda di rilevazione del progetto CCM (2015-2016), rispetto a quelle stabilite	SPreSAL delle ASL	rilevazione con la scheda del progetto CCM x 100 <i>Denominatore:</i> n. 32 aziende (campione assegnato nell'ambito del progetto CCM)		assegnato	nato		
		Proporzione di iniziative informative realizzate dagli SPreSAL di ogni ASL nei confronti di aziende e figure della prevenzione aziendali, in particolare RLS, rispetto a quelle stabilite ( <b>Indicatore sentinella</b> )**	Registri ASL (SPreSAL) di raccolta firme di partecipazione all'iniziativa	<i>Numeratore:</i> n. iniziative informative realizzate dagli SPreSAL delle ASL x 100 <i>Denominatore:</i> n. iniziative informative previste (1 all'anno in ciascuna ASL, a partire dal 2016)	0%		100%	100%	100%
		Proporzione di aziende in cui è stata verificata l'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC nell'ambito delle attività di vigilanza	Schede di rilevazione dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL delle ASL	<i>Numeratore:</i> n. di aziende in cui è stato verificato l'obbligo di valutazione dello SLC x 100 <i>Denominatore:</i> n. di aziende vigilate	ND		0,2% del totale delle aziende vigilate	0,4% del totale delle aziende vigilate	0,5% del totale delle aziende vigilate

\* per le azioni P.7.3.1 e P.7.3.2, quale indicatore sentinella è stato scelto quello relativo alla proporzione di fasi svolte rispetto a quelle previste per la predisposizione e l'adozione del documento di programmazione di azioni di promozione, rispettivamente, del ruolo di RLS/RLST e della bilateralità e delle buone prassi e dei percorsi di responsabilità sociale, in quanto appare il più idoneo a valutare e documentare l'avanzamento del programma verso il raggiungimento degli obiettivi specifici;

\*\* per l'azione P.7.3.3, quale indicatore sentinella è stato scelto quello relativo alla proporzione di iniziative informative realizzate dagli SPreSAL di ogni ASL nei confronti di aziende e figure della prevenzione aziendali, in particolare RLS, rispetto a quelle stabilite, considerata l'importanza di tali iniziative per la diffusione delle conoscenze sulla prevenzione del rischio SLC e la promozione del benessere organizzativo.

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.3.1

Azione P-7.3.1	<b>Programmazione di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità, da adottare in seno al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs.81/08 (CRC)</b>
Descrizione	L'azione P-7.3.1 mira a sostenere il ruolo degli RLS/RLST e degli Enti Bilaterali attraverso l'adozione, da parte del CRC, di un documento di programmazione di azioni di promozione orientate in tal senso.



	<p>Le attività per raggiungere questo obiettivo sono pianificate anno per anno, affinché il loro sviluppo possa essere monitorato a garanzia del corretto svolgimento dell'azione.</p> <p>Nel 2016 si svolgeranno le prime 3 fasi, dedicate alla costituzione di un Gruppo di Lavoro, che avvierà le attività, alla ricognizione degli RLS e RLST (mirata anche ad individuare alcuni rappresentanti che potranno integrare il Gruppo di Lavoro) e alla redazione della prima bozza del documento di programmazione.</p> <p>Nel 2017 la bozza del documento sarà oggetto di confronto con i diretti interessati (RLS, RLST ed Enti Bilaterali) attraverso degli incontri a livello di ciascuna ASL, organizzati da ogni SPreSAL, sulla base dei quali si potrà provvedere all'adeguamento della bozza medesima.</p> <p>Nel 2018 il documento verrà sottoposto al CRC per l'adozione. Il gruppo di lavoro, su richiesta del CRC, potrà apportare eventuali ulteriori adeguamenti per giungere alla versione definitiva che dovrà essere adottata entro il 2018.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	RLS/RLST e Enti Bilaterali
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Fanno parte dei gruppi di interesse di questa azione, oltre al gruppo beneficiario prioritario, le figure della prevenzione aziendale, i lavoratori in generale, le aziende della Sardegna, gli SPreSAL delle ASL, l'INAIL, le DTL, altre istituzioni ed enti competenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro, le parti sociali
Prove di efficacia	Il documento di programmazione che scaturirà dalla presente Azione si baserà su prove di efficacia, buone pratiche, interventi già sperimentati e validati in altre realtà
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'azione è caratterizzata da un'ampia transversalità in quanto in seno al CRC, oltre al settore sanitario, sono rappresentati l'ARPAS, la DRL (ora DIL) del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, i Vigili del Fuoco, l'INAIL, l'INPS; l'ANCI Sardegna, l'USMAF, le Direzioni Marittime, le Autorità Portuali, l'ENAC, l'Assessorato dell'Agricoltura e Riforma Agro-Pastorale, l'Assessorato della Difesa dell'Ambiente, l'Assessorato degli Enti Locali, Finanze e Urbanistica, l'Assessorato dell'Industria, l'Assessorato dei Lavori Pubblici, Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale, l'Assessorato della Pubblica Istruzione, Beni Culturali, Informazione, Spettacolo e Sport, l'Assessorato dei Trasporti, l'Assessorato del Turismo, Artigianato e Commercio, i Rappresentanti dei Lavoratori e i Rappresentanti dei Datori di Lavoro.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-7.3.1.1</b> Costituzione di un Gruppo di Lavoro	Sarà costituito, nel 2016, un Gruppo di Lavoro composto, oltre che dal Gruppo di Programmazione, da Rappresentanti in seno al CRC (o da loro delegati), in particolare Rappresentanti degli SPreSAL, dell'INAIL, della DIL e delle Parti Sociali, a cui si potranno aggiungere RLS/RLST e rappresentanti degli Enti Bilaterali
<b>P-7.3.1.2</b> Ricognizione degli RLS/RLST	Verrà effettuata, nel 2016, la ricognizione, principalmente attraverso la banca dati INAIL, dei nominativi degli RLS, possibilmente suddivisi per comparti produttivi e per ASL. Alcuni rappresentanti saranno invitati a fare parte del Gruppo di Lavoro.
<b>P-7.3.1.3</b> Redazione bozza del documento di programmazione	Verrà redatta, sempre nel 2016, la prima bozza del documento di programmazione di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità.
<b>P-7.3.1.4</b> Programmazione e realizzazione incontri in-formativi con RLS, RLST ed Enti Bilaterali per confronto su bozza documento e suo eventuale adeguamento	Saranno programmati e realizzati, dagli SPreSAL delle ASL, degli incontri informativi, in misura di uno per ASL, da svolgersi nel 2017, rivolti a RLS/RLST e Enti Bilaterali. Verrà presentata la bozza del documento di programmazione, affinché dal confronto con i diretti interessati scaturiscano eventuali modifiche/integrazioni da apportare al documento prima di presentarlo al CRC
<b>P-7.3.1.5</b> Analisi ed adozione, previo	Il Documento di programmazione verrà sottoposto al CRC per l'esame e l'adozione. Il Gruppo di Lavoro, su richiesta del CRC, apporterà eventuali ulteriori

eventuale adeguamento, del documento di programmazione da parte del CRC	adeguamenti per giungere alla versione definitiva che dovrà essere adottata entro il 2018.
Rischi e management dei rischi	Il rischio potrebbe essere la non completa partecipazione da parte dei beneficiari, che sarà evitato dedicando particolare attenzione a livello territoriale, da parte degli SPreSAL, nei confronti di RLS/RLST e Enti Bilaterali.
Sostenibilità	L'azione ha necessità di finanziamento per la parte relativa agli incontri informativi.

## Cronoprogramma azione P-7.3.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P-7.3.1.1</b> Costituzione di un gruppo di lavoro	Assessorato Sanità e CRC															
<b>P-7.3.1.2</b> Ricognizione degli RLS/RLST	Gruppo di Lavoro + INAIL															
<b>P-7.3.1.3</b> Redazione bozza del documento di programmazione	Gruppo di Lavoro															
<b>P-7.3.1.4</b> Programmazione e realizzazione incontri in-formativi con RLS, RLST ed Enti Bilaterali per confronto su bozza documento e suo eventuale adeguamento	Gruppo di Lavoro + SPreSAL															
<b>P-7.3.1.5</b> Analisi ed adozione, previo eventuale adeguamento, del documento di programmazione da parte del CRC	CRC															

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.3.2

<b>Azione P-7.3.2</b>	<b>Programmazione di azioni di promozione di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale d'impresa, da adottare in seno al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs.81/08 (CRC)</b>
Descrizione	L'azione P-7.3.2 prevede la programmazione di azioni di promozione orientate a incoraggiare e stimolare le imprese ad adottare buone prassi e ad intraprendere percorsi di responsabilità sociale. Nel 2016 si svolgeranno le prime 2 fasi, dedicate alla costituzione di un Gruppo di Lavoro e alla ricognizione delle buone prassi e dei percorsi di responsabilità sociale, nonché delle aziende che in Sardegna si sono distinte in questo ambito, invitando anche alcuni rappresentanti delle medesime a fare parte del Gruppo di Lavoro. Nel 2017 il Gruppo di Lavoro redigerà la bozza del documento di programmazione. Nel 2018 il documento verrà sottoposto al CRC per l'adozione. Il Gruppo di Lavoro, su richiesta del CRC, apporgerà eventuali adeguamenti per giungere alla versione definitiva che dovrà essere adottata entro il 2018.
Gruppo beneficiario prioritario	Aziende, figure della prevenzione aziendale, lavoratori
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Fanno parte dei gruppi di interesse, oltre al gruppo beneficiario prioritario, gli SPreSAL, l'INAIL, le DTL, altre istituzioni ed enti competenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro, le parti sociali
Prove di efficacia	Il documento di programmazione che scaturirà dalla presente Azione si baserà sulle esistenti buone prassi e sulle raccomandazioni dei competenti organismi nazionali e internazionali in materia

Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'azione è caratterizzata da un'ampia trasversalità in quanto in seno al CRC, oltre al settore sanitario, sono rappresentati l'ARPAS, la DRL (ora DIL) del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, i Vigili del Fuoco, l'INAIL, l'INPS; l'ANCI Sardegna, l'USMAF, le Direzioni Marittime, le Autorità Portuali, l'ENAC, l'Assessorato dell'Agricoltura e Riforma Agro-Pastorale, l'Assessorato della Difesa dell'Ambiente, l'Assessorato degli Enti Locali, Finanze e Urbanistica, l'Assessorato dell'Industria, l'Assessorato dei Lavori Pubblici, Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale, l'Assessorato della Pubblica Istruzione, Beni Culturali, Informazione, Spettacolo e Sport, l'Assessorato dei Trasporti, l'Assessorato del Turismo, Artigianato e Commercio, i Rappresentanti dei Lavoratori e i Rappresentanti dei Datori di Lavoro.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-7.3.2.1</b> Costituzione di un Gruppo di Lavoro	Sarà costituito, nel 2016, un Gruppo di Lavoro composto, oltre che dal Gruppo di Programmazione, da Rappresentanti in seno al CRC (o da loro delegati), in particolare Rappresentanti degli SPreSAL, della DIL, dell'INAIL, delle Parti Sociali, a cui si potranno aggiungere esperti esterni e/o rappresentanti delle "migliori realtà" aziendali in campo di responsabilità sociale.
<b>P-7.3.2.2</b> Ricognizione delle buone prassi e dei percorsi di responsabilità sociale nonché delle aziende che in Sardegna si sono distinte in questo ambito	Verrà effettuata, nel 2016, la ricognizione delle buone prassi, validate dalla Commissione Consultiva Permanente, e dei percorsi di responsabilità sociale; sarà effettuata anche la ricognizione delle aziende che in Sardegna si sono distinte in questo ambito, invitando anche alcuni rappresentanti delle medesime a fare parte del Gruppo di Lavoro.
<b>P-7.3.2.3</b> Redazione bozza del documento di programmazione	Il Gruppo di Lavoro redigerà, nel 2017, la bozza del documento di programmazione di azioni di promozione di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale d'impresa.
<b>P-7.3.2.4</b> Analisi ed adozione, previo eventuale adeguamento, del documento di programmazione da parte del CRC	Nel 2018 il Documento di programmazione verrà sottoposto al CRC per l'esame e l'adozione. Il Gruppo di Lavoro, su richiesta del CRC, apporterà eventuali adeguamenti per giungere alla versione definitiva che dovrà essere adottata entro il 2018.
Rischi e management dei rischi	Il rischio potrebbe essere la difficoltà ad identificare percorsi di responsabilità sociale applicabili in Sardegna: si ovvierà a questo rischio con il coinvolgimento di rappresentanti delle aziende che in Sardegna si sono distinte in questo ambito.
Sostenibilità	L'azione è sostenibile

## Cronoprogramma azione P-7.3.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P-7.3.2.1</b> Costituzione di un gruppo di lavoro	Assessorato Sanità e CRC														
<b>P-7.3.2.2</b> Ricognizione delle buone prassi e dei percorsi di responsabilità sociale nonché delle aziende che in Sardegna si sono distinte in questo ambito	Gruppo di lavoro + INAIL														
<b>P-7.3.2.3</b> Redazione bozza del documento di programmazione	Gruppo di Lavoro														
<b>P-7.3.2.4</b> Analisi ed adozione, previo eventuale adeguamento, del documento di programmazione da parte del CRC	CRC														

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.3.3

<b>Azione P-7.3.3</b>	<b>Prevenzione del rischio stress lavoro correlato e promozione del benessere organizzativo</b>
Descrizione	L'azione P-7.3.3 si sviluppa attraverso l'articolazione di due fasi: una prima fase (2015-2016) di attuazione degli obiettivi del progetto CCM "Piano di monitoraggio e d'intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro-correlato" affidato dal Ministero della Salute all'INAIL a cui partecipano 16 regioni, tra cui la Sardegna, con il coordinamento della Regione Lazio. Durante questa fase verrà completata la formazione degli operatori SPreSAL delle ASL, verranno avviate le attività informative per le aziende e verrà effettuata la rilevazione in un campione di aziende individuato dal progetto. Nella fase successiva (2017-2018) verranno portate avanti ulteriori attività informative e di assistenza per le aziende e verrà verificata l'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC su una percentuale delle aziende vigilate, scelte secondo criteri di priorità da definirsi anche in base alle risultanze dello stesso progetto CCM.
Gruppo beneficiario prioritario	Il Gruppo beneficiario prioritario è costituito dai lavoratori, in particolare dai lavoratori più a rischio per lo SLC (quali lavoratori con rapporti di lavoro non stabile, donne, anziani, immigrati), dalle aziende e dalle figure della prevenzione aziendale, in particolare gli RLS
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro delle aziende
Gruppi di interesse	Fanno parte dei gruppi di interesse, oltre al gruppo beneficiario prioritario, gli SPreSAL, l'INAIL, le DTL, altre istituzioni/enti competenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro, le parti sociali
Prove di efficacia	Quick Reference Guide: Linee guida inglesi per la promozione del benessere mentale nei luoghi di lavoro NICE 2009 <a href="http://www.nice.org.uk/guidance/ph22/resources/guidance-promoting-mental-wellbeing-at-work-pdf">http://www.nice.org.uk/guidance/ph22/resources/guidance-promoting-mental-wellbeing-at-work-pdf</a> . Quanto previsto nella presente azione è pure in linea con la Campagna "Insieme per la prevenzione e la gestione dello stress lavoro correlato" lanciata per il biennio 2015-2016 dall'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, che ha al fine di sensibilizzare sul crescente problema dello stress lavoro-correlato e rischi psicosociali, fornire e promuovere l'uso di semplici strumenti pratici e linee guida per la gestione dei rischi psicosociali e dello stress sul posto di lavoro, evidenziare gli effetti positivi della gestione dei rischi psicosociali e dello stress sul posto di lavoro. Il sistema di rilevazione utilizzato per le aziende in Sardegna è quello messo a punto nel progetto CCM che sarà testato e confrontato con le analoghe rilevazioni nelle altre regioni partecipanti al progetto.
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	Oltre al settore sanitario, in generale tutti settori produttivi.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-7.3.3.1</b> Costituzione di un gruppo di lavoro	Costituzione di un Gruppo di Lavoro composto da operatori SPreSAL delle ASL che hanno partecipato al corso di formazione "La gestione dello Stress Lavoro-Correlato: strumenti per le attività di assistenza e vigilanza" tenutosi a Roma, in tre edizioni, a giugno e settembre 2013 e a Novembre 2014; il Gruppo di Lavoro potrà essere integrato con altre figure professionali.
<b>P-7.3.3.2</b> Pianificazione delle attività	Il Gruppo di Lavoro dovrà pianificare le attività, a partire dalla formazione a favore dei colleghi che non hanno partecipato al suddetto corso. Verranno inoltre pianificate le iniziative di informazione e divulgazione e le attività di rilevazione presso le aziende.
<b>P-7.3.3.3</b> Organizzazione e realizzazione della formazione degli operatori SPreSAL	Questa attività è stata in parte già svolta in quanto le attività di formazione rivolte agli operatori degli SPreSAL della Sardegna sono iniziate nel 2013, con un corso della durata di due giorni, organizzato a livello interregionale e svoltosi a Roma. In particolare si sono svolte due edizioni nel mese di giugno e settembre 2013 a cui



	<p>hanno partecipato 4 operatori delle ASL di Sassari, Oristano, Olbia e Cagliari. Nel novembre 2014 si è svolta l'edizione laziale del corso all'interno del progetto CCM, a cui hanno partecipato altri 7 operatori della Sardegna provenienti dai Servizi PreSAL delle ASL di Cagliari, Oristano, Lanusei, Sassari, Nuoro, Sanluri.</p> <p>Verrà organizzato, a cura del GdL e della ASL capofila, un corso di formazione in cui i succitati operatori già formati terranno, in qualità di docenti, un corso di formazione a cascata, rivolto ai colleghi che non hanno partecipato al corso svoltosi a Roma, da tenersi presso lo SPreSAL della ASL di Cagliari, capofila in materia di prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative e da stress lavoro correlato e di promozione di programmi di miglioramento del benessere organizzativo.</p>
<b>P-7.3.3.4</b> Rilevazione della valutazione e gestione dello SLC in un campione di aziende e caricamento dati nella piattaforma predisposta da INAIL	<p>Come previsto nell'ambito del progetto CCM, verrà verificata la modalità di valutazione e gestione dello SLC in azienda, attraverso la rilevazione nel campione individuato di 32 aziende di diversa grandezza e afferenti a diversi settori ATECO.</p> <p>Lo strumento condiviso da utilizzare per tale rilevazione è stato predisposto nell'ambito del progetto CCM ed è costituito da una scheda di rilevazione definita dal lavoro comune di tutti i partners. Il campione è stato individuato da INAIL secondo criteri di rappresentatività statistica (in relazione alla dimensione aziendale e al macrosettore economico) ed assegnato alle ASL di ciascuna regione. I dati reperiti con le schede di rilevazione compilate presso le aziende dovranno essere inseriti dagli SPreSAL nella piattaforma on line del sito istituzionale INAIL.</p>
<b>P-7.3.3.5</b> Realizzazione di iniziative informative nei confronti di aziende e figure della prevenzione aziendali, in particolare RLS	<p>Al fine di diffondere le conoscenze e promuovere la politica di prevenzione del rischio SLC, prima di procedere alla successiva attività di ispezione nelle aziende vigilate, le ASL organizzeranno apposite iniziative informative. In particolare ciascuno SPreSAL delle ASL realizzerà, entro il mese di settembre 2016, almeno un'iniziativa informativa per le aziende del proprio territorio di riferimento e le figure della prevenzione aziendale, in particolare RLS, per un miglioramento dell'approccio alla valutazione e gestione del rischio di Stress Lavoro Correlato.</p> <p>Inoltre, verrà diffuso il materiale informativo sul rischio stress lavoro-correlato prodotti nell'ambito del progetto CCM, principalmente alle aziende coinvolte, e mediante la pubblicazione on line di tale materiale sul sito di ciascuna ASL e in quello della Regione.</p> <p>Inoltre ciascuno SPreSAL procederà negli anni successivi (2017 e 2018) a fornire informazioni e assistenza, mediante appositi incontri, anche in relazione all'utilizzo, con l'eventuale coinvolgimento dell'INAIL (previa sottoscrizione di protocollo di collaborazione), dell'apposito software online ad uso delle imprese sviluppato dal Dipartimento Medicina del Lavoro (ex ISPESL) disponibile sul sito dell'INAIL.</p>
<b>P-7.3.3.6</b> Verifica dell'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC nell'ambito delle attività di vigilanza	<p>Dall'ultimo trimestre 2016 e per gli anni 2017 e 2018, inizierà l'attività di verifica dell'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC nell'ambito delle attività di vigilanza.</p> <p>Le aziende sottoposte a rilevazione per il rischio stress lavoro correlato saranno una percentuale di quelle ispezionate dalle ASL (lo 0,2% nel 2016, lo 0,4% nel 2017 e lo 0,5% nel 2018), secondo criteri di priorità e rilevanza del rischio, come la presenza di lavoratori a rischio, e anche in relazione ai risultati della rilevazione del progetto CCM.</p>
Rischi e management dei rischi	<p>Un possibile rischio può essere individuato nella sottovalutazione da parte delle imprese della rilevanza della problematica relativa allo stress lavoro correlato e dell'importanza del benessere organizzativo, a cui si cercherà di ovviare con attività di sensibilizzazione nell'ambito dei previsti incontri, finalizzati anche a documentare che un miglioramento dell'approccio alla valutazione e gestione del rischio stress lavoro correlato può voler dire una maggiore efficienza e un deciso miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro, con conseguenti benefici economici e sociali per le aziende, i lavoratori e la società nel suo insieme.</p>
Sostenibilità	<p>L'azione si inserirà nelle ordinarie attività di prevenzione e vigilanza degli SPreSAL.</p>





## Cronoprogramma azione P-7.3.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P-7.3.3.1</b> Costituzione di un gruppo di lavoro (GdL)	Assessorato Sanità														
<b>P-7.3.3.2</b> Pianificazione delle attività	GdL														
<b>P-7.3.3.3</b> Organizzazione e realizzazione della formazione di operatori SPreSAL delle ASL	GdL + ASL CAPOFILA														
<b>P-7.3.3.4</b> Rilevazione della valutazione e gestione dello SLC in un campione di aziende e caricamento dei dati delle schede di rilevazione nella piattaforma predisposta da INAIL	SPreSAL														
<b>P-7.3.3.5</b> Realizzazione di iniziative informative e assistenza nei confronti di aziende e figure della prevenzione aziendali	SPreSAL														
<b>P-7.3.3.6</b> Verifica dell'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC nell'ambito delle attività di vigilanza	SPreSAL														

## Programma P-7.4 Miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e della compliance

### Descrizione del programma

Nell'ambito del presente Programma P-7.4 la Regione Sardegna, al fine di migliorare l'efficacia delle attività di controllo e della compliance, intende:

- rafforzare l'utilizzo dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, con particolare riferimento
  - al Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi Infor.Mo,
  - al Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf",
  - ai Flussi Informativi Inail/Regioni per la prevenzione nei luoghi di lavoro,
  - al sistema informativo dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria ex art. 40 D.Lgs. 81/08,
  - al flusso informativo dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione degli SPreSAL delle ASL, per il monitoraggio dei rischi per la salute e la sicurezza, la sorveglianza del fenomeno infortunistico e delle malattie professionali e la programmazione e valutazione degli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro;
- facilitare la trasmissione della documentazione dovuta da parte di committenti e imprese alle ASL e agli Enti competenti in materia
  - stimolando una maggior spinta all'utilizzo della piattaforma informatica web realizzata per la trasmissione on line delle notifiche preliminari cantieri (ex art. 99 D.Lgs. 81/2008), attraverso il prosieguo delle attività di divulgazione e informazione già avviate, garantendo il supporto ai fruitori del sistema e raccogliendo eventuali criticità che possono essere rilevate, con successiva adozione di azioni di miglioramento;
  - sviluppando una piattaforma informatica web amianto per la trasmissione dei piani di lavoro/notifiche (ex artt. 250 e 256 D.Lgs. 81/2008) per i lavori di bonifica amianto da effettuare e della relazione annuale (ex art. 9, c.1, L. 257/1992) descrittiva delle attività di bonifica realizzate da parte delle imprese;
- facilitare l'accesso dei lavoratori e delle imprese alle attività di informazione e assistenza, attraverso la piena operatività, in ogni SPreSAL, dello "sportello informativo per la sicurezza", a cui rivolgersi direttamente o attraverso apposita linea telefonica/telematica;
- migliorare la qualità e l'uniformità delle attività di vigilanza, svolte dagli SPreSAL delle ASL, mediante la definizione e la condivisione di procedure di controllo orientate alle priorità e all'efficacia preventiva sostanziale e finalizzate a garantire, nel contempo, omogeneità e trasparenza, da approvare come atti di indirizzo in sede di Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/2008; più in particolare si ritiene necessario definire le procedure relative:
  - all'attività di indagine sulle malattie professionali,
  - all'attività di vigilanza nel settore edilizia,
  - all'applicazione del Titolo III del D.Lgs. 81/2008 e della nuova Direttiva Macchine di cui al D.Lgs. 17/2010, da svilupparsi una per ogni anno nel corso del triennio 2016-2018.

Inoltre, poiché, allo stato attuale gli SPreSAL non possiedono ancora le competenze necessarie per sostenere la metodologia audit per la verifica dei programmi di prevenzione adottati dalle aziende del territorio, si prevede di effettuare iniziative formative, anche in modalità e-learning, sui principali Modelli di organizzazione e gestione (MOG) e sui Sistemi di gestione della sicurezza sul lavoro (SGSL), che pur essendo dei sistemi volontari potranno fornire gli strumenti anche per la valutazione delle metodologie audit da utilizzarsi.

Al fine di migliorare l'efficacia delle attività di controllo e della compliance si renderà necessario, peraltro, adeguare le dotazioni organiche degli SPreSAL con personale a tempo indeterminato - secondo quanto stabilito, con l'obiettivo di "allineare la Sardegna alle realtà più avanzate", nelle DGR n. 60/25 del 5.11.2008 e n. 37/36 del 30.7.2009 e nei relativi piani di riassetto organizzativo approvati - in quanto le assunzioni a tempo determinato, in essere in numerosi casi, non garantiscono l'efficacia e l'efficienza necessaria.

## Obiettivi generali e Indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P-7.4 Miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e della compliance</b>	7.1 Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni	7.1.1 Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	Solo alcune Regioni	0	100% Un Report all'anno in tutte le Regioni	Produzione di un Report all'anno
	7.8 Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit	7.8.1 Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio (Definizione operativa: Proporzione di Regioni che adottano gli atti (Comma 3 lettera c) art. 5 Dlgs 81/08 e dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo))	Solo alcune Regioni	0	100% Tutte le Regioni adottano gli atti di indirizzo	Adozione di atti di indirizzo

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P-7.4

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P-7.4.1 Implementazione sistemi e strumenti informativi in materia di salute e sicurezza sul lavoro</b>	Potenziare l'utilizzo nella Regione Sardegna dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro	Incremento del numero di malattie professionali inserite dagli SPreSAL delle ASL nel Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf" rispetto al numero medio annuo di malattie professionali inserite nel Sistema nel periodo 2013-2014 <b>(indicatore sentinella)*</b>	Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf"	<i>Numeratore:</i> (n. di Malattie Professionali inserite dagli SPRESAL nel Sistema di Sorveglianza MaProf nell'anno di riferimento meno il n. medio annuo di malattie professionali inserite dagli SPRESAL nel Sistema nel periodo 2013-2014) x 100 <i>Denominatore:</i> n. medio annuo di malattie professionali	+44% (Anno 2014) (= (771-536) x100/536)		+50%	+55%	+60%



Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
				inserite dagli SPRESAL nel Sistema di sorveglianza MalProf nel periodo 2013-2014 (n. 536)					
		Proporzione di infortuni gravi occorsi in tutti i comparti indagati, dagli SPreSAL delle ASL, con applicazione del modello "Sbagliando s'impara" e inseriti nel Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi "Infor.Mo" rispetto a quelli notificati agli SPreSAL delle ASL	Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi "Infor.Mo" ( <i>per il numeratore</i> )  Dati SPreSAL delle ASL su n. infortuni gravi notificati ai medesimi ( <i>per il denominatore</i> )	<i>Numeratore:</i> n. infortuni gravi occorsi in tutti i comparti indagati, dagli SPreSAL delle ASL, con applicazione del modello "Sbagliando s'impara" e inseriti nel Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi Infor.Mo x 100 <i>Denominatore:</i> n. infortuni gravi occorsi in tutti i comparti notificati agli SPreSAL delle ASL	ND		5%	10%	15%
<b>P-7.4.2 Semplificazioni nella trasmissione di documentazione e nell'accesso alle attività di informazione e assistenza da parte delle imprese</b>	Rafforzare l'adozione e l'utilizzo di apposite piattaforme informatiche web per le comunicazioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro	Incremento delle notifiche preliminari cantieri inserite, da committenti e responsabili dei lavori, nell'apposito applicativo web realizzato per la notifica preliminare cantieri on line "NPC WEB", rispetto alle notifiche inserite in tale applicativo nell'anno 2014 ( <b>indicatore sentinella</b> )**	Report direzionali applicativo "NPC WEB"	<i>Numeratore:</i> n. di notifiche preliminari cantieri inserite nell'applicativo "NPC WEB" nell'anno di riferimento meno il n. di notifiche inserite nell'applicativo nell'anno 2014) x 100 <i>Denominatore:</i> n. di notifiche inserite nell'applicativo nell'anno 2014 (n. 81)	0% (Anno 2014) (= (81-81) x100/81)	+50 %	+100 %	+150 %	+200 %



Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P-7.4.3 Miglioramento della qualità e uniformità delle attività di vigilanza</b>	Definire procedure finalizzate a garantire omogeneità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo, svolta dagli SpreSAL delle ASL, da approvare in Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/2008 come atti di indirizzo e da adottare con appositi provvedimenti regionali	Proporzione di procedure predisposte per uniformare l'attività di vigilanza e controllo, svolta dagli SpreSAL delle ASL, approvate in Comitato Regionale di Coordinamento o ex art. 7 D.Lgs. 81/2008 come atti di indirizzo, da adottare con appositi provvedimenti regionali, rispetto alle procedure complessive programmate per il periodo 2016-2018 <b>(indicatore sentinella)***</b>	Verbali sedute Comitato Regionale di Coordinamento, evidenza procedure approvate come atti di indirizzo	<i>Numeratore:</i> n. di procedure predisposte e approvate come atti di indirizzo x 100 <i>Denominatore:</i> n. di procedure programmate per il triennio 2016-2018 (n. 3)	0%	0%	33% (=1/3 x100)	67% (=2/3 x100)	100% (=3/3 x100)

\* E' stato scelto questo indicatore sentinella in quanto idoneo a monitorare e documentare, in generale, l'avanzamento nel grado di utilizzo dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, nello specifico, del sistema di sorveglianza nazionale sulle malattie professionali che riveste un'importanza fondamentale nell'ambito della complessiva strategia per la prevenzione delle patologie lavoro-correlate prevista nel presente PRP 2014-2018, considerato anche il fatto che nei precedenti PRP non erano presenti progetti in materia; inoltre, l'indicatore sentinella scelto è caratterizzato dall'essere facilmente e rapidamente misurabile anche a livello di singola ASL, consentendo di apportare, nell'immediato, misure correttive alle attività necessarie al conseguimento dell'obiettivo.

\*\* E' stato scelto questo indicatore sentinella sia in quanto adatto a monitorare l'avanzamento nel grado di utilizzo della piattaforma informatica web realizzata per semplificare la trasmissione da parte di committenti e imprese delle notifiche preliminari cantieri (obiettivo specifico di questa azione), sia in quanto consente di poter disporre di un'anagrafe aggiornata in tempo reale dei cantieri presenti sul territorio; inoltre, l'indicatore sentinella scelto è caratterizzato dall'essere facilmente e rapidamente misurabile anche a livello di singola ASL, consentendo di apportare, nell'immediato, misure correttive alle attività necessarie al conseguimento dell'obiettivo.

\*\*\* E' stato scelto questo indicatore sentinella in modo da poter monitorare quantitativamente il grado di realizzazione delle attività finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo specifico, importante per poter assicurare, con l'uniformità delle procedure, equità (le aziende avrebbero lo stesso tipo di controllo), certezza e trasparenza dell'attività di vigilanza.

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.4.1.

Azione P-7.4.1	<b>Implementazione sistemi e strumenti informativi in materia di salute e sicurezza sul lavoro</b>
Descrizione	<p>Di fondamentale importanza risultano i sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, che andranno a costituire il Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP) nei luoghi di lavoro di cui all'art. 8 del D.Lgs 81/08, che ha il fine di fornire dati utili per orientare, programmare, pianificare e valutare l'efficacia delle attività di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e per indirizzare le attività di vigilanza, attraverso l'utilizzo integrato delle informazioni disponibili negli attuali sistemi informativi, anche tramite l'integrazione di specifici archivi e la creazione di banche dati unificate.</p> <p>Con la presente azione - in attesa del decreto interministeriale di cui all'art. 8, c.4, del D.Lgs. 81/2008, che deve definire le regole tecniche per la realizzazione e il funzionamento del SINP - si intende rafforzare l'utilizzo dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, con particolare riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ai Flussi Informativi INAIL-Regioni per la prevenzione nei luoghi di lavoro,</li> <li>- al Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf",</li> <li>- al Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi "Infor.Mo",</li> <li>- al Sistema Informativo dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria ex art. 40 D.Lgs. 81/08,</li> <li>- al flusso informativo dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL.</li> </ul>
Gruppo beneficiario prioritario	Lavoratori
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	Oltre a lavoratori e loro rappresentanti, i medici competenti, gli operatori SPreSAL, l'INAIL, e, in generale, tutti gli operatori con funzioni di vigilanza e prevenzione in materia di sicurezza e salute sul lavoro
Prove di efficacia	<p>L'implementazione di sorveglianze, sistemi informativi, registri, costituisce una funzione strutturale di governance del sistema e conditio sine qua non della possibilità di raggiungere gli obiettivi di salute del PNP.</p> <p>Gli strumenti per la sorveglianza sono la vera guida dell'azione e componente essenziale della sanità pubblica, che serve a valutare i rischi di salute, i danni, i bisogni e possibilmente l'impatto degli interventi</p>
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Le attività proposte implicano trasversalità tra tutti gli Enti coinvolti nella gestione delle banche dati (INAIL, Assessorato Igiene e Sanità, SPreSAL, Medici Competenti, ecc.) e le aziende.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-7.4.1.1</b> Iniziativa formative sui Flussi Informativi INAIL-Regioni	Saranno organizzate iniziative formative sui Flussi Informativi INAIL-Regioni (la cui banca dati contiene l'archivio anagrafico delle PAT, gli archivi degli infortuni denunciati e definiti, delle malattie professionali denunciate e definite, etc., utili, tra l'altro, per la programmazione delle attività), per estendere ad altri operatori degli SPreSAL non ancora formati l'uso dei dati e approfondimenti sulle potenzialità del sistema per quelli già sottoposti a formazione di base.
<b>P-7.4.1.2</b> Rafforzamento dell'utilizzo del Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle	Verrà potenziata l'alimentazione, da parte degli SPreSAL delle ASL, del Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf". In particolare, gli operatori (n. 28) degli SPreSAL delle ASL sarde formati, a cui sono state rilasciate le credenziali di accesso per l'utilizzo dell'applicativo Ma.Pro.WEB di tale Sistema di Sorveglianza, dovranno esaminare le segnalazioni di patologie lavoro correlate secondo il modello strutturato MalProf (che consente di analizzare la possibile esistenza di nessi causali fra l'attività lavorativa e la patologia riscontrata nel lavoratore)



Malattie Professionali "MalProf"	ed alimentare il predetto Sistema di Sorveglianza, incrementando il numero di malattie professionali inserite nel medesimo, rispetto al numero medio annuo di malattie professionali inserite nel Sistema negli anni 2013-2014. Più precisamente, tale incremento dovrà essere pari al 50% nel 2016, al 55% nel 2017, al 60% nel 2018, rispetto al numero medio annuo di malattie professionali inserite nel Sistema nel periodo 2013-2014 (pari a 536 casi).
<b>P-7.4.1.3</b> Rafforzamento dell'utilizzo del Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi "Infor.Mo"	Sarà rafforzata l'alimentazione, da parte degli SPreSAL delle ASL, del Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi "Infor.Mo", che si prefigge di ricostruire la dinamica infortunistica per riconoscerne i fattori causali a scopo preventivo. Al riguardo, si evidenzia che, a seguito di appositi corsi di formazione, sono state richieste e ottenute, dal livello nazionale, le credenziali di accesso per 31 operatori SPreSAL delle ASL sarde, per poter operare nella base dati relativa al Sistema di Sorveglianza in argomento. Nello specifico, gli SPreSAL delle ASL dovranno effettuare l'indagine con applicazione del modello di analisi standardizzato "Sbagliando s'impara", oltre che su tutti gli infortuni mortali, anche su quelli gravi occorsi in occasione di lavoro in tutti i comparti, ed alimentare con le relative informazioni il suddetto Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi Infor.Mo. Più precisamente, verranno indagati e inseriti in tale Sistema di Sorveglianza da parte degli SPreSAL, oltre che tutti gli infortuni mortali, anche gli infortuni gravi occorsi in tutti i comparti, nelle seguenti proporzioni: 5% nel 2016, 10% nel 2017 e 15 % nel 2018, rispetto a quelli notificati agli SPreSAL, privilegiando gli infortuni gravi la cui dinamica infortunistica possa fornire indicazioni utili alle azioni di contrasto del fenomeno.
<b>P-7.4.1.4</b> Rafforzamento dell'utilizzo del sistema informativo dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria ex art. 40 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.	Si dovrà rafforzare l'utilizzo della piattaforma informatica web predisposta per la trasmissione delle informazioni relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, ai sensi dell'art. 40 del D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. e, per ultimo, del Decreto Interministeriale 6.8.2013, considerata l'importanza di questo flusso informativo per permettere ai Servizi pubblici competenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ma anche agli stessi Medici Competenti, di avere un controllo sul processo di sorveglianza sanitaria e informazioni utili per la mappatura dei rischi occupazionali e dei danni da lavoro. A tal fine gli SPreSAL delle ASL - abilitati all'accesso come organo di vigilanza, a cui il sistema informativo mette a disposizione i dati attraverso l'applicativo "Cruscotto di Monitoraggio" - dovranno, tra l'altro, in occasione di ogni incontro con i Medici Competenti promuovere l'utilizzo di tale piattaforma informatica web, richiamando anche che, ai sensi dell'art. 54 del DLgs 81/08, le strutture riceventi possono indicare formato e modalità per la trasmissione delle comunicazioni tramite sistemi informatizzati, evitando così differenti modalità (file pdf, word, ecc) non rispondenti alle specifiche del decreto ed incoerenti rispetto all'orientamento generale che è stato condiviso con la realizzazione dello strumento informatico univoco in ambito nazionale divenuto operativo dal 1° giugno 2013.
<b>P-7.4.1.5</b> Rafforzamento flusso informativo dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL delle ASL	Si dovrà provvedere all'implementazione, da parte degli SPreSAL, dei sistemi relativi alla registrazione e comunicazione dell'attività svolta. In particolare, il livello di dettaglio della registrazione delle attività svolte dovrà essere tale da poter rilevare e valutare anche gli ulteriori indicatori contenuti nei Programmi del presente Piano Regionale di Prevenzione facenti capo al Macro Obiettivo 7. Conseguentemente, il relativo flusso informativo dei dati sulle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL (da far pervenire all'Assessorato della Sanità entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento) dovrà comprendere anche questi ulteriori elementi.
Rischi e management dei rischi	
Sostenibilità	La sostenibilità nasce dall'impegno di rendere pubblici e comunicare periodicamente agli altri soggetti, Enti interessati, oltreché i dati relativi all'attività svolta e risultati raggiunti dagli SPreSAL, i dati relativi all'evoluzione dei danni da lavoro mediante elaborazione, pubblicazione e diffusione

delle informazioni derivanti dai Sistemi di Sorveglianza e dai Flussi Informativi INAIL-Regioni.

## Cronoprogramma azione P-7.4.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P-7.4.1.1</b> Iniziative formative sui Flussi Informativi INAIL-Regioni	SPreSAL Assessorato Sanità															
<b>P-7.4.1.2</b> Rafforzamento dell'utilizzo del Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf"	SPreSAL															
<b>P-7.4.1.3</b> Rafforzamento dell'utilizzo del Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi "Infor.Mo"	SPreSAL															
<b>P-7.4.1.4</b> Rafforzamento dell'utilizzo del sistema informativo dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria ex art. 40 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.	SPreSAL															
<b>P-7.4.1.5</b> Rafforzamento flusso informativo dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL delle ASL	SPreSAL															

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.4.2.

Azione P-7.4.2	Semplificazioni nella trasmissione di documentazione e nell'accesso alle attività di informazione e assistenza da parte delle imprese
Descrizione	<p>Come stabilito negli Atti di indirizzo del Comitato ex art. 5 D.Lgs. 81/2008 facenti parte integrante dell'intesa Rep. Atti n. 153/CU sancita in Conferenza Unificata in data 20.12.12, precisamente al punto "2. <i>Realizzazione di azioni per la semplificazione di procedure e la adeguata disponibilità e tempestività della conoscenza dei dati per una vigilanza maggiormente mirata - 2.1 Realizzazione nelle regioni e province autonome di programmi per la notifica on line dei cantieri edili</i>", l'Assessorato Regionale della Sanità ha realizzato, nell'ambito del progetto SISaR (Sistema Informativo Sanitario Regionale), la piattaforma web "NPC-WEB" che consente la trasmissione on line della notifica preliminare inizio lavori in cantiere e dei suoi aggiornamenti, nei casi previsti dall'art. 99, c.1, del D.Lgs 81/2008, da parte dei committenti o dei responsabili dei lavori alle ASL e alle DTL, attivata dal mese di dicembre 2013 attraverso il portale istituzionale SardegnaSalute, all'indirizzo <a href="http://www.sardegna salute.it/cantieri">http://www.sardegna salute.it/cantieri</a>. Il portale mette a disposizione i servizi di invio, ricerca, stampa e aggiornamento delle notifiche preliminari cantieri, al fine di consentire gli adempimenti di cui sopra a tutti i soggetti interessati, e a supporto dei medesimi è stato attivato un apposito servizio di Help Desk. Attraverso una convenzione con la Direzione Regionale del Lavoro della Sardegna, tali notifiche vengono automaticamente rese fruibili on line, oltre che agli SPreSAL delle ASL, anche alle DTL, uffici competenti ex legge. L'utilizzo della modalità di invio informatizzata è alternativa all'invio delle raccomandate a/r e quindi sostituisce a pieno titolo la notifica cartacea, come peraltro previsto dall'art. 54 del</p>





	<p>D.Lgs 81/2008 che, nelle logiche di semplificazione amministrativa e di limitazione delle attività inefficienti e inefficaci, dispone che la trasmissione di documentazione e le comunicazioni a enti o amministrazioni pubbliche possa avvenire tramite sistemi informatizzati, nel formato e con le modalità indicate dalle strutture riceventi.</p> <p>Si prevede di stipulare a breve una convenzione fra l'Assessorato della Sanità e la Cassa Edile della Provincia di Cagliari, la Cassa Edile della Sardegna Centrale, la Cassa Edile Provinciale di Oristano e la Cassa Edile del Nord Sardegna, (che, ai sensi dell'art. 99, c.3, del D.Lgs. 81/2008, possono chiedere copia dei dati relativi alle notifiche preliminari presso gli organi di vigilanza) per la visualizzazione e download delle notifiche preliminari cantieri dal sistema SISaR NPC WEB.</p> <p>Peraltro, con la presente azione, si intende incrementare l'utilizzo della piattaforma web in argomento su tutto il territorio regionale, da parte di committenti e responsabili dei lavori, con il proseguimento degli incontri fra gli SPreSAL delle ASL e i vari stakeholder, garantendo anche il supporto ai fruitori del sistema e raccogliendo e risolvendo eventuali criticità che possono essere rilevate. Gli operatori degli SPreSAL verificheranno la corretta ricezione delle NPC nel Sistema Operativo gestionale SISAR, nonché il corretto funzionamento per la registrazione di tutte le attività derivanti dalle comunicazioni ai sensi dell'art. 99 del D.Lgs. 81/2008, utili per pianificare e realizzare le attività di vigilanza sul territorio.</p> <p>Inoltre, nell'ambito delle semplificazioni nella trasmissione da parte delle imprese di documentazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro, di fondamentale importanza sarà la realizzazione, attualmente in corso di progettazione, della piattaforma informatica web per la ricezione delle informazioni sulle bonifiche dell'amianto, dalla presentazione del piano di lavoro/notifica per i lavori di bonifica da effettuare ex artt. 250 e 256 D.Lgs. 81/08 alla relazione annuale che descrive a consuntivo le attività di bonifica realizzate ex art. 9, c.1, L. 257/92, come previsto nel Piano Nazionale Amianto (approvato dal Consiglio dei Ministri il 21.3.2013 e non ancora approvato in Conferenza Stato-Regioni per il parere negativo espresso dal Ministero dell'Economia e Finanza il 13.1.2015) e nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. All'uopo, l'apposito Gruppo di Lavoro SPreSAL proseguirà l'attiva collaborazione con il Servizio Sistemi Informativi dell'Assessorato della Sanità per lo sviluppo di tale piattaforma informatica web.</p> <p>Con la presente azione si intende, altresì, facilitare l'accesso, in particolare di imprese e lavoratori, alle attività di informazione e assistenza, attraverso la piena operatività, in ogni SPreSAL, dello "sportello informativo per la sicurezza", a cui rivolgersi direttamente o attraverso linea telefonica/telematica.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Committenti, responsabili dei lavori, imprese, datori di lavoro, lavoratori, lavoratori esposti a particolari rischi, lavoratori appartenenti a categorie deboli, figure aziendali della salute e sicurezza (medico competente, RSPP, ASPP, RLS, RLST), coordinatori (CSE e CSP)
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	SPreSAL, DTL, organismi paritetici, Comuni, associazioni di categoria, liberi professionisti, organizzazioni datoriali e dei lavoratori, ordini professionali, consulenti aziendali, ecc.
Prove di efficacia	Come evidenziato negli Atti di indirizzo del Comitato ex art. 5 D.Lgs. 81/2008 facenti parte integrante dell'intesa Rep. Atti n. 153/CU del 20.12.12, l'invio online delle notifiche preliminari cantieri, oltre a semplificare l'adempimento degli obblighi posti a carico dei committenti/responsabili dei lavori, consente la realizzazione di un'anagrafe aggiornata in tempo reale dei cantieri presenti sul territorio, rende immediatamente fruibili le informazioni agli organi di vigilanza territorialmente competenti e ne assicura l'archiviazione e la gestione secondo criteri di economia, completezza e razionalità, che si traducono in un aumento di efficacia nello svolgimento dei compiti istituzionali.



	L'informatizzazione dell'intero processo di bonifica amianto, dalla presentazione dei piani di lavoro/notifiche alla relazione riassuntiva annuale, prevista anche nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, persegue la logica della semplificazione amministrativa e della limitazione delle attività inefficienti e inefficaci.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Oltre ai settori edile, di bonifica amianto, sanitario, ambientale, sono coinvolti (mediante lo sportello informativo per la sicurezza) tutti i settori lavorativi e le figure aziendali della salute e sicurezza sul lavoro.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-7.4.2.1</b> Incontri Informativi/divulgativi sulla gestione dell'applicativo NPC WEB	Al fine di incrementare l'utilizzo della piattaforma web "NPC-WEB" per la trasmissione on line della notifica preliminare inizio lavori in cantiere e dei suoi aggiornamenti su tutto il territorio regionale, da parte di committenti e responsabili dei lavori, saranno proseguiti gli incontri informativi/divulgativi sulla gestione dell'applicativo fra gli SPreSAL delle ASL e i vari stakeholder, garantendo anche il supporto ai fruitori del sistema da parte del competente Servizio Sistemi Informativi dell'Assessorato della Sanità pure attraverso l'apposito servizio di Help Desk, e raccogliendo le eventuali criticità, per la successiva adozione di azioni di miglioramento.
<b>P-7.4.2.2</b> Controllo di processo sulla gestione dell'applicativo NPC WEB	Gli operatori degli SPreSAL verificheranno la corretta ricezione delle NPC nel Sistema Operativo gestionale SISaR, nonché il corretto funzionamento per la registrazione di tutte le attività derivanti dalle comunicazioni ai sensi dell'art. 99 del D.Lgs. 81/2008, utili per pianificare e realizzare le attività di vigilanza sul territorio. Il controllo del processo avverrà con una periodicità individuata nell'ambito dell'organizzazione di ciascuno SPreSAL, in modo da migliorare il contributo degli operatori che a diverso titolo intervengono nella gestione delle notifiche preliminari inviate e garantire gli strumenti per la pianificazione della vigilanza nei cantieri. Il Servizio Sistemi Informativi dell'Assessorato della Sanità verificherà, tra l'altro, il rafforzamento dell'utilizzo della piattaforma NPC WEB, con stampa trimestrale del report direzionale, da trasmettere al Servizio Prevenzione dell'Assessorato per la verifica dell'andamento del relativo indicatore sentinella.
<b>P-7.4.2.3</b> Realizzazione e attivazione piattaforma informatica amianto	Verrà realizzata dal competente Servizio Sistemi Informativi dell'Assessorato della Sanità, con la collaborazione dell'apposito Gruppo di Lavoro SPreSAL che sta già partecipando alla fase di progettazione, una piattaforma informatica amianto per la trasmissione on line - da parte delle imprese che eseguono interventi di bonifica dei materiali contenenti amianto - delle notifiche e dei piani di lavoro ex art.250 e art.256 DLgs 81/08 per i lavori di bonifica da effettuare e della relazione annuale ex art. 9, c.1, L. 257/92 descrittiva a consuntivo le attività di bonifica realizzate. L'invio telematico da parte del datore di lavoro dei dati relativi a notifiche/piani di lavoro potrà alimentare la composizione informatica della suddetta relazione annuale prevista dall'art. 9 L. 257/92 per un facile assolvimento dell'obbligo di trasmissione posto a suo carico. Tale piattaforma, oltre a semplificare la trasmissione della suddetta documentazione da parte delle imprese, agevolerà l'attività degli SPreSAL nell'elaborazione delle relazioni annuali amianto ex art. 9 c.2 L. 257/92 e della Regione verso il livello interregionale-nazionale.
<b>P-7.4.2.4</b> Implementazione dell'attività dello Sportello Informativo per la Sicurezza	Attualmente presso gli SPreSAL delle ASL sono operanti gli Sportelli Informativi per la Sicurezza che offrono informazione ed assistenza in materia di sicurezza e salute sul lavoro per i comparti agricoltura e, in alcuni SPreSAL anche per edilizia ed amianto. Gli SPreSAL dovranno facilitare l'accesso dei lavoratori e delle imprese alle attività di informazione e assistenza, attraverso la piena operatività di tali sportelli, estendendo l'informazione e l'assistenza offerta mediante i medesimi a tutte le tematiche di sicurezza e salute sul lavoro. L'accesso a detto servizio sarà possibile sia recandosi di persona presso una delle sedi SPreSAL, sia tramite telefono, fax o e-mail.



	La piena operatività di tali sportelli dovrà essere pubblicizzata sia nell'ambito dei vari incontri con imprese, datori di lavoro, figure aziendali della salute e sicurezza, lavoratori, consulenti ecc., e sia attraverso i portali web delle ASL.
<b>P-7.4.2.5</b> Redazione report attività dello Sportello Informativo per la Sicurezza	Ciascun SPreSAL provvederà a registrare tutte le attività informative e di assistenza fornite mediante gli Sportelli Informativi per la Sicurezza e a redigere il relativo Report con frequenza annuale
Rischi e management dei rischi	Scarso utilizzo delle piattaforme informatiche web e dello Sportello Informativo per la Sicurezza, superabile con la sensibilizzazione-informazione dei vari stakeholder.
Sostenibilità	L'azione è sostenibile.

## Cronoprogramma azione P-7.4.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P-7.4.2.1</b> Incontri Informativi/divulgativi sulla gestione dell'applicativo NPC WEB	SPreSAL Assessorato Sanità															
<b>P-7.4.2.2</b> Controllo di processo sulla gestione dell'applicativo NPC WEB	SPreSAL Assessorato Sanità															
<b>P-7.4.2.3</b> Realizzazione e attivazione piattaforma informatica amianto	Assessorato Sanità															
<b>P-7.4.2.4</b> Implementazione dell'attività dello Sportello Informativo per la Sicurezza	SPreSAL															
<b>P-7.4.2.5</b> Redazione report attività dello Sportello Informativo per la Sicurezza	SPreSAL															

## Pianificazione delle azioni: azione P-7.4.3

Azione P-7.4.3	Miglioramento della qualità e uniformità delle attività di vigilanza
Descrizione	La presente azione si prefigge, innanzitutto, di ottimizzare la qualità e l'omogeneità delle attività di vigilanza, svolte dagli SPreSAL delle ASL, attraverso atti di indirizzo, approvati dal Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/2008 ed adottati con appositi provvedimenti regionali, recanti condivise procedure di controllo orientate alle priorità e all'efficacia preventiva sostanziale e finalizzate a garantire certezza, trasparenza e uniformità nell'attività di controllo. In particolare, tali atti di indirizzo dovranno consentire di assicurare in tutto il territorio regionale, attraverso la declinazione delle diverse fattispecie procedurali, uguali procedure nello svolgimento dell'ordinaria attività di vigilanza e di quella svolta in corso di indagini, mettendo a disposizione degli operatori SPreSAL della Sardegna strumenti semplici per garantire l'uniformità di applicazione delle norme e di comportamento procedurale degli stessi e rendere, nel contempo, gli interventi di vigilanza più efficaci ed efficienti. Inoltre, non possedendo gli operatori dei Servizi PRESAL delle ASL, allo stato attuale, le



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	competenze necessarie per sostenere la metodologia audit per la verifica dei programmi di prevenzione dei rischi adottati dalle aziende del territorio, con la presente azione si prevedono iniziative formative, anche in modalità e-learning, sui principali Modelli di organizzazione e gestione (MOG) e sui Sistemi di gestione della sicurezza sul lavoro (SGSL), che pur essendo dei sistemi volontari potranno fornire gli strumenti anche per la valutazione delle metodologie audit da utilizzarsi. Si prevede, altresì, la divulgazione di materiale relativo a tali Modelli e Sistemi.
Gruppo beneficiario prioritario	SPreSAL, aziende, figure della sicurezza, lavoratori
Setting identificato per l'azione	Ambienti di lavoro
Gruppi di interesse	I potenziali beneficiari degli effetti diretti e indiretti risulterebbero essere - oltre a operatori dei Servizi PreSAL della Sardegna, aziende, lavoratori, attori del sistema della prevenzione (RLS, RSPP, medici competenti, etc.) - anche le associazioni di lavoratori, le associazioni imprenditoriali, gli enti bilaterali/organismi paritetici
Prove di efficacia	Le procedure saranno definite secondo le migliori evidenze di efficacia disponibili. Riguardo alle aziende che hanno adottato un sistema di gestione, si evidenzia che in un recente lavoro pubblicato da INAIL e Accredia ( <a href="http://www.accredia.it/UploadDocs/2631_Osservatorio_Accredia_Salute_e_sicurezza_sul_lavoro_1_2012.pdf">http://www.accredia.it/UploadDocs/2631_Osservatorio_Accredia_Salute_e_sicurezza_sul_lavoro_1_2012.pdf</a> ) viene dimostrata l'efficacia della riduzione dei fenomeni infortunistici in tali aziende: si rilevano sul totale delle aziende certificate, suddivise per settore produttivo, una riduzione di n -27% dell'Indice di frequenza (x1000 addetti) e di un -35 % dell'indice di gravità (x addetto) sugli eventi indennizzati nel triennio 2007-2009 (dati pubblicati nel 2012) e risultano n. 109 le imprese isolate su un totale di 8000 aziende nazionali quelle aziende certificate OHSAS 18001:2007. (Robson et al. "The effectiveness of occupational health and safety management system: a systematic review". Safety science 2007; 45: 329-353 <a href="http://www.ccm-network.it/ebp_e_lavoro/convegno_ottobre/diapositive/Veneri.pdf">http://www.ccm-network.it/ebp_e_lavoro/convegno_ottobre/diapositive/Veneri.pdf</a> )
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per l'azione	L'azione è caratterizzata da un'ampia transversalità in quanto, oltre al settore sanitario, al settore edile e agli utilizzatori di macchine, possono essere coinvolti tutti i settori lavorativi.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-7.4.3.1</b> Predisposizione di procedure uniformi per le attività di vigilanza degli SPreSAL	L'attività prevede la predisposizione, da parte di un Gruppo di Lavoro - costituito dai componenti SPreSAL del Gruppo di Programmazione integrato dai rappresentanti dei restanti SPreSAL - di concerto con l'Assessorato Regionale della Sanità, di procedure condivise allo scopo di uniformare - sia sotto il profilo metodologico, sia sotto quello degli strumenti giuridici da adottare - le attività di vigilanza degli SPreSAL su tutto il territorio regionale, garantire equità alle aziende sottoposte a controllo, monitorare e valutare l'efficacia dei processi. In particolare, si prevede di definire - anche sulla base delle procedure eventualmente in corso di predisposizione e/o sviluppate in altre Regioni o SPreSAL - una procedura per anno, per un totale di tre procedure nell'arco del triennio 2016-2018, relative a: 1. Attività di indagine sulle malattie professionali, da definire nell'anno 2016; 2. Attività di vigilanza nel settore delle costruzioni, da definire nell'anno 2017; 3. Applicazione del Titolo III del D.Lgs.81/08 e nuova Direttiva Macchine (D.Lgs.17/2010), da definire nell'anno 2018. Per ognuna delle attività saranno fornite indicazioni operative sul contesto, sul campo di applicazione, sulle modalità e sui riferimenti giuridici, nonché la modulistica di riferimento per produrre atti omogenei sul territorio regionale.
<b>P-7.4.3.2</b> Approvazione	Le procedure predisposte nell'attività precedente saranno presentate da Referenti SPreSAL in sede di Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/2008 (CRC), per l'esame, l'eventuale



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

procedure come atti di indirizzo e adozione con atto regionale	ottimizzazione e l'approvazione come atti di indirizzo da parte del Comitato. Tali atti di indirizzo saranno adottati con Determinazione del Direttore Generale dell'Assessorato della Sanità, pubblicati nell'area tematica del sito web della Regione relativa al Comitato Regionale di Coordinamento e messi a disposizione degli operatori SPreSAL delle ASL della Sardegna, quali strumenti per assicurare l'uniformità di applicazione delle norme e di comportamento procedurale dei medesimi.
<b>P-7.4.3.3</b> Monitoraggio e report annuale	Nell'ambito del succitato Gruppo di Lavoro verranno definite le modalità per l'effettuazione, da parte degli SPreSAL, del monitoraggio per la verifica dell'applicazione delle procedure di cui agli atti di indirizzo adottati, e per la redazione del relativo report da trasmettere, con cadenza annuale, all'Assessorato Sanità.
<b>P-7.4.3.4</b> Formazione operatori SPreSAL su MOG e SGSL	Gli SPreSAL provvederanno ad organizzare, per i propri operatori che effettuano l'attività di vigilanza nei luoghi di lavoro, iniziative formative, anche in modalità e-learning, i cui contenuti saranno basati sui principali Modelli di organizzazione e gestione (MOG) e sui Sistemi di gestione della sicurezza sul lavoro (SGSL) (OSHA 18001:2007...), che pur essendo dei sistemi volontari potranno fornire gli strumenti anche per la valutazione delle metodologie audit da utilizzarsi.
<b>P-7.4.3.5</b> Divulgazione materiale sui principali MOG e SGSL	Gli SPreSAL, anche mediante il materiale raccolto dagli operatori formati nelle iniziative di cui all'attività precedente, provvederanno alla divulgazione - pure attraverso i siti web delle ASL - dei principali MOG e SGSL, della normativa di recepimento (DM 13 febbraio 2014) delle procedure semplificate approvate dalla Commissione Consultiva ex art. 6 D.Lgs. 81/2008 per l'adozione e l'efficace attuazione dei MOG e dei SGSL nelle piccole e medie imprese ai sensi dell'art. 30, c.5bis, del D.Lgs. 81/08, al fine di contribuire a promuovere e diffondere una cultura sulla gestione sistemica delle attività di prevenzione in materia di sicurezza ed igiene nei luoghi di lavoro.
Rischi e management dei rischi	Uno dei principali rischi potrebbe essere la non completa adesione da parte di tutti gli operatori SPreSAL alle procedure di cui agli atti di indirizzo adottati; pertanto dovrà essere monitorato, da parte degli SPreSAL, il livello di applicazione delle procedure medesime, secondo le modalità che verranno definite dal Gruppo di Lavoro.
Sostenibilità	Azione sostenibile, verrà sviluppata una procedura per ogni anno nel corso del triennio.

## Cronoprogramma azione P-7.4.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P-7.4.3.1</b> Predisposizione di procedure uniformi per le attività di vigilanza degli SPreSAL	Gruppo di lavoro SPreSAL Assessorato Sanità														
<b>P-7.4.3.2</b> Approvazione procedure come atti di indirizzo e adozione con atto regionale	CRC Assessorato Sanità														
<b>P-7.4.3.3</b> Monitoraggio e Report annuale	SPreSAL														
<b>P-7.4.3.4</b> Formazione operatori SPreSAL su MOG e SGSL	SPreSAL														
<b>P-7.4.3.5</b> Divulgazione materiale sui principali MOG e SGSL	SPreSAL														



## **Programma P-8.1: Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali**

### **Descrizione del programma**

Le politiche sulla salute e le politiche ambientali si devono integrare strettamente per offrire alle popolazioni condizioni ottimali di sviluppo sociale ed economico. L'ambiente di vita è un determinante rilevante di salute; consolidate evidenze scientifiche in tema di impatto sanitario dei determinanti ambientali forniscono prove convincenti di rischio per la salute (inquinamento dell'aria, residenza in aree o siti contaminati, consumo di acqua contaminata, esposizione a rumore, a radiazioni ionizzanti) e sospetti di possibili effetti (campi elettromagnetici).

Per gran parte delle esposizioni ambientali nella Regione Sardegna non sono disponibili stime corrette di esposizione e di impatto sulla salute, ma sono presenti solo alcune esperienze specifiche, limitate nello spazio e nel tempo e manca una visione complessiva dell'impatto sanitario dei rischi ambientali.

E' quindi necessario investire risorse umane in questo settore e allo stesso tempo potenziare le attività interdisciplinari e i rapporti inter-istituzionali, stipulando accordi per la collaborazione inter-istituzionale tra chi si occupa di ambiente e chi si occupa di salute, che necessita di strumenti in grado di integrare i dati epidemiologici e ambientali disponibili (in combinato con eventuali altri dati di contesto di tipo demografico e socio-economico) che consentano lo studio dell'intero ciclo di esposizione in un territorio (dalla caratterizzazione ambientale alla valutazione del rischio e dell'impatto sull'ambiente e sulla salute umana), al fine di orientare la valutazione degli impatti e le decisioni in un'ottica integrata che non tralasci aspetti-chiave dell'azione di prevenzione.

Questo Programma si articola in due azioni finalizzate al miglioramento delle conoscenze sui rapporti tra determinanti ambientali ed effetti sulla salute e alla gestione coordinata di problematiche salute-ambiente (accertate o presunte) attribuibili all'inquinamento ambientale, attraverso l'adozione di atti di indirizzo regionali, basati su modelli e relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti, definiti a livello locale.

Tra le attività principali sono previste la formalizzazione di accordi fra le istituzioni regionali competenti in ambito sanitario e ambientale e la costituzione di un gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute che curerà la realizzazione del programma, ed in particolare:

- progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di epidemiologia ambientale sull'esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione, individuati in seguito all'aggiornamento delle conoscenze esistenti (studi datati);
- implementazione di un sistema informativo integrato ambiente-salute che prevede la rilevazione sistematica di indicatori ambientali, sanitari e di altri fattori non sanitari con implicazioni o effetti sulla salute, armonizzati ai medesimi livelli di riferimento spazio-temporali, aggiornati con periodicità prefissata;
- predisposizione dei suddetti atti di indirizzo regionali per la gestione coordinata di problematiche sanitarie, accertate o presunte, attribuibili all'inquinamento ambientale.

Inoltre, si prevede l'attivazione della Rete Epidemiologica Regionale della Sardegna, l'attivazione del Registro Regionale Tumori (RTUM) e la predisposizione delle attività propedeutiche all'attivazione del Registro delle Malformazioni Congenite, strumenti essenziali per la rilevazione di patologie ambiente-correlate.

## Obiettivi generali e Indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P – 8.1 Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali</b>	<b>8.2</b> Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	<b>8.2.1</b> Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)	Non rilevato	Non esistono accordi interistituzionali	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Evidenza documentata dell'esistenza di accordi interistituzionali
		<b>8.2.2</b> Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)	Non rilevato	0	100% Evidenza di almeno 1 studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione in ogni Regione	Evidenza di almeno 1 studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione nella Regione
	<b>8.4</b> Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	<b>8.4.1</b> Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	Non rilevato	Non esistenti atti di indirizzo regionali	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	Esistenza di atti di indirizzo regionali

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P-8.1

Azione	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P-8.1.1 Miglioramento della conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute</b>	Realizzare uno studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione nella Regione Sardegna, attraverso: (1 <sup>a</sup> fase) coinvolgimento delle istituzioni competenti	Proporzione di fasi svolte rispetto a quelle stabilite per realizzare lo studio di esposizione a contaminanti ambientali	Accordi, documenti, studi esistenti aggiornati, verbali, progetto dello studio da realizzare, reportistica	<i>Numeratore:</i> n. di fasi svolte x 100  <i>Denominatore:</i> n. complessivo di fasi stabilite (n. 6)	0%  (= 0 fase su 6 fasi x100)	17%  (= 1 fase su 6 fasi x100)	50%  (= 3 fasi su 6 fasi x100)	67%  (= 4 fasi su 6 fasi x100)	100%  (= 6 fasi su 6 fasi x100)



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azione	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi				
	in materia sanitaria e ambientale, firma di accordi intra/interistituzionali e costituzione del gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute; (2 <sup>a</sup> fase) ricognizione e analisi degli studi epidemiologici realizzati in diverse aree della Regione; (3 <sup>a</sup> fase) ricognizione delle fonti informative, sanitarie e ambientali, reperimento dati, aggiornamento degli studi esistenti ed individuazione dell'area critica oggetto dello studio di esposizione a contaminanti ambientali; (4 <sup>a</sup> fase) pianificazione, progettazione ed avvio della realizzazione di tale studio; (5 <sup>a</sup> fase) completamento dello studio; (6 <sup>a</sup> fase) redazione di apposita Reportistica	cui sono esposti gruppi di popolazione nella Regione Sardegna <b>(Indicatore sentinella)*</b>	dello studio realizzato							
<b>P-8.1.2 Sviluppo modelli, relazioni interistituzionali per la gestione coordinata di problematiche sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale</b>	Definire ed adottare atti di indirizzo regionali condivisi per la gestione coordinata di problematiche sanitarie (accertate o presunte) attribuibili all'inquinamento ambientale, attraverso: (1 <sup>a</sup> fase) reperimento di documentazione/dati, (2 <sup>a</sup> fase) analisi ed elaborazione del materiale raccolto, (3 <sup>a</sup> fase) sviluppo di	Proporzione di fasi svolte rispetto a quelle stabilite per definire ed adottare atti di indirizzo regionali condivisi per la gestione coordinata di problematiche e sanitarie (accertate o presunte) attribuibili	Documenti , verbali, modelli, relazioni, evidenza degli atti di indirizzo	<i>Numeratore:</i> n. di fasi svolte x 100  <i>Denominatore:</i> n. complessivo di fasi stabilite (n. 6)	0%  (= 0 fase su 6 fasi x100)	0%  (= 0 fase su 6 fasi x100)	33%  (= 2 fasi su 6 fasi x100)	67%  (= 4 fasi su 6 fasi x100)	100%  (= 6 fasi su 6 fasi x100)	





Azione	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi				
	modelli sulla base del contesto regionale e locale, (4 <sup>a</sup> fase) sviluppo di relazioni interistituzionali, (5 <sup>a</sup> fase) predisposizione degli atti di indirizzo, (6 <sup>a</sup> fase) adozione dei medesimi.	all'inquinamento ambientale ( <b>Indicatore sentinella</b> )**								

#### Giustificazione scelta degli indicatori sentinella:

\* E' stato scelto questo indicatore sentinella in modo da poter monitorare quantitativamente il grado di realizzazione delle attività finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo specifico.

\*\* L'indicatore sentinella è stato formulato in modo da poter monitorare quantitativamente il grado di realizzazione delle attività finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo specifico.

### Pianificazione delle azioni: azione P-8.1.1

Azione P- 8.1.1	Miglioramento della conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute
Descrizione	<p>Con la presente azione si intende migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la realizzazione di uno studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione nella Regione Sardegna, attraverso le seguenti fasi:               <ul style="list-style-type: none"> <li>(1<sup>a</sup> fase) coinvolgimento delle istituzioni competenti in materia sanitaria e ambientale, firma di accordi intra/interistituzionale, e istituzione del gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute;</li> <li>(2<sup>a</sup> fase) ricognizione degli studi epidemiologici realizzati in diverse aree della Regione;</li> <li>(3<sup>a</sup> fase) ricognizione delle fonti informative, sanitarie e ambientali, reperimento dati e aggiornamento dei degli studi esistenti, ed individuazione dell'area critica oggetto dello studio di esposizione a contaminanti ambientali;</li> <li>(4<sup>a</sup> fase) pianificazione, progettazione ed avvio della realizzazione dello studio;</li> <li>(5<sup>a</sup> fase) completamento dello studio;</li> <li>(6<sup>a</sup> fase) redazione di apposita Reportistica</li> </ul> </li> <li>- il potenziamento della sorveglianza epidemiologica attraverso l'attivazione della Rete Epidemiologica Regionale della Sardegna, l'attivazione del Registro Regionale Tumori, la predisposizione delle attività propedeutiche all'attivazione del Registro delle Malformazioni Congenite, l'implementazione di un sistema informativo integrato ambiente-salute.</li> </ul>
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta, prioritariamente, agli Enti ed Agenzie Regionali con competenza ambientale e sanitaria, ai referenti della Rete Epidemiologica Regionale e ai referenti per ambiente e salute dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL

Setting identificato per l'azione	NA
Gruppi di interesse	La presente azione avrà ricadute sulle popolazioni esposte, che saranno beneficiarie di una maggiore tutela sanitaria ed ambientale; sugli Assessorati regionali che si occupano di attività con impatti sulla salute (umana e animale) e sull'ambiente, e più in generale sui decisori politici.
Prove di efficacia	Le evidenze scientifiche in tema di impatto sanitario dei determinanti ambientali sono consolidate da tempo e forniscono prove convincenti sul rischio per la salute umana da: inquinamento dell'aria, residenza in aree o siti contaminati, consumo di acqua contaminata, esposizione a rumore, a radiazioni ionizzanti. I rischi legati alle varie esposizioni citate sono ben conosciuti, senza necessità di una ridefinizione su scala regionale, per la quale necessita invece una caratterizzazione più precisa dell'esposizione della popolazione. Tutti i sistemi di sorveglianza se ben disegnati e di qualità sono evidence based. Il sistema informativo integrato ambiente-salute sarà accompagnato da un set di indicatori di processo e di esito per il monitoraggio del suo buon andamento.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Gli interventi interessano diverse unità operative del Servizio Sanitario e Tecnico-Ambientale regionali compresi gli Assessorati competenti. Inoltre questa azione è il presupposto indispensabile per attività previste in azioni di cui al programma P-8.2.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-8.1.1.1</b> Accordi intra e interistituzionali per la sorveglianza ambiente-salute	L'Assessorato della Sanità provvederà al coinvolgimento delle istituzioni competenti in ambito sanitario e ambientale, ed alla formalizzazione di accordi strategici con l'Assessorato Difesa dell'Ambiente, gli Enti (ASL, IZS) e le Agenzie regionali (tra cui ARPAS), ed eventualmente altre Istituzioni/Enti che a vario titolo hanno competenze sanitarie e ambientali, finalizzati alla: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pianificazione, progettazione e realizzazione di studi di epidemiologia ambientale sull'esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione</li> <li>- sorveglianza sanitaria e ambientale basata su un sistema informativo integrato ambiente-salute</li> <li>- gestione coordinata di problematiche salute-ambiente.</li> </ul>
<b>P-8.1.1.2</b> Costituzione del gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute	Sulla base degli accordi strategici di cui all'attività P-8.1.1.1, le istituzioni competenti nomineranno i propri referenti per la costituzione, mediante determinazione del Direttore Generale della sanità, del "gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute", con rappresentanza almeno dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), con funzioni di coordinamento, e di ASL, ARPAS, IZS, più eventuali esperti nelle tematiche ambiente-salute (es. ISS, ISPRA, Università), che nell'ambito della presente azione avrà il compito di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pianificare, progettare e realizzare studi di epidemiologia ambientale sull'esposizione a contaminanti ambientali (esempio biomonitoraggio) cui sono esposti gruppi di popolazione;</li> <li>- nel medio/lungo periodo, implementare un sistema informativo integrato ambiente-salute, dal quale scaturiranno anche informazioni utilizzabili da operatori per la valutazione dell'impatto sanitario e dai proponenti progetti o piani;</li> </ul>



	<p>- predisporre gli atti di indirizzo regionali per la gestione coordinata di problematiche sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale, di cui alla successiva azione P-8.1.2.</p> <p>La rappresentanza delle ASL è espressa dai referenti dei Centri Epidemiologici Aziendali (CEA) nell'ambito della Rete Epidemiologica Regionale (RES) di cui alla successiva attività oltre, eventualmente, da referenti dei Dipartimenti di Prevenzione.</p>
<p><b>P-8.1.1.3</b> Attivazione della Rete Epidemiologica Regionale</p>	<p>Si provvederà, mediante la formalizzazione di un documento operativo, all'attivazione della Rete Epidemiologica Regionale (RES), istituita formalmente con Legge Regionale 7 novembre 2012, n. 21, che si articola nell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) con funzioni di coordinamento e nei Centri Epidemiologici Aziendali (CEA) che svolgono funzioni di supporto e raccordo a livello aziendale dei flussi epidemiologici.</p>
<p><b>P-8.1.1.4</b> Attivazione del Registro Regionale Tumori (RTUM) e predisposizione delle attività propedeutiche all'attivazione del Registro delle Malformazioni Congenite (RMC)</p>	<p>Il previgente comma 2 dell'art. 8 della L.R. n. 3/2009 prevedeva una generica istituzione dei registri di patologia; la L.R. n.21/2012, all'art.1, formalizza l'istituzione del Registro Tumori Regionale (RTUM) e del Registro delle Malformazioni Congenite (RMC).</p> <p>Questi due strumenti, essenziali nella rilevazione di patologie correlate con esposizioni ambientali, consentono un monitoraggio sistematico degli esiti a medio/lungo termine il primo e degli esiti a breve termine il secondo.</p> <p>Prerequisito essenziale per l'avvio dei Registri, funzionale all'applicazione della LR n.21/2012, è l'adozione, da parte della Regione, di un atto normativo, legislativo o regolamentare, che ne definisca gli aspetti relativi alla protezione dei dati personali e sensibili, nel rispetto della normativa vigente (art.20 D.Lgs 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali). Attualmente è all'esame dell'ufficio del Garante della Privacy la bozza di regolamento regionale per il funzionamento del RTUM, necessaria per l'approvazione da parte del Consiglio Regionale.</p> <p>Nell'ambito di questa attività si provvederà ad alimentare il Registro (raccolta, sistematizzazione, analisi e conferma dei casi di neoplasia). La piena operatività del Registro Tumori regionale dovrà essere poi garantita dalla costituzione di una congrua struttura organizzativa, sia a livello centrale che aziendale, dotata di adeguate risorse umane e strumentali.</p> <p>Per il RMC si prevede di avviare l'iter di attivazione, predisponendo tutte le attività propedeutiche.</p>
<p><b>P-8.1.1.5</b> Organizzazione e realizzazione di iniziative in-formative in epidemiologia ambientale</p>	<p>Si prevede di organizzare/realizzare iniziative formative/informative in epidemiologia ambientale rivolte a tutti gli operatori del gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute, dell'OER, dei CEA e dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.</p>
<p><b>P-8.1.1.6</b> Ricognizione e analisi studi epidemiologici esistenti a livello locale</p>	<p>Sarà effettuata una ricognizione e analisi degli studi epidemiologici esistenti realizzati in diverse aree della Regione, ormai datati e limitati nel tempo, per poi procedere ad un aggiornamento dei dati in essi contenuti (previsto nell'attività P-8.1.1.7), in maniera da aggiornare le conoscenze e consentire un adeguato raffronto tra la situazione pregressa e quella attuale.</p>



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<p><b>P-8.1.1.7</b> Ricognizione delle fonti informative sanitarie e ambientali, reperimento dati, aggiornamento studi esistenti e individuazione dell'area critica oggetto del successivo studio</p>	<p>Al fine di aggiornare la conoscenza a livello locale sugli esiti in salute della esposizione a contaminanti ambientali, il gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute provvederà ad effettuare la ricognizione delle fonti informative e reperimento dei dati sullo stato di salute della popolazione e sui determinanti ambientali, necessari all'aggiornamento degli studi esistenti di epidemiologia ambientale ed alla realizzazione dello studio previsto nelle attività P-8.1.1.8/9.</p> <p>In particolare, sul versante sanitario sarà necessario procedere a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- acquisizione del dato di mortalità per causa, disaggregato a livello comunale, di fonte ISTAT, con richiesta formale di accesso alla banca dati nazionale di mortalità per causa relativa all'ultimo decennio,</li><li>- acquisizione a livello regionale (da parte dell'OER) del dato di mortalità individuale prodotto dai ReNCaM Aziendali, con l'istituzione di un flusso informativo regionale aggiornato e sistematico,</li><li>- accesso alle fonti informative correnti, consolidate e disponibili a livello regionale (come ad esempio flusso SDO, CEDAP, ...) ed ai dati dei sistemi di sorveglianza nazionale (PASSI, PdA, OKKIO, HBSC) con dettaglio aziendale e ove possibile comunale,</li><li>- accesso ai dati relativi agli aspetti demografici della popolazione e socio-economici (fonte ISTAT), rilevati dalle sezioni di censimento e dall'Indagine Multiscopo effettuata dall'ISTAT,</li></ul> <p>e sul versante ambientale sarà necessario reperire dati relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- determinanti ambientali, quali emissioni inquinanti, meteo, clima, rischio idrogeologico, produzione dei rifiuti e loro smaltimento, esposizione a rumori, radiazioni ionizzanti e non, sicurezza chimica,</li><li>- stabilimenti suscettibili di causare incidenti rilevanti ai sensi del D.Lgs 334/1999,</li><li>- Attività Produttive, degli Insediamenti industriali e Turistici.</li></ul> <p>Sulla base delle evidenze che emergeranno dall'aggiornamento degli studi e dal raffronto con la situazione pregressa, sarà specificamente individuata un' "area critica" (eventualmente più di una) che sarà oggetto dello studio di esposizione a contaminanti ambientali di cui alle successive attività P-8.1.1.8/9.</p>
<p><b>P-8.1.1.8</b> Pianificazione e progettazione di uno studio epidemiologico ad hoc su esposizione a contaminanti ambientali di gruppi di popolazione, nell'area critica individuata.</p>	<p>Sulla base dell'attività P-8.1.1.7, identificata l'area critica, l'OER e tutto il gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute procederà alla pianificazione e progettazione di uno studio epidemiologico ad hoc.</p> <p>Sarà prevista un'adeguata partnership con gli enti pubblici dotati di specifica competenza sulla materia o sui territori interessati, nonché eventuali altri soggetti di diritto privato portatori di interessi collettivi o diffusi correlati alla materia. Si prevede la collaborazione dell'OER con altri attori istituzionali (Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute) o con Enti di ricerca a valenza Nazionale (ad esempio ISPRA, CNR, Università, Esperti di caratura nazionale ed internazionale).</p> <p>Si darà avvio allo studio.</p>
<p><b>P-8.1.1.9</b> Completamento dello studio epidemiologico</p>	<p>Lo studio pianificato, progettato ed avviato nell'attività P-8.1.1.8 sarà proseguito per una durata complessiva di 12 mesi.</p>

<p><b>P-8.1.1.10</b> Redazione dei rapporti dello studio realizzato</p>	<p>A conclusione dello studio sarà realizzata apposita Reportistica</p>
<p><b>P-8.1.1.11</b> Implementazione di un sistema informativo integrato ambiente-salute</p>	<p>I sistemi di sorveglianza di popolazione e di monitoraggio ambientale attualmente esistenti, sviluppati da istituzioni/enti diversi per scopi differenti, non sono integrati fra loro; manca una standardizzazione su quali dati rilevare, la frequenza, il formato e la base geografica di riferimento.</p> <p>Si prevede l'implementazione, da parte del gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute, di un sistema informativo integrato ambiente-salute, strutturato per area geografica, a supporto degli operatori del gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute impegnati anche nella sorveglianza, degli operatori sanitari coinvolti nei procedimenti di Valutazione di Impatto (VIS, VIA, VAS, AIA), dei proponenti di progetti, piani o programmi.</p> <p>Il sistema informativo integrato sarà strutturato come una raccolta sistematica di indicatori relativi alla salute, ai determinanti ambientali ed altri fattori non sanitari con implicazioni o effetti sulla salute, armonizzati ai medesimi livelli di riferimento spazio-temporali (almeno comunali), aggiornati con periodicità prefissata, solitamente annuale o mensile/trimestrale ove possibile.</p> <p>Tali indicatori, reattivi, sono finalizzati principalmente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-misurare parametri ambientali (valori di background) e sanitari (valori baseline),</li> <li>-rilevare trend spazio-temporali,</li> <li>-rilevare clusters,</li> <li>-identificare diseguaglianze in particolari sottogruppi di popolazione (bambini, soggetti fragili e/o con malattie croniche, gruppi etnici, soggetti con livello socio-culturale basso, etc.),</li> <li>-identificare situazioni di allerta,</li> <li>- monitorare l'efficacia di azioni intraprese.</li> </ul> <p>Il sistema informativo integrato ambiente-salute sarà accompagnato da un set di indicatori di processo e di esito per il monitoraggio del suo buon andamento.</p>
<p>Rischi e management dei rischi</p>	<p>Il maggior rischio è rappresentato dalla mancata sinergia e interoperabilità tra gli Enti/Agenzie/Istituzioni operanti in ambito ambientale e sanitario, superabile attraverso la formalizzazione di accordi e la costituzione del gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute formalizzato e formato, che integri conoscenze, competenze, obiettivi; che condivida metodologia ed esiti, che supporti i decisori politici nelle azioni da intraprendere per ridurre il rischio legata ad esposizione a determinanti, che monitori le ricadute in termini di salute delle azioni intraprese.</p>
<p>Sostenibilità</p>	<p>La sostenibilità del programma sarà garantita dalla costituzione del succitato gruppo di operatori competenti, che operi stabilmente ed in maniera integrata, che condivida formazione e metodologia.</p>

## Cronoprogramma azione P-8.1.1

Attività principali	Responsabile	2015	2016	2017	2018
---------------------	--------------	------	------	------	------



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P-8.1.1.1</b> Accordi intra e interistituzionali per la sorveglianza ambiente-salute	Assessorato Sanità														
<b>P-8.1.1.2</b> Costituzione del gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute	Direzione Generale Sanità														
<b>8.1.1.3</b> Attivazione della Rete Epidemiologica Regionale	Assessorato Sanità														
<b>P-8.1.1.4</b> Attivazione del Registro Regionale Tumori (RTUM) e predisposizione delle attività propedeutiche all'attivazione del Registro delle Malformazioni Congenite	OER, Sistemi informativi, Affari legali dell'Assessorato Sanità														
<b>P-8.1.1.5</b> Organizzazione e realizzazione di iniziative informative in epidemiologia ambientale	Assessorato Sanità + ASL														
<b>P-8.1.1.6</b> Ricognizione e analisi studi epidemiologici esistenti a livello locale	OER														
<b>P-8.1.1.7</b> Ricognizione delle fonti informative sanitarie e ambientali, reperimento dati, aggiornamento studi esistenti e individuazione dell'area critica oggetto del successivo studio	OER														
<b>P-8.1.1.8</b> Pianificazione e progettazione di uno studio epidemiologico ad hoc su esposizione a contaminanti ambientali di gruppi di popolazione, nell'area critica individuata, e avvio della realizzazione dello studio	OER														
<b>P-8.1.1.9</b> Completamento dello studio epidemiologico	OER														
<b>P-8.1.1.10</b> Redazione dei rapporti dello studio realizzato	OER														
<b>P-8.1.1.11</b> Implementazione di un sistema informativo integrato ambiente-salute	OER														



## Pianificazione delle azioni: azione P-8.1.2

<b>Azione P-8.1.2</b>	<b>Sviluppo modelli, relazioni interistituzionali per la gestione coordinata di problematiche sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale</b>
Descrizione	Con la presente Azione si intende procedere alla definizione e adozione di atti di indirizzo regionali condivisi per la gestione coordinata di problematiche sanitarie (accertate o presunte) attribuibili all'inquinamento ambientale, attraverso le seguenti fasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- reperimento di documentazione/dati (1<sup>a</sup> fase);</li> <li>- analisi ed elaborazione del materiale raccolto (2<sup>a</sup> fase);</li> <li>- sviluppo di modelli, sulla base del contesto regionale e locale (3<sup>a</sup> fase);</li> <li>- sviluppo di relazioni interistituzionali (4<sup>a</sup> fase);</li> <li>- predisposizione degli atti di indirizzo (5<sup>a</sup> fase);</li> <li>- adozione dei medesimi (6<sup>a</sup> fase).</li> </ul>
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta, prioritariamente, agli Enti ed Agenzie Regionali con competenza ambientale e sanitaria, ai referenti della Rete Epidemiologica Regionale e ai referenti per ambiente e salute dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL
Setting identificato per l'azione	NA
Gruppi di interesse	La presente azione avrà ricadute sulle popolazioni esposte a rischi sanitari reali e potenziali, che saranno beneficiarie di una più efficiente gestione di problematiche sanitarie (accertate o presunte) attribuibili all'inquinamento; su Assessorati regionali che si occupano di attività con impatti sulla salute (umana e animale) e sull'ambiente, e più in generale sui decisori politici.
Prove di efficacia	Nella predisposizione degli Atti di Indirizzo ci si baserà sulle migliori evidenze di efficacia disponibili.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Gli interventi interessano diverse unità operative del Servizio Sanitario e Tecnico-Ambientale regionali compresi gli Assessorati competenti.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-8.1.2.1</b> Reperimento di documentazione/dati	Il gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute, costituito nell'ambito dell'attività P-8.1.1.2 dell'azione P-8.1.1, provvederà al reperimento di documentazione/dati ambientali e sanitari dagli enti che li producono e ne dispongono (compresi i dati meteo-climatici), non essendo ancora disponibile il sistema informativo integrato ambiente-salute che potrà essere interrogato direttamente.
<b>P-8.1.2.2</b> Analisi ed elaborazione del materiale raccolto	Il gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute provvederà all'analisi e all'elaborazione della documentazione/dati raccolti.
<b>P-8.1.2.3</b> Sviluppo di modelli, sulla base del contesto regionale e locale	A partire dalle conoscenze sulla realtà locale (contesto reale), sulla base delle informazioni ambientali (comprese quelle meteo climatiche) e delle correlazioni ambiente-salute, il gruppo di lavoro dovrà sviluppare modelli previsionali per le problematiche sanitarie presunte e di analisi per quelle accertate. Le modalità operative di intervento coordinato da parte dei vari Enti saranno definite con la successiva attività P-8.1.2.4.
<b>P-8.1.2.4</b> Sviluppo di relazioni interistituzionali per la gestione coordinata di problematiche sanitarie attribuibili	Saranno predisposti, a cura del gruppo di lavoro, protocolli/procedure che definiscano e razionalizzino le modalità operative da adottare per intervenire in caso di problematiche accertate o presunte, con il coinvolgimento dei vari Enti con cui sono stati stipulati gli accordi nell'ambito dell'attività P-8.1.1.1 dell'azione P-8.1.1.



all'inquinamento ambientale	
<b>P-8.1.2.5</b> Predisposizione degli atti di indirizzo	Il gruppo di lavoro curerà, infine, la predisposizione, sulla base delle risultanze delle precedenti attività, degli atti di indirizzo regionali per la gestione coordinata di problematiche sanitarie, accertate o presunte, attribuibili all'inquinamento ambientale
<b>P-8.1.2.6</b> Adozione atti di indirizzo	L'adozione formale dei suddetti atti di indirizzo avverrà con apposita Deliberazione della Giunta Regionale.
Rischi e management dei rischi	Il maggior rischio è rappresentato dalla mancata sinergia e interoperabilità tra gli Enti/Agenzie/Istituzioni operanti in ambito ambientale e sanitario, superabile attraverso la definizione di protocolli/procedure condivisi.
Sostenibilità	La sostenibilità del programma sarà garantita dal gruppo di operatori competenti provenienti dai diversi Enti coinvolti, costituenti il gruppo di lavoro regionale Ambiente-Salute, che operi stabilmente ed in maniera integrata, che condivida procedure e metodologia.

## Cronoprogramma azione P-8.1.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P- 8.1.2.1</b> Reperimento di documentazione/dati	OER															
<b>P- 8.1.2.2</b> Analisi ed elaborazione del materiale raccolto	OER															
<b>P- 8.1.2.3</b> Sviluppo di modelli, sulla base del contesto regionale e locale	OER															
<b>P- 8.1.2.4</b> Sviluppo di relazioni interistituzionali per la gestione coordinata di problematiche sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	OER															
<b>P- 8.1.2.5</b> Predisposizione degli atti di indirizzo	OER															
<b>P- 8.1.2.6</b> Adozione atti di indirizzo	Giunta Regionale															



## Programma P-8.2: Supporto alle Politiche Ambientali

### Descrizione del programma

Attualmente l'integrazione ambiente e salute nella nostra regione non ha carattere istituzionale; un approccio integrato per le politiche salute-ambiente necessita di un collegamento organico e non occasionale tra le autorità preposte alla tutela della salute e dell'ambiente, per la sostenibilità dell'azione e per offrire alle popolazioni condizioni ottimali di sviluppo sociale ed economico.

Obiettivo fondamentale di questo programma è lo sviluppo di strumenti e percorsi che favoriscano la collaborazione interistituzionale tra Sanità, Enti ed Agenzie con competenze in materia ambientale, per addivenire ad una sinergia operativa tra gli operatori sanitari e quelli dell'ambiente, al fine di supportare i decisori nelle scelte programmatiche che garantiscano la tutela della popolazione, nei confronti delle esposizioni a inquinanti ambientali potenzialmente dannosi per la salute.

L'integrazione avrà inizio dalla costituzione di una rete regionale comprendente i referenti sanitari per le tematiche di ambiente e salute individuati in ogni singola ASL, rete che sarà implementata successivamente con il coinvolgimento degli operatori dell'ambiente. L'integrazione programmatica ed operativa dovrà essere raggiunta attraverso attività svolte congiuntamente con conseguenti reporting, di documentazione e di divulgazione sociale.

Particolare importanza sarà attribuita alle attività di formazione degli operatori individuati, all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione di ciascuna ASL, e che andranno a costituire la rete regionale dei referenti sanitari per le tematiche di ambiente e salute. Saranno infatti realizzati specifici percorsi formativi per formatori che comporteranno lo sviluppo di conoscenze, capacità e competenze, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio. Verrà conseguentemente effettuata, tramite tali formatori, una formazione specifica a cascata su queste tematiche, di altri operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, di operatori dell'ARPAS e di MMG e PLS, di basilare importanza per costruire una reale integrazione tra ambiente e salute e per la sensibilizzazione e l'informazione dei cittadini attraverso la divulgazione di informazioni adeguate, affidabili ed accessibili, al fine di evitare allarmismi e/o sottovalutazioni.

Essendo necessario comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico, verranno adottati appositi indirizzi regionali, condivisi dagli operatori dell'ambiente e della sanità, per la realizzazione di un approccio congiunto per una comunicazione del rischio alla popolazione univoca ed efficace.

Le modifiche ambientali possono avere degli effetti sulla salute della popolazione; è pertanto indispensabile disporre di strumenti metodologici per la preventiva valutazione degli impatti sulla salute (VIS), in rapporto alle modificazioni dell'ambiente determinate dalla realizzazione di progetti, piani e/o programmi all'interno delle procedure di Valutazione di Impatto Ambientale (VIA), Valutazione Ambientale Strategica (VAS) e Autorizzazione Integrata Ambientale (AIA). Tale valutazione attualmente nella nostra Regione non è ancora contemplata, pertanto sarà necessario mettere a punto strumenti che potranno essere funzionali alle attività istituzionali dei Dipartimenti di Prevenzione, chiamati ad esprimere pareri nelle conferenze di servizi per le valutazioni di impatto. A tal fine, la Regione Sardegna ha aderito al progetto "Tools for HIA (T4HIA)", finanziato dal programma del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, che ha come obiettivo l'elaborazione di Linee Guida di elevata applicabilità a livello nazionale e che saranno adattate a livello regionale per consentire una loro formalizzazione come atto di indirizzo regionale. Il raggiungimento di questo obiettivo si baserà sulla costruzione di un sistema di collaborazione interistituzionale tra la componente sanitaria e la componente ambientale e di un sistema di relazioni a rete tra gli operatori delle due componenti, per la diffusione delle buone pratiche e la definizione degli ambiti di competenza sanitaria ed ambientale. La Formazione sarà cruciale per la costruzione di competenze specifiche attraverso percorsi formativi rivolti ai formatori che a loro volta cureranno la formazione a cascata degli altri operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, chiamati ad esprimere pareri nelle conferenze di servizi per le valutazioni di impatto (*Valutatori*). Particolare attenzione sarà prestata anche agli strumenti a supporto dei *proponenti* nell'elaborazione della componente salute di uno "Studio di Impatto Ambientale" (SIA), nell'ambito della VIA, e della componente salute all'interno di un "Rapporto Ambientale", nella procedura di VAS.

Gli ambienti confinati (indoor) sono l'ambiente di vita e di lavoro principale per la gran parte della popolazione; la qualità dell'aria negli ambienti chiusi è un importante determinante di salute sia perché i livelli di inquinamento dell'aria sono maggiori rispetto all'ambiente esterno per numerose classi di inquinanti (quali radon, allergeni, fumo di tabacco ambientale, benzene, monossido di carbonio), e sia per il fatto che i gruppi più vulnerabili (bambini e anziani) trascorrono negli ambienti chiusi una percentuale di tempo anche più elevata rispetto al resto della popolazione. Numerosi studi

internazionali hanno dato ampia dimostrazione della rilevanza dell'ambiente indoor sulla salute pubblica in termini di patologie, di mortalità nonché di costi economici. Pertanto, appare ampiamente giustificato porre in atto azioni utili a contrastare le problematiche correlate alla qualità dell'aria negli ambienti indoor, prevedendo la promozione di buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella progettazione/costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, con la predisposizione, nell'ambito del presente Programma, di specifici Indirizzi Regionali per orientare i regolamenti edilizi.

Si precisa che le attività di promozione/informazione concernenti gli obiettivi centrali "8.11 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare" e "8.12 Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV", coerentemente con la popolazione target indicata nei relativi indicatori centrali, verranno sviluppate nell'ambito del Programma P-1.1 "Una scuola in salute".

## Obiettivi generali e Indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Definizione operativa dell'indicatore	Valori di partenza		Valori attesi per il 2018	
				Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P-8.2: Supporto alle Politiche Ambientali</b>	8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	8.1.1 Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	Disponibilità di documenti che evidenziano la programmazione integrata nell'ambito della tematica ambiente e salute	Non rilevato	0	100% Almeno 1 documento in tutte le Regioni	Almeno 1 documento
		8.1.2 Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute	Evidenza documentata di esistenza di una rete e della relativa attività	Non rilevato	Non esistenti	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Evidenza documentata di esistenza di rete di referenti e relativa attività
	8.3 Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	8.3.1 Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	Produzione di atti di indirizzo regionali	Non rilevato	Non esistenti	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	Esistenza di atti di indirizzo regionali
	8.5 Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno	8.5.1 Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016)	Curriculum formativo per gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione	Non rilevato	Non esistente	100% Esistenza di un curriculum formativo in ogni Regione	Esistenza di un curriculum formativo

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Definizione operativa dell'indicatore	Valori di partenza		Valori attesi per il 2018	
				Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
	sanitario e della comunicazione del rischio		ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio				
		8.5.2	Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)	Non rilevato	0	100% Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione	Almeno 1 corso di formazione per i formatori
		8.5.3	Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)	Non rilevato	Non rilevato	50% in ogni Regione	<b>30%*</b>
	8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	8.6.1 Regioni che hanno recepito le linee guida	Atto formale di recepimento delle linee guida nazionali o, in assenza, adozione di indirizzo regionale specifico	Non rilevato	Non esistente	100% Esistenza di atto formale di recepimento in ogni Regione	Esistenza di atto formale regionale di recepimento
	8.10 Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	8.10.1 Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	Adozione di indirizzi regionali specifici	Non rilevato	Non esistenti	100% Adozione di indirizzi specifici in ogni Regione	Adozione di indirizzi regionali specifici

**\* Giustificazione del valore atteso regionale**

Le problematiche di Salute e Ambiente non hanno trovato finora omogenea applicazione nelle ASL della Sardegna; pertanto, trattandosi di una attività da creare ex novo e mancando valori di baseline, i risultati attesi potranno non essere in linea con quelli nazionali. In particolare lo sviluppo di conoscenze tra i MMG e i PLS, sui temi dell'integrazione ambiente-salute, è resa ancor più difficile dalla necessità di motivare alla partecipazione ai corsi di formazione tali professionisti, che verrebbero chiamati ad effettuare attività non previste dai contratti di categoria. Pertanto come valore atteso dello standard regionale nel 2018, relativamente all'indicatore 8.5.3, si sceglie il 30% di operatori che saranno formati. Tale valore è giustificato dal non avere in Sardegna una strutturazione adeguata con operatori preparati ad affrontare una gestione integrata e intersettoriale della tematica salute e ambiente.



## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P-8.2

Azione	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P-8.2.1</b> Programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	Realizzare l'attività di reporting annuale della rete regionale salute e ambiente	Esistenza di report annuale di attività <b>(indicatore sentinella)*</b>	Report disponibili presso Assessorato Sanità	Evidenza di report annuale	0	0	1	1	1
<b>P-8.2.2</b> Sviluppo delle conoscenze sulle tematiche di ambiente e salute e comunicazione del rischio	Migliorare le attività degli operatori della sanità e dell'ambiente e renderle più efficaci, attraverso lo sviluppo di conoscenze sulle tematiche di integrazione ambiente-salute, danno sanitario e comunicazione del rischio	Predisposizione di curriculum formativo rivolto ai referenti di ambiente e salute dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, dell'ARPAS, MMG e PLS <b>(indicatore sentinella)**</b>	Documento predisposto dal gruppo di programmazione d'intesa con la ASL capofila in materia di salute-ambiente	Evidenza curriculum formativo	0	0	Ev.		
		Proporzione di corsi di formazione per formatori (operatori della sanità) effettuati rispetto a quelli previsti <b>(indicatore sentinella)**</b>	Copia di attestati di partecipazione disponibili presso la ASL capofila	<i>Numeratore:</i> n. di corsi per formatori effettuati x 100 <i>Denominatore:</i> n. di corsi previsti (1 corso all'anno dal 2016 )	0%	0%	100%	100%	100%
		Proporzione di corsi di formazione a cascata per operatori appartenenti a Dipartimenti di Prevenzione, ARPAS, MMG e PLS effettuati, rispetto a quelli previsti <b>(indicatore sentinella)**</b>	Copia di attestati di partecipazione disponibili presso le ASL	<i>Numeratore:</i> n. di corsi di formazione a cascata effettuati x 100 <i>Denominatore:</i> n. di corsi previsti (almeno 1 corso in ciascuna ASL per ognuno degli anni 2017 e 2018)	0%	0%	0%	100%	100%



Azione	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
		Recepimento delle Linee Guida nazionali o, in assenza, elaborazione di linee di Indirizzo regionali per la comunicazione e del rischio <b>(indicatore sentinella)**</b>	Documento di recepimento o documento elaborato	Evidenza documento	0				Ev.
<b>P-8.2.3</b> Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS)	Partecipare all'elaborazione delle Linee guida VIS con strumenti per valutatori e proponenti nell'ambito del progetto CCM "T4HIA - Tools for Health Impact Assessment" entro il 2016 (1 <sup>a</sup> fase) e predisporre i relativi atti di indirizzo entro il 2017 (2 <sup>a</sup> fase), da adottare con apposito atto entro il 2018 (3 <sup>a</sup> fase) per la loro applicazione nel territorio regionale	Proporzione di fasi svolte rispetto a quelle stabilite per la predisposizione e l'adozione di atti di indirizzo regionali in materia di VIS <b>(indicatore sentinella)**</b> *	Documenti, verbali, evidenza degli atti di indirizzo regionali in materia di VIS e dell'atto relativo alla loro adozione	<i>Numeratore:</i> n. di fasi svolte x 100 <i>Denominatore:</i> n. complessivo di fasi stabilite (n. 3)	0%  (= 0 fasi su 3 fasi x 100)		33%  (= 1 fase su 3 fasi x100)	67%  (= 2 fasi su 3 fasi x100)	100%  (= 3 fasi su 3 fasi x100)
<b>P-8.2.4</b> Promozione di buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici per il miglioramento della qualità dell'aria indoor	Adottare Indirizzi regionali in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, entro il 2018,	Produzione di un report regionale annuale sulle attività realizzate per la predisposizione e l'adozione di Indirizzi regionali in materia di sostenibilità	Report prodotto dal Gruppo di Lavoro intersettoriale	Evidenza del documento	0	0	1	1	1



Azione	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
	attraverso il reperimento di documentazione e per ampliare il quadro conoscitivo sulle problematiche correlate alla qualità dell'aria indoor e sui sistemi di riduzione/abbattimento dei livelli degli inquinanti indoor entro il 2016, l'analisi e l'elaborazione del materiale raccolto entro il 2017 e la predisposizione degli Indirizzi specifici entro il penultimo trimestre del 2018	ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon. (indicatore sentinella)*** *							

#### Giustificazione scelta indicatori sentinella:

- \* l'attività di reporting annuale costituisce lo strumento più rispondente per la rilevazione delle attività svolte dalla rete dei referenti sanitari. L'elaborazione del report annuale da parte dei Dipartimenti di Prevenzione rappresenta l'indicatore più rilevante per garantire il monitoraggio dell'azione;
- \*\* la predisposizione di un curriculum formativo, la realizzazione dei corsi di formazione per formatori e dei corsi di formazione a cascata e il recepimento delle Linee Guida nazionali (o, in assenza, l'elaborazione di linee di Indirizzo regionali) per la comunicazione del rischio rappresentano gli indicatori più idonei per valutare e documentare l'avanzamento di questa azione verso il miglioramento delle attività degli operatori della sanità e dell'ambiente attraverso lo sviluppo di conoscenze sulle tematiche di integrazione ambiente-salute, danno sanitario e comunicazione del rischio (obiettivo specifico di questa azione);
- \*\*\* la proporzione di fasi svolte rispetto a quelle stabilite per la predisposizione e l'adozione di atti di indirizzo regionali in materia di VIS costituisce l'indicatore che meglio può documentare il percorso che verrà seguito per il conseguimento dell'obiettivo specifico di questa azione;
- \*\*\*\* le attività effettuate dal gruppo di lavoro intersettoriale saranno documentate da specifici report che rappresentano l'indicatore più appropriato per attestare il progressivo avanzamento del processo verso il raggiungimento dell'obiettivo specifico che ne dettaglia i contenuti e la tempistica.

#### Pianificazione delle azioni: azione P-8.2.1

Azione P - 8.2.1	Programmazione integrata per la tematica ambiente e salute
------------------	--

Descrizione	La tematica è per definizione multi-disciplinare, da qui la necessità di istituire rapporti intra ed interistituzionali per favorire la convergenza di professionalità e culture diverse. Con questa azione si intende costituire una rete di operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e degli Enti ed Agenzie con competenza in materia ambientale, dedicati alle problematiche di salute e ambiente e migliorare la collaborazione con le istituzioni deputate alla difesa dell'ambiente, al fine di poter addivenire ad una programmazione integrata, in modo da rendere più efficaci le attività degli operatori della sanità e dell'ambiente.
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta ai referenti dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e degli Enti ed Agenzie con competenza ambientale
Setting identificato per l'azione	NA
Gruppi di interesse	La presente azione, pur essendo rivolta prioritariamente ai referenti individuati per le problematiche di salute e ambiente operanti nei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e negli Enti con competenza ambientale, avrà ricadute anche su cittadini, Istituzioni ed associazioni che saranno beneficiari di una maggiore tutela sanitaria ed ambientale.
Prove di efficacia	Sulla base delle esperienze nazionali ed internazionali si può affermare che i piani e i programmi basati su un approccio condiviso e basati sulle esigenze di salute della popolazione, se ben disegnati e di qualità, permettono di affrontare efficacemente le tematiche di ambiente e salute.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Le strutture e i referenti di salute e ambiente delle ASL e dell'ARPAS sono primariamente coinvolti; sono peraltro interessate diverse unità operative dei Servizi Sanitari e Tecnico-Ambientali regionali compresi gli Assessorati competenti.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-8.2.1.1</b> Costituzione di una rete regionale di referenti sanitari per le tematiche ambiente e salute	Entro il 2015 sarà costituita, con Determinazione del Direttore Generale della Sanità dell'Assessorato Sanità, una rete di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, coordinata dalla ASL capofila in materia e composta da almeno 2 operatori per ciascuna ASL, individuati dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, che saranno chiamati ad affrontare le problematiche di ambiente e salute. Questi verranno successivamente formati come formatori, nell'ambito dell'Azione P-8.2.2, al fine di garantire interventi efficaci, coordinati ed omogenei volti a tutelare la popolazione dagli effetti sanitari derivanti dagli impatti di origine ambientale.
<b>P-8.2.1.2</b> Predisposizione di un Format per la raccolta dei dati di attività dei referenti in ambito sanitario	La realizzazione di un format specifico e standardizzato è lo strumento indispensabile per la rilevazione delle attività svolte dalla rete dei referenti sanitari. Il format permetterà il monitoraggio delle attività e la redazione del relativo report da far pervenire, da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, al Servizio Prevenzione dell'Assessorato Sanità entro il mese di gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.
<b>P-8.2.1.3</b> Implementazione della rete di operatori sanitari con operatori ambientali	Entro il 2016 la rete di referenti sanitari per le tematiche salute e ambiente sarà implementata a comprendere anche operatori di Enti ed Agenzie con competenza ambientale, in particolare operatori dei Dipartimenti dell'ARPAS, che saranno individuati da tale Agenzia su richiesta dell'Assessorato della Sanità. Questi verranno successivamente formati a cascata, nell'ambito dell'Azione P-8.2.2, al fine di garantire l'approccio multidisciplinare per una integrazione operativa nella valutazione degli effetti sulla salute degli inquinanti ambientali.
<b>P-8.2.1.4</b> Attività della rete finalizzata alla produzione di documento/i sulle attività integrate	Le attività effettuate dovranno trovare riscontro in documenti finali descrittivi dell'attività integrata che potranno rappresentare una solida base per i successivi interventi di prevenzione e che verranno messi a disposizione dei decisori per supportare scelte coerenti con le garanzie di salute della popolazione.
Setting identificato per l'azione	NA
Rischi e management dei rischi	Attualmente l'integrazione tra operatori sanitari e operatori ambientali è sporadica e occasionale e spesso lasciata all'iniziativa dei singoli, in assenza di una reale strategia di integrazione. Pertanto il rischio maggiore per questa azione è rappresentato dal non

	riuscire a costituire la rete integrata. Sarà fatto qualsiasi sforzo affinché vengano superate le diffidenze reciproche con attività di sensibilizzazione incentrata soprattutto sui reali vantaggi derivanti dall'affrontare in modo congiunto le varie problematiche ambientali che possono avere ripercussioni sulla salute pubblica
Sostenibilità	Attualmente l'integrazione ambiente e salute nella nostra Regione non ha carattere istituzionale, pertanto affinché questa azione sia sostenibile sono necessarie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- risorse umane sufficienti dedicate alle tematiche ambiente e salute;</li> <li>- un collegamento organico e non occasionale tra le autorità preposte alla tutela della salute e dell'ambiente;</li> <li>- l'integrazione programmatica ed operativa che si traduca in strategie condivise per il perseguimento di obiettivi comuni da attuarsi attraverso opportune sinergie tra il sistema sanitario e il sistema della protezione ambientale.</li> </ul>

## Cronoprogramma azione P-8.2.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P-8.2.1.1</b> Costituzione di una rete regionale di referenti sanitari per le tematiche ambiente e salute	Assessorato Sanità															
<b>P-8.2.1.2</b> Predisposizione di un Format per la raccolta dei dati di attività dei referenti in ambito sanitario	Gruppo di Programmazione															
<b>P-8.2.1.3</b> Implementazione della rete di operatori sanitari con operatori ambientali	Assessorato Sanità															
<b>P-8.2.1.4</b> Attività della rete finalizzata alla produzione di documento/i sulle attività integrate	Rete integrata d'intesa con Gruppo di Programmazione															

## Pianificazione delle azioni: azione P-8.2.2

Azione P - 8.2.2	Sviluppo delle conoscenze sulle tematiche di ambiente e salute e comunicazione del rischio
Descrizione	L'azione verterà sulla predisposizione di un programma di formazione e di comunicazione del rischio volti ad implementare le attuali conoscenze sui temi di salute e ambiente nella nostra Regione. Si vuole migliorare l'attività e l'efficacia degli operatori della sanità e dell'ambiente attraverso lo sviluppo di conoscenze sulle tematiche di integrazione ambiente-salute, danno sanitario e comunicazione del rischio. E', inoltre, previsto il recepimento di linee guida nazionali per la comunicazione del rischio o, in assenza, l'elaborazione e l'adozione di linee di indirizzo regionali.
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta a tutti gli operatori della sanità e dell'ambiente destinatari della formazione, in modo particolare gli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'ARPAS oltreché MMG e PLS
Setting identificato per l'azione	NA





Gruppi di interesse	L'azione, pur essendo rivolta principalmente agli operatori sanitari e ambientali, coinvolgerà anche i cittadini, Istituzioni ed eventuali associazioni che saranno beneficiari di una comunicazione del rischio adeguata, appropriata ed efficace.
Prove di efficacia	Tutti i piani di formazione se ben disegnati e di qualità producono conoscenza e sono evidence based. Il piano sarà accompagnato da un sistema per il monitoraggio delle attività di formazione. Sarà prioritario in proposito che il sistema fornisca dati di monitoraggio del suo buon andamento.
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	Gli interventi interessano diverse unità operative dei settori sanitario e ambientale regionali, compresi gli Assessorati competenti. Le strutture e i referenti di salute e ambiente delle ASL realizzeranno la formazione a cascata di altri operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, di operatori dell'ARPAS, nonché di MMG e PLS, che occupano una posizione di rilievo per l'informazione sulle tematiche ambiente e salute rivolta ai pazienti. Tutti contribuiscono alla comunicazione del rischio.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-8.2.2.1</b> Definizione di un curriculum formativo rivolto ai referenti di ambiente e salute dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, dell'ARPAS, MMG e PLS	Sarà elaborato, da parte del gruppo di programmazione d'intesa con la ASL capofila in materia di salute-ambiente, un curriculum di formazione destinato ai referenti per le tematiche salute e ambiente dei Dipartimenti di Prevenzione, operatori dell'ARPAS, MMG e PLS, strutturato a step successivi e con modalità che permettano l'acquisizione graduale delle conoscenze necessarie per affrontare le problematiche di salute e ambiente, danno sanitario e comunicazione del rischio.
<b>P-8.2.2.2</b> Realizzazione di corsi di formazione per i formatori	I referenti sanitari della rete regionale, di cui all'azione P-8.2.1, saranno adeguatamente formati sulle tematiche di ambiente e salute, in modo che possano trasmettere a cascata le conoscenze acquisite agli altri operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, dell'ARPAS, MMG, PLS.
<b>P-8.2.2.3</b> Formazione a cascata del 30% degli operatori destinatari della formazione appartenenti a Dipartimenti di Prevenzione, ARPAS, MMG e PLS	Entro il 2018 sarà effettuata, ad opera dei formatori formati nella precedente attività P-8.2.2.2, la formazione a cascata del 30% degli operatori individuati per le problematiche di ambiente e salute appartenenti a Dipartimenti di Prevenzione, ARPAS, MMG e PLS.
<b>P-8.2.2.4</b> Recepimento delle Linee Guida nazionali o, in assenza, elaborazione di linee di Indirizzo regionali per la comunicazione del rischio	Saranno recepite le linee guida nazionali o, in assenza, saranno elaborate, da parte del gruppo di programmazione regionale, e adottate con apposito atto regionale, le linee di indirizzo regionali per la comunicazione del rischio. Le linee guida saranno condivise dagli operatori della sanità e dell'ambiente, per la realizzazione di un approccio congiunto per una comunicazione del rischio alla popolazione univoca ed efficace
Rischi e management dei rischi	Lo sviluppo di conoscenze tra i MMG e i PLS, sui temi dell'integrazione ambiente-salute, è reso difficile dalla scarsa partecipazione ai corsi di formazione di tali professionisti, in quanto verrebbero chiamati ad effettuare attività non previste dai contratti di categoria. Pertanto il rischio reale di questa azione è rappresentato dalla difficoltà di coinvolgimento di questi professionisti. A tal fine saranno adottate opportune strategie per massimizzare la loro partecipazione.
Sostenibilità	Attualmente le problematiche di ambiente e salute non trovano univoca collocazione nelle Aziende Sanitarie della Regione Sardegna; pertanto, affinché l'azione sia sostenibile, è necessario che i referenti individuati siano espressamente dedicati a tali tematiche.

## Cronoprogramma azione P-8.2.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P-8.2.2.1</b> Definizione di un curriculum formativo rivolto ai referenti di ambiente e salute dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, dell'ARPAS, MMG e PLS	Gruppo di Programmazione d'intesa con la ASL capofila														
<b>P-8.2.2.2</b> Realizzazione di corsi di formazione per i formatori	ASL capofila d'intesa con Gruppo di Programmazione														
<b>P-8.2.2.3</b> Formazione a cascata del 30% degli operatori destinatari della formazione appartenenti a Dipartimenti di Prevenzione, ARPAS, MMG e PLS	Tutte le ASL d'intesa con la ASL capofila e con il Gruppo di Programmazione														
<b>P-8.2.2.4</b> Recepimento delle Linee Guida nazionali o, in assenza, elaborazione di linee di Indirizzo regionali per la comunicazione del rischio	Gruppo di programmazione Rete Integrata Giunta Regionale														

## Pianificazione delle azioni: azione P-8.2.3

Azione P - 8.2.3	Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS)
Descrizione	<p>L'utilizzo di procedure di valutazione ambientale: Valutazione Ambientale Strategica (VAS), Valutazione Impatto Ambientale (VIA) e Autorizzazione Integrata Ambientale (AIA) nell'esame di piani e programmi, politiche e progetti è ormai consolidato in quanto previsto da norme cogenti, mentre non altrettanto avviene per quanto riguarda la valutazione degli impatti sulla salute. Le modifiche ambientali possono avere degli effetti sulla salute della popolazione; pertanto è indispensabile poter valutare tali ricadute e disporre di strumenti efficaci per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute (VIS) a supporto delle decisioni.</p> <p>Con questa azione si intende avviare programmi e processi che permettano di accrescere le competenze degli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione, chiamati ad esprimere pareri nelle procedure di VIA, VAS, AIA.</p> <p>Particolare attenzione sarà prestata agli strumenti a supporto dei proponenti nell'elaborazione della componente salute di uno "Studio di impatto ambientale" nell'ambito della VIA e della componente salute all'interno di un "Rapporto Ambientale" nella procedura di VAS, per diffondere ed applicare i principi di buona pratica della VIS.</p> <p>A livello nazionale sono state attivate e sono in corso, procedure sperimentali di VIS soprattutto indirizzate agli interventi degli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione nelle Conferenze di Servizi per il rilascio delle autorizzazioni ambientali.</p> <p>La Regione Sardegna partecipa, insieme ad altre 11 regioni e province autonome, al progetto CCM "T4HIA - Tools for Health Impact Assessment" relativo alla "Valutazione di impatto sulla salute (VIS): Linee guida e strumenti per valutatori e proponenti", con il</p>

	<p>coordinamento della Regione Emilia Romagna e il supporto metodologico dell'Istituto di Fisiopatologia Clinica del CNR (IFC-CNR), dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'ISPR. Successivamente all'elaborazione delle linee guida, nell'ambito del suddetto progetto CCM, verranno predisposti gli atti di indirizzo regionali, da adottarsi successivamente con Delibera della Giunta Regionale, per la loro applicazione nel territorio regionale.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	<p>Il gruppo beneficiario prioritario è costituito dagli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, impegnati nelle attività di verifica della componente salute pubblica nelle valutazioni ambientali. Trarranno vantaggio da questa azione anche i proponenti che avranno a disposizione gli strumenti messi a punto dal progetto CCM.</p>
Setting identificato per l'azione	NA
Gruppi di interesse	<p>La presente azione, pur essendo rivolta prioritariamente agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, avrà ricadute anche su cittadini, Istituzioni ed associazioni che saranno beneficiari di una maggiore tutela sanitaria ed ambientale. L'applicazione delle procedure di VIS permetteranno inoltre ai decisori di orientarsi sulle scelte più opportune per la salvaguardia della salute della popolazione.</p>
Prove di efficacia	<p>L'adozione di strumenti standardizzati ben disegnati e basati su evidenze scientifiche, ottenute attraverso sperimentazioni nazionali ed internazionali, permetteranno di garantire una maggiore tutela della popolazione dai rischi derivanti da esposizioni ad inquinanti ambientali.</p>
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	<p>Le tematiche affrontate in questa azione coinvolgeranno gli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione, operatori ARPAS, i decisori, i tecnici dei proponenti, i comitati e i rappresentanti dei cittadini.</p>
<b>Attività principali</b>	
<b>P-8.2.3.1</b> Individuazione del gruppo di operatori	<p>Verrà individuato un gruppo di operatori (almeno due per ASL) che parteciperà alla formazione specifica prevista nel progetto CCM "T4HIA - Tools for Health Impact Assessment", di cui alla successiva attività P-8.2.3.2.</p>
<b>P-8.2.3.2</b> Formazione dei formatori	<p>Il gruppo di operatori così individuato parteciperà ai corsi di formazione per formatori con il compito di trasferire le conoscenze acquisite agli altri operatori dei Dipartimenti di Prevenzione di cui all'attività successiva 8.2.3.3.</p>
<b>P-8.2.3.3</b> Formazione a cascata di personale dei Dipartimenti di Prevenzione	<p>Verranno organizzate specifiche iniziative formative a cascata, effettuate dai formatori formati nella precedente attività P-8.2.3.2 con il supporto della ASL capofila, rivolte al personale dei Dipartimenti di Prevenzione chiamati ad esprimere pareri sui piani e progetti nelle conferenze di servizi. In questo modo sarà possibile estendere la conoscenza e l'applicazione degli strumenti di VIS a tutti i <i>valutatori</i> dei Dipartimenti di Prevenzione.</p>
<b>P-8.2.3.4</b> Eventi formativi per l'applicazione a casi concreti delle procedure di VIS	<p>Saranno previsti eventi formativi mirati sull'applicazione della VIS a progetti concreti al fine di favorire l'omogeneizzazione delle procedure nel territorio della Regione.</p>
<b>P-8.2.3.5</b> Partecipazione all'elaborazione delle "Linee guida VIS" nell'ambito del progetto CCM	<p>Si parteciperà, nell'ambito del progetto CCM "T4HIA - Tools for Health Impact Assessment", all'elaborazione delle "Linee guida VIS", con strumenti per valutatori e proponenti, e a testare la versione informatizzata degli strumenti VISPA per valutatori.</p>
<b>P-8.2.3.6</b> Predisposizione Atti di indirizzo	<p>Successivamente all'elaborazione delle linee guida VIS nell'ambito del suddetto progetto CCM "T4HIA - Tools for Health Impact Assessment" verranno predisposti gli atti di indirizzo per la loro applicazione nel territorio regionale.</p>
<b>P-8.2.3.7</b> Adozione atti di indirizzo regionali	<p>Gli atti di indirizzo elaborati nell'ambito della precedente attività (P-8.2.3.5) verranno adottati, con apposito atto, dalla Giunta Regionale.</p>
<b>P-8.2.3.8</b>	<p>Verranno effettuati degli incontri con Enti ed Agenzie competenti in materia ambientale</p>

Presentazione degli atti di indirizzo di VIS a Enti, Agenzie competenti in materia ambientale. Messa a disposizione degli strumenti ai proponenti	al fine di presentare gli atti di indirizzo adottati. Verranno messi a disposizione dei proponenti opportuni strumenti in grado di orientarli nella redazione della componente sanitaria negli studi e progetti a valenza ambientale.
Rischi e management dei rischi	Una criticità reale, che rischia di inficiare la realizzazione di questa azione, è rappresentata dalla non disponibilità dei dati sanitari per i proponenti in quanto, come noto, essendo dati sensibili sono soggetti alla normativa sulla privacy. Pertanto sarà necessario rendere fruibili tali dati, garantendo nel contempo il rispetto della normativa sui dati sensibili.
Sostenibilità	Attualmente nella nostra regione le ASL adottano comportamenti disomogenei in relazione alla partecipazione ai procedimenti di valutazione di impatto e autorizzativi. Poiché l'applicazione della VIS presuppone l'acquisizione di nuove procedure, affinché l'azione sia sostenibile è necessario che esse siano chiare e condivise.

### Cronoprogramma azione P-8.2.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P-8.2.3.1</b> Individuazione del gruppo di operatori	Assessorato Sanità															
<b>P-8.2.3.2</b> Formazione dei formatori	ASL capofila															
<b>P-8.2.3.3</b> Formazione a cascata di personale dei Dipartimenti di Prevenzione	ASL capofila															
<b>P-8.2.3.4</b> Eventi formativi per l'applicazione a casi concreti delle procedure di VIS	ASL capofila di intesa con Gruppo di Programmazione															
<b>P-8.2.3.5</b> Partecipazione all'elaborazione delle "Linee guida VIS" nell'ambito del progetto CCM	ASL capofila															
<b>P-8.2.3.6</b> Predisposizione Atti di indirizzo	ASL capofila di intesa con Gruppo di Programmazione															
<b>P-8.2.3.7</b> Adozione Atti di Indirizzo regionali	Giunta Regionale															
<b>P-8.2.3.8</b> Presentazione degli Atti di Indirizzo di VIS a Enti, Agenzie competenti in materia ambientale. Messa a disposizione degli strumenti ai proponenti	ASL capofila di intesa con Gruppo di Programmazione															

### Pianificazione delle azioni: azione P-8.2.4

<b>Azione P-8.2.4</b>	<b>Promozione di buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ ristrutturazione di edifici per il miglioramento della qualità dell'aria indoor</b>
Descrizione	Con questa azione si intende promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, per il miglioramento della qualità dell'aria indoor, mediante la predisposizione, l'adozione e la divulgazione di Indirizzi regionali specifici per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile, coinvolgendo in un apposito gruppo di lavoro - oltre a rappresentanti degli Assessorati Regionali della Sanità, della Difesa dell'Ambiente, dell'Urbanistica e dei Dipartimenti di Prevenzione ASL e dell'ARPAS - anche rappresentanti dell'ANCI, degli Ordini Professionali (architetti, ingegneri, ecc.).
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta prioritariamente ai referenti dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e dell'ARPAS, agli Amministratori Pubblici e ai professionisti coinvolti (architetti, ingegneri, costruttori, ecc.)
Setting identificato per l'azione	Ambienti confinati (indoor)
Gruppi di interesse	La presente azione - rivolta prioritariamente ai referenti dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e dell'ARPAS, agli Amministratori Pubblici e ai professionisti coinvolti (architetti, ingegneri, costruttori, ecc.) - avrà ricadute positive sui cittadini, che saranno beneficiari di una maggiore tutela sanitaria ed ambientale.
Prove di efficacia	Gli Indirizzi regionali specifici da adottare saranno ben disegnati e basati su evidenze scientifiche, al fine di permettere di avere uno strumento utile a garantire la salute pubblica
Trasversalità (intersettoriale, multissettoriale) per l'azione	Le tematiche affrontate in questa azione sono trasversali ai settori sanitario, ambientale, urbanistico.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-8.2.4.1</b> Costituzione di un Gruppo di Lavoro intersettoriale	Sarà costituito entro il primo semestre 2016, con Determinazione del Direttore Generale della Sanità, un Gruppo di Lavoro intersettoriale comprendente rappresentanti degli Assessorati Regionali della Sanità, della Difesa dell'Ambiente, dell'Urbanistica, dei Dipartimenti di Prevenzione ASL, dell'ARPAS, dell'ANCI Sardegna, degli Ordini Professionali coinvolti (architetti, ingegneri, ecc.).
<b>P-8.2.4.2</b> Reperimento documentazione in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici	Il Gruppo di Lavoro provvederà al reperimento di dati, studi, linee guida, regolamenti edilizi in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici anche in relazione al rischio radon, in ambito regionale, nazionale ed internazionale, per ampliare il quadro conoscitivo sulle problematiche correlate alla qualità dell'aria indoor e sui sistemi di riduzione/abbattimento dei livelli degli inquinanti indoor. Entro il 2016 il Gruppo di Lavoro redigerà un Report sull'attività effettuata. Qualora sia necessario disporre di informazioni più dettagliate riguardo al rischio radon in ambito regionale, si provvederà, mediante apposita convenzione con l'ARPAS, alla classificazione del territorio con individuazione delle aree a rischio.
<b>P-8.2.4.3</b> Analisi ed elaborazione del materiale raccolto	Il materiale raccolto nel corso dell'attività precedente sarà analizzato ed elaborato dal Gruppo di Lavoro, con la produzione, entro il 2017, di un Report sullo stato dell'arte in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon
<b>P-8.2.4.4</b> Predisposizione Indirizzi	Sulla base dello stato dell'arte di cui all'attività P-8.2.4.3, scaturito dall'elaborazione delle informazioni raccolte nel corso dell'attività P-8.2.4.2, il Gruppo di Lavoro predisporrà, entro il penultimo trimestre del 2018, un apposito Report con gli Indirizzi in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile.



<b>P-8.2.4.5</b> Adozione degli Indirizzi regionali	Gli Indirizzi in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, predisposti dal Gruppo di Lavoro, saranno adottati con apposita Deliberazione della Giunta Regionale e divulgati mediante pubblicazione sui siti internet dell'Amministrazione Regionale, delle ASL, dell'ARPAS, dell'ANCI Sardegna, degli Ordini Professionali coinvolti.
Rischi e management dei rischi	Un possibile rischio può essere individuato nella non partecipazione attiva ai lavori del GdL dei componenti esterni ai settori sanitario e ambientale, a cui si cercherà di ovviare con attività di sensibilizzazione, da parte degli operatori sanitari e ambientali nei confronti dei restanti componenti del GdL, sulla rilevanza delle problematiche correlate alla qualità dell'aria indoor e dei sistemi di riduzione/abbattimento dei livelli degli inquinanti indoor, con un approccio improntato all'empowerment istituzionale e non.
Sostenibilità	Affinché l'azione sia sostenibile è necessario che gli Indirizzi siano chiari e condivisi.

## Cronoprogramma azione P-8.2.4

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P-8.2.4.1</b> Costituzione di un gruppo di lavoro intersettoriale	Assessorato Sanità															
<b>P-8.2.4.2</b> Reperimento documentazione in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici	Gruppo di lavoro															
<b>P-8.2.4.3</b> Analisi ed elaborazione del materiale raccolto	Gruppo di lavoro															
<b>P-8.2.4.4</b> Predisposizione Indirizzi regionali	Gruppo di lavoro															
<b>P-8.2.4.5</b> Adozione degli Indirizzi regionali	Giunta Regionale															

## Programma P-8.3: Riduzione delle esposizioni alle sostanze chimiche

### Descrizione del programma

Con l'emanazione del Regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH) del Parlamento Europeo e del Consiglio approvato il 18/12/2006 (con le conseguenti disposizioni di attuazione dello stesso Regolamento sul piano nazionale: DL 15.02.2007 convertito, con modificazioni, con la L. 06.04.2007 n. 46, D.I. del 22/11/2007 ed Accordo Stato-Regioni-PP.AA. del 29.10.2009 - Rep. n. 181/CSR/2009) e del Regolamento (CE) n.1272/2008 (CLP), che dispongono l'istituzione di un sistema di controlli ufficiali affinché non vengano immesse sul mercato sostanze e miscele che non siano state classificate, etichettate, notificate e imballate in conformità a tali Regolamenti, è stato avviato un graduale processo per la realizzazione di un integrato Sistema Europeo di tutela della salute e dell'ambiente in riferimento alle sostanze chimiche, da considerare lungo tutta la filiera della loro produzione, commercializzazione ed utilizzazione.

Finora nella nostra Regione i controlli REACH/CLP, sulla base dei piani nazionali di controllo annuali trasmessi alle Regioni, sono stati effettuati su tutto il territorio regionale, dal Tecnico della Prevenzione della ASL di Cagliari con il supporto del Chimico ARPAS che hanno partecipato, già dal 2009, alle attività nazionali di formazione in materia di REACH e CLP.

La Regione Sardegna ha recepito i termini del succitato Accordo, Rep. N. 181/CSR/2009 con la Delibera n. 12/4 del 4.4.2014, recante *"Individuazione dell'Autorità per i controlli e definizione delle articolazioni organizzative per l'attuazione del Regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH) e della normativa in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio di sostanze e preparati pericolosi"*, con la quale sono stati individuati:

- il Servizio Prevenzione dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, avvalendosi anche del supporto della ASL capofila di Cagliari, per le funzioni di coordinamento e raccordo istituzionale con l'Autorità Competente Nazionale per i Regolamenti REACH e CLP;
- i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL della Sardegna quali Autorità Competenti per i controlli sull'applicazione dei suddetti Regolamenti nell'ambito del territorio di propria competenza;
- l'ARPAS quale struttura territoriale deputata all'esecuzione delle attività analitiche a supporto delle attività di controllo con la quale le ASL stipuleranno apposite convenzioni laddove disponga di metodi di prova validati e idonei all'uso, funzionali alla/e ricerca/che delle sostanze comprese nel Piano nazionale annuale delle attività di controllo e nell'eventuale programmazione regionale, specificando che, in caso contrario, per l'assolvimento delle esigenze analitiche non espletabili dall'ARPAS, le ASL stipuleranno apposite convenzioni con centri analitici di eccellenza interregionale o nazionale.

Con la stessa DGR, è stato istituito il Gruppo Tecnico Regionale che ha elaborato le *"Linee di indirizzo dettaglianti le modalità organizzative ed applicative per l'attuazione dei Regolamenti (CE) n. 1907/2006 (REACH) e n. 1272/2008 (CLP) e ss.mm.ii., al fine di assicurare procedure omogenee in tutto il territorio regionale"*. Tali Linee di indirizzo, approvate con Determinazione del Direttore Generale dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale n. 1092 del 06.10.2014, comprendono le modalità di programmazione ed operative per l'effettuazione del controllo ufficiale e dei controlli analitici, per la gestione dei flussi informativi e per l'applicazione delle sanzioni.

È stata costituita inoltre una rete di vigilanza formata da specifico personale, individuato dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL della Sardegna, con il compito di realizzare i piani annuali di controllo predisposti e trasmessi dal Ministero della Salute, integrati eventualmente con la programmazione regionale, secondo le procedure indicate nelle linee di indirizzo di cui alla suddetta Determina n°1092 del 6.10.2014.

Per rendere operativa ed efficace l'applicazione dei regolamenti REACH/CLP si deve prevedere un complesso di iniziative finalizzate a sostenere la realizzazione in ambito regionale degli adempimenti previsti dai suddetti regolamenti, attraverso l'attuazione di un Programma a breve, medio e lungo termine di formazione specifica, a partire dal 2016 adottando moduli formativi, di ricaduta di quelli nazionali, realizzati anche in forma di collaborazione con le altre Regioni e che si prefigge l'obiettivo di:

- preparare, attraverso vari livelli di formazione gli operatori già individuati (dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione della ASL) per rendere operativa la rete di presidio sul territorio. I suddetti operatori saranno formati anche all'uso del portale RIPE, realizzato dall'ECHA, che permette di reperire informazioni necessarie per effettuare le attività di

controllo. Con la formazione del medesimo personale sarà possibile disporre, a partire dall'anno 2017, di un team di ispettori in grado di effettuare, in via continuativa e consolidata, l'attività dei controlli ufficiali, che sarà svolta sulla base della annuale pianificazione nazionale e regionale. Nelle more di tale formazione, i controlli continueranno ad essere eseguiti, su tutto il territorio regionale, dal Tecnico della Prevenzione della ASL di Cagliari con il supporto del Chimico dell'ARPAS sopracitati (che hanno partecipato, già dal 2009, alle attività nazionali di formazione in materia di REACH e CLP).

- predisporre appositi corsi di formazione per "formatori" finalizzati all'acquisizione delle competenze necessarie per informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione e Ambientali (RSPP e RSPPA) interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche.

Sarà predisposto materiale informativo, al fine di agevolare le imprese nella comprensione dei Regolamenti (CE) REACH/CLP e dei relativi obblighi ed informare i cittadini sui rischi e sull'uso delle sostanze chimiche. La documentazione prodotta sarà pubblicata nei siti istituzionali della Regione e delle ASL.

E' inoltre prevista l'attivazione del "sistema di segnalazione delle situazioni di presunte o accertate non conformità relativamente ai Regolamenti REACH e CLP tra Autorità Competenti per il controllo", con il recepimento - non appena verranno approvate mediante atto di Conferenza Stato- Regioni, come concordato il 29.01.14 in sede di Coordinamento Interregionale REACH - delle "Linee Guida relative alle procedure di attivazione delle Autorità Competenti REACH e CLP in conseguenza ad una segnalazione", approvate dal suddetto Coordinamento Interregionale in tale data.

Nell'ambito dell'attuazione di strategie trasversali specifiche con il programma 7.2 "Prevenzione delle malattie professionali", è altresì prevista l'attivazione di un flusso di informazioni delle segnalazioni, verso i Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, di non conformità ai requisiti di cui ai Regolamenti Comunitari REACH e CLP relativamente agli agenti cancerogeni.

Riguardo alla tematica amianto, l'apposito report dei dati sugli ex esposti verrà sviluppato trasversalmente nell'ambito del succitato programma 7.2 Prevenzione delle malattie professionali."

## Obiettivi generali e Indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P-8.3 Riduzione delle esposizione a sostanze chimiche</b>	8.7 Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/ CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente, basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH/CLP tra Autorità Competenti per il controllo	Non Rilevato	Non esistente	100% Esistenza di un sistema di indicatori in ogni Regione che monitori la realizzazione degli obiettivi del Piano Nazionale Controlli	Esistenza di un sistema di indicatori per monitorare la realizzazione degli obiettivi del Piano Nazionale Controlli





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
	8.8 Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche.	Numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	Non Rilevato	0	Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione	Almeno 1 corso di formazione
	8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)	Non rilevato	Dati disponibili presso gli SPRESAL delle ASL	100% Produzione di un Report in ogni Regione	Produzione di un Report dei dati sugli ex esposti ad amianto (che verrà sviluppato trasversalmente nell'ambito del Programma P-7.2 "Prevenzione delle malattie professionali")

### Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P-8.3

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P – 8.3.1</b> Dare piena attuazione ai Regolamenti REACH/CLP nella Regione Sardegna e conseguentemente ridurre l'esposizione ad agenti chimici da parte dell'uomo e dell'ambiente	Implementare il sistema di controlli per i Regolamenti REACH e CLP nella Regione Sardegna, secondo quanto stabilito dal Piano Nazionale Controlli e dalla pianificazione regionale, applicando le linee di indirizzo	Proporzione di ASL che hanno inviato la scheda sulle risultanze del monitoraggio delle attività di controllo conforme alle linee di indirizzo regionali, entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento,	Schede sulle risultanze del monitoraggio delle attività di controllo inviate dalle ASL, disponibili presso l'Assessorato della Sanità	<i>Numeratore:</i> n. di ASL che hanno inviato la scheda sulle risultanze del monitoraggio delle attività di controllo conforme alle linee di indirizzo regionali <i>Denominatore:</i> n. totale ASL (attualmente n. 8, ma da ridurre a breve in	0%	0%	12,5%	70%	100%



Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
	regionali dettaglianti le modalità operative per l'effettuazione dei controlli al fine di assicurare procedure omogenee in tutto il territorio regionale	rispetto al totale delle ASL <b>(indicatore sentinella)*</b>		ottemperanza all'art. 1 della L.R. n. 23/2014)					
		Proporzione di operatori formati per effettuare i controlli ufficiali rispetto a quelli da formare individuati dalle ASL	Copia di attestati di partecipazioni e disponibili presso la ASL capofila	<i>Numeratore:</i> n. di operatori formati per effettuare i controlli ufficiali <i>Denominatore:</i> n. di operatori da formare individuati dalle ASL (n. 29)	3%	3%	100%	100%	100%
		Proporzione di corsi di formazione per formatori (già formati per effettuare i controlli ufficiali) effettuati, rispetto a quelli previsti <b>(indicatore sentinella)**</b>	Copia di attestati di partecipazioni e rilasciati ai formatori disponibili presso la ASL capofila	<i>Numeratore:</i> n. di corsi di formazione per formatori effettuati x 100 <i>Denominatore:</i> n. di corsi previsti (1 corso per ognuno degli anni 2017 e 2018)	0%	0%	0%	100%	100%

#### Giustificazione scelta indicatori sentinella

- \* La compilazione delle schede, uniformi e condivise, sulle risultanze del monitoraggio delle attività di controllo, da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, rappresenta l'indicatore più significativo per monitorare la realizzazione degli obiettivi del Piano Nazionale Controlli in ambito regionale e garantire nel contempo il rispetto del flusso informativo con l'Autorità Competente Nazionale.
- \*\* La realizzazione dei corsi di formazione per formatori (destinati a due soggetti per ogni ASL, di cui uno afferente al Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro e l'altro afferente alla struttura ASL che si occupa di Salute e Ambiente, già formati per effettuare i controlli ufficiali) rappresenta l'indicatore più idoneo per valutare e documentare l'avanzamento di questa azione verso il raggiungimento di uno degli obiettivi generali del programma in quanto, oltre a permettere a tali figure di trasferire le competenze acquisite ad altri soggetti, consentirà di informare e fornire assistenza alle aziende ed ai loro rappresentanti (RSPP e RSPPA) interessati all'uso ed alla gestione delle sostanze chimiche.



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Pianificazione delle azioni: azione P-8.3.1

<b>Azione P-8.3.1</b>	<b>Dare piena attuazione ai Regolamenti REACH/CLP nella Regione Sardegna e conseguentemente ridurre l'esposizione a agenti chimici da parte dell'uomo e dell'ambiente</b>
Descrizione	<p>Con questa azione si vuole dare piena attuazione ai Regolamenti REACH/CLP nella nostra Regione. A tal fine si prevede sia l'implementazione dei controlli ufficiali sia la realizzazione di iniziative di formazione specifica rivolte agli operatori, individuati dai Dipartimenti di Prevenzione, che costituiscono la rete di vigilanza per la attuazione, secondo le procedure indicate nelle linee di indirizzo regionali di cui alla Determina n°1092 del 6.10.2014, dei piani annuali di controllo predisposti e trasmessi dal Ministero della Salute eventualmente integrati con la pianificazione regionale”</p> <p>L'attività di vigilanza sarà supportata dall'accesso in ogni Dipartimento di Prevenzione al portale RIPE; tale accesso è subordinato all'acquisizione, nell'ambito della suddetta formazione specifica, delle competenze necessarie per il suo utilizzo, garantendo così l'interscambio tra la Regione, gli Ispettori, l'ECHA e l'Autorità Competente Nazionale.</p> <p>Inoltre, saranno effettuati appositi corsi di formazione per “<i>formatori</i>” finalizzati all'acquisizione delle competenze necessarie per informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione e Ambientali (RSPP e RSPPA) interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche.</p> <p>I suddetti formatori predisporranno anche documentazione informativa al fine di agevolare le imprese nella comprensione dei Regolamenti (CE) REACH/CLP e dei relativi obblighi ed informare i cittadini sulle sostanze chimiche durante il loro ciclo di vita, compresi i rischi che esse presentano per la salute umana e l'ambiente, da pubblicarsi nei siti istituzionali della Regione e delle ASL.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta prioritariamente agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione che saranno chiamati a realizzare il sistema REACH/CLP nella nostra Regione.
Setting identificato per l'azione	NA
Gruppi di interesse	La presente azione, pur essendo rivolta prioritariamente agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione individuati per l'effettuazione dei controlli nei territori di competenza e agli altri attori direttamente coinvolti nel sistema REACH/CLP, avrà ricadute su tutti i soggetti che potranno trarre vantaggio da una migliore conoscenza di tale sistema.
Prove di efficacia	<p>E' sottolineato dal SAICM (Strategic Approach to International Chemicals Management) che l'istituzione di sistemi di controllo concorre alla riduzione dei rischi.</p> <p>Dare piena attuazione ai Regolamenti REACH/CLP e ai controlli previsti significa assicurare un maggiore livello di protezione della salute umana e dell'ambiente, attraverso una migliore conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici già esistenti e/o nuovi. Fornire maggiori informazioni sulle proprietà pericolose delle sostanze chimiche, sui rischi connessi all'esposizione e sulle misure di sicurezza da adottare potrà determinare una maggiore consapevolezza nell'utilizzo di tali sostanze. I controlli sugli obblighi dei fabbricanti, importatori e utilizzatori a valle rappresentano una tutela affinché sul mercato vengano immesse esclusivamente sostanze che non recano danno alla salute umana e all'ambiente.</p>
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	La realizzazione del Sistema REACH/CLP vede il coinvolgimento di vari Enti e settori, dall'Autorità Competente Nazionale all'Assessorato Regionale alla Sanità, ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e all'ARPAS, dando piena transversalità alla presente azione. Le tematiche affrontate sono trasversali inoltre al programma 8.2 (Supporto alle politiche ambientali) in quanto rivolte alla tutela della salute dai rischi derivanti da sostanze



	potenzialmente dannose.
<b>Attività principali</b>	
<b>P-8.3.1.1</b> Applicazione delle "Linee di indirizzo regionali"	In ogni Dipartimento saranno applicate le linee di indirizzo regionali dettaglianti le modalità organizzative ed applicative per l'effettuazione dei controlli da parte del personale individuato nei Dipartimenti di prevenzione delle ASL, in coerenza con l'Accordo Stato - Regioni del 29 ottobre 2009 n 181/CSR. L'applicazione delle linee di indirizzo regionali in ogni ASL consentirà di conseguire omogeneità di comportamenti in tutto il territorio in coerenza con i piani annuali di controllo. Seguendo le modalità di cui alle suddette linee di indirizzo, la programmazione dei controlli ufficiali verrà effettuata sulla base del Piano Nazionale annuale delle attività di controllo e delle eventuali integrazioni proposte dal Gruppo Tecnico Regionale (recepite con apposito provvedimento regionale), con l'individuazione e la selezione delle imprese da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL
<b>P-8.3.1.2</b> Predisposizione e attuazione di un percorso di formazione per il personale addetto ai controlli ufficiali	La predisposizione di un percorso formativo rivolto ai componenti della rete è condizione imprescindibile per una attività di vigilanza corretta, efficace e puntuale. Il percorso di formazione sarà realizzato secondo quanto già effettuato a livello nazionale e organizzato a cascata anche in forma di collaborazione con le altre Regioni. Esso avrà inizio nel 2016, con la realizzazione di corsi formativi specifici incentrati sull'applicazione dei Regolamenti (CE) REACH e CLP e che permetteranno, già dal 2017, alla totalità degli operatori formati, di dare attuazione all'attività P-8.3.1.1. Il percorso formativo proseguirà negli anni 2017 e 2018 con regolari aggiornamenti al fine di perfezionare e consolidare le competenze specifiche in materia di controlli ufficiali relativi ai suddetti Regolamenti.
<b>P-8.3.1.3</b> Predisposizione e attuazione di un percorso di formazione per formatori	Con questo percorso di formazione per formatori si intende perfezionare le conoscenze in materia di Regolamenti REACH/CLP di parte dei soggetti formati nella precedente attività P-8.3.1.2 (due per ogni ASL, di cui uno afferente al Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro e uno afferente alla struttura ASL che si occupa di Salute e Ambiente) che siano in grado di trasferire le competenze acquisite ad altri soggetti istituzionali e non. La medesima formazione permetterà a tali figure, inoltre, di fornire assistenza alle aziende ed ai loro rappresentanti (RSPP e RSPPA) interessati all'uso ed alla gestione delle sostanze chimiche. Verranno in tal modo creati i presupposti anche per l'istituzione, dopo il 2018, presso il Dipartimento di Prevenzione di ciascuna ASL, di uno sportello informativo che avrà come obiettivo quello di fornire adeguate risposte all'utenza esterna sulla sicurezza chimica.
<b>P-8.3.1.4</b> Predisposizione materiale informativo per pubblicazione su siti ASL e Regione	I soggetti formati nella precedente attività P-8.3.1.3, predisporranno anche la documentazione necessaria al fine di informare i cittadini sull'uso e sui rischi delle sostanze chimiche, e informare le imprese al fine di agevolarle nella comprensione dei Regolamenti (CE) REACH/CLP e dei relativi obblighi. La documentazione prodotta sarà pubblicata nei siti istituzionali della Regione e delle ASL.
Rischi e management dei rischi	Il raggiungimento degli obiettivi prefissati in questa azione è condizionato dalla necessità di coprire le spese necessarie per la sua realizzazione con fondi adeguati, ma soprattutto bisognerà modificare parzialmente i compiti degli operatori in servizio che saranno chiamati a svolgere anche le nuove attività di ispettori REACH/CLP. Per ovviare a tali rischi saranno adottate le opportune azioni per rendere disponibili i proventi derivanti dalle sanzioni elevate dagli ispettori che, in virtù di quanto disposto dalla DGR 12/4 del 04/04/2014, dovranno essere destinati ai Dipartimenti di Prevenzione per incrementare l'attività di vigilanza e per le iniziative informative e aggiornamento formativo. Saranno inoltre adottati, da ciascuna ASL, gli atti formali finalizzati a rendere disponibili quote dell'orario di lavoro degli ispettori da utilizzare per queste nuove attività.



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Sostenibilità	<p>L'articolazione del sistema REACH/CLP nella nostra Regione prevede il coinvolgimento attivo degli operatori individuati per ogni Dipartimento di Prevenzione delle ASL; pertanto l'azione è sostenibile in quanto gli stessi saranno addetti ad eseguire i controlli ispettivi ufficiali oltre agli altri compiti istituzionali già garantiti finora.</p> <p>Rendere operativa ed efficace l'applicazione dei Regolamenti REACH/CLP significa assicurare un maggiore livello di protezione della salute umana e dell'ambiente, attraverso una migliore conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici già esistenti e/o nuovi. I controlli sugli obblighi dei fabbricanti, importatori e utilizzatori a valle rappresentano una tutela affinché sul mercato vengano immesse esclusivamente sostanze che non recano danno alla salute umana e all'ambiente contribuendo a ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose e pertanto prevedendo un indotto positivo in termini di salute.</p>
---------------	--

### Cronoprogramma azione P-8.3.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P-8.3.1.1</b> Applicazione delle "Linee di indirizzo regionali"	ASL della Sardegna														
<b>P-8.3.1.2</b> Predisposizione e attuazione di un percorso di formazione per il personale addetto ai controlli ufficiali	ASL Capofila d'intesa con Gruppo di Programmazione e con Gruppo Tecnico Regionale														
<b>P-8.3.1.3</b> Predisposizione e attuazione di un percorso di formazione per formatori	ASL Capofila d'intesa con Gruppo di Programmazione e con Gruppo Tecnico Regionale														
<b>P-8.3.1.4</b> Predisposizione materiale informativo per pubblicazione su siti ASL e Regione	Formatori d'intesa con Gruppo di Programmazione e con Gruppo Tecnico Regionale														

## Programma P - 9.1: Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni

### Descrizione del programma

La prevenzione ed il controllo delle malattie infettive rappresenta uno dei fondamenti principali tra le azioni della Sanità Pubblica. Lo strumento più incisivo nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive è costituito dalle vaccinazioni che, assieme all'acqua potabile, simboleggiano una delle più importanti conquiste della medicina, grazie alle quali ogni anno sono salvate milioni di vite ed evitate gravi malattie, alcune delle quali potenzialmente croniche. L'obiettivo principale delle vaccinazioni è proteggere, in modo semplice e sicuro, il maggior numero possibile di persone contro malattie per le quali non esiste terapia efficace. Paradossalmente, la scomparsa di gravi malattie, grazie all'introduzione delle vaccinazioni, ha portato alla perdita di percezione dei rischi legati a queste malattie con crescente percezione invece dei rischi legati alla somministrazione dei vaccini, innescando tra la popolazione un crescente clima di diffidenza nei confronti dello strumento vaccinale, con conseguente diminuzione dell'adesione ai programmi vaccinali, alimentato da un'informazione non mediata professionalmente e non accreditata. Un'evidente conseguenza è stata la segnalazione di epidemie di morbillo nel 2013 con 31.685 casi solo in Europa, dimostrando un incremento del 348% rispetto al 2007 (<http://www.who.int/topics/vaccines/en/>). Il costo di queste epidemie è estremamente elevato sia in termini umani che economici ed allontana la visione di una Regione Europa libera da malattie prevenibili con vaccini.

Le vaccinazioni, sicuramente tra gli interventi sanitari di maggiore efficacia, sono gestite a livello regionale dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL che erogano le prestazioni negli ambulatori presenti nella maggior parte dei Comuni sardi. Il miglioramento del sistema vaccinale, previsto da specifici progetti del PRP 2010- 2012, mediante la riorganizzazione e razionalizzazione della rete vaccinale, l'accreditamento delle sedi, e l'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale, a tutt'oggi non si è compiutamente realizzato.

Il PRP 2014 – 2018 dovrà quindi prioritariamente garantire la continuità con i progetti sopra menzionati al fine di pervenire al conseguimento degli obiettivi di sistema già programmati.

La disponibilità di un'anagrafe vaccinale informatizzata costituisce lo strumento necessario per garantire una corretta conduzione dei programmi di vaccinazione, per il monitoraggio dell'efficienza dell'attività e il controllo della sua efficacia attraverso il calcolo delle coperture vaccinali; permette cioè di conoscere in maniera puntuale la popolazione target da vaccinare, la definizione del piano di lavoro dei servizi e la registrazione delle vaccinazioni effettuate, facilita inoltre lo scambio di informazioni con le strutture operanti sul territorio.

La Coperture vaccinali (Cv) (inteso come proporzione di soggetti che ha aderito all'offerta vaccinale sul totale dei soggetti candidati alla vaccinazione) è l'indicatore primario nello stimare la quota di soggetti suscettibili nella popolazione, predittiva della diffusione delle malattie ed è il migliore indicatore per valutare i risultati delle attività di vaccinazione confrontabili tra diverse aree o scenari. Il mantenimento di Cv elevate è fondamentale non solo per proteggere la popolazione dalle malattie infettive e da eventuali epidemie da esse causate, ma anche per evitare che si ripresentino malattie scomparse da tempo dal nostro territorio nazionale. È preoccupante quindi il trend di flessione, osservato nell'arco degli ultimi 10 anni, delle coperture medie nazionali riguardanti quasi tutte le vaccinazioni ed in particolare quelle previste dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV).

Nel 2013 in Sardegna, così come sul territorio nazionale, le coperture vaccinali per le malattie prevenibili con il vaccino esavalente (Difterite, tetano, pertosse, Haemophilus Influenzae tipo B, epatite B, polio) sono state di poco superiori al 95%, (valore minimo previsto dall'obiettivo del PNPV 2012-2014). Per quanto riguarda la vaccinazione contro il morbillo-parotite-rosolia (MPR) il calo complessivo delle coperture è stato più o meno accentuato nel 2013 rispetto al 2012 (88,1% vs 90%) ed i 1867 casi, confermati o probabili, segnalati nel 2013 si sono verificati nell'86,7% in soggetti non vaccinati con un'età mediana pari a 23 anni (<http://www.epicentro.iss.it/>). L'obiettivo di interrompere la circolazione del virus morbillo, previsto dal Piano Nazionale Eliminazione Morbillo e Rosolia congenita (PNEMoRc) entro il 2015, non potrà quindi essere raggiunto, prevedendo una Cv del 95%. In Sardegna nel 2013 la copertura vaccinale per la prima dose è stata pari al 91%, scostandosi dai valori necessari per l'interruzione della circolazione del virus. A fronte della Cv, nel 2013 i casi di morbillo segnalati sono stati 3 mentre nel 2014 la Sardegna è stata tra le Regioni con le maggiori segnalazioni (40 casi confermati). Di particolare importanza è il mantenimento dell'omogeneità delle Cv e delle modalità dell'offerta vaccinale su tutto il territorio regionale, condizione indispensabile per garantire una protezione immunitaria uniforme su tutto il territorio.

La produzione di nuovi strumenti vaccinali è in continua evoluzione: vaccini già utilizzati possono variare nella loro scheda vaccinale con riduzione del numero di dosi o ampliamento delle categorie alle quali possono essere somministrati, e nuovi vaccini per patologie importanti vengono messi a punto ed introdotti sul mercato (es. Rotavirus,

Herpes Zoster, la recente introduzione del vaccino anti Meningococco B) ed ancora nuovi vaccini polivalenti contenenti diverse combinazioni antigeniche (es. MPRV). Alla luce delle nuove disponibilità di formulazioni vaccinali, i calendari offerti dai centri vaccinali necessitano di revisioni periodiche per poter offrire alla popolazione sarda (pediatrica ed adulta) le occasioni di immunizzazione, garanti del mantenimento di un buono stato di salute.

Inaspettatamente, una categoria di soggetti che, pur essendo esposta a rischio di contrarre infezioni nel corso delle normali attività lavorative, si dimostra poco sensibile e talora poco informata sull'argomento vaccini e vaccinazioni, è quella degli Operatori Sanitari (OS).

La base legislativa delle vaccinazioni negli operatori sanitari è definita nel D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81, articolo 279, che pone in capo al Datore di lavoro l'obbligo di adottare, su conforme parere del Medico competente (MC), misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, tra cui *la messa a disposizione di vaccini efficaci per i lavoratori non immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del MC*. Tuttavia in Italia, non esistendo obbligo normativo di vaccinazione degli OS (eccetto casi particolari), le vaccinazioni sono raccomandate dal PNPV 2012-2014, con indicazioni Regionali. Le vaccinazioni raccomandate a tutti gli operatori sanitari e agli studenti dei corsi di laurea e di diploma dell'area sanitaria sono: anti-epatite B, anti-morbillo, parotite, rosolia, anti-varicella, anti-influenzale, anti-tubercolare, anti-pertosse.

Numerosi sono i vantaggi delle vaccinazioni nel personale sanitario: la protezione del singolo lavoratore, della collettività e protezione del SSN, con il contenimento del rischio di infezioni nosocomiali, limitazione delle assenze e conseguente limitazione dei costi. Inoltre, la diminuzione dell'immunità nei confronti di alcune malattie infettive, conseguenza del calo delle Cv nella popolazione, e lo spostamento verso l'età più adulta dell'infezione primaria, pone l'OS al centro di una spirale di potenziale diffusione di infezioni che coinvolge tutti i soggetti frequentatori degli ambienti ospedalieri od ambulatoriali distrettuali oltre che i Pazienti, ed in particolare quelli con patologie immunitarie che potrebbero avere un danno, talora fatale, a seguito di una sovrainfezione. Di recente segnalazione sono stati focolai epidemici di morbillo e varicella in alcune strutture ospedaliere regionali e nazionali.

L'andamento in netta diminuzione delle coperture vaccinali in generale non può essere ignorato ed è fondamentale indagare a fondo i motivi di questo fenomeno considerando anche l'effetto della incessante campagna mediatica in atto contro le vaccinazioni che determina un'errata percezione nella popolazione dell'importanza dei vaccini, nella convinzione che i rischi delle vaccinazioni superino i vantaggi. Occorre analizzare le motivazioni dei rifiuti vaccinali a livello di Asl/distretti per identificare situazioni di maggior rischio, comprenderne le cause ed agire per contrastare questa rischiosa tendenza. L'informazione e la formazione rappresentano lo strumento essenziale per un'adesione consapevole all'offerta vaccinale; i gruppi target a cui rivolgere le campagne di Informazione/formazione sono gli Operatori Sanitari coinvolti nel processo vaccinale e la popolazione generale, per raggiungere i "decisioni" dell'accettazione delle vaccinazioni somministrate in età pediatrica, vale a dire i genitori, e gli adulti soprattutto quelli a rischio per patologie o per età.

L'organizzazione ed offerta di occasioni informative e formative si pone come necessario intervento per raggiungere un consenso condiviso volto allo sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni, con una ricaduta in termini di benefici di salute doverosa per la popolazione sarda, reale "stakeholder" e finanziatore delle attività sanitarie regionali

## Obiettivi generali e indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P - 9.1. Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni</b>	9.6 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residenti/assistiti)	9.6.1 Proporzioni della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata <i>Descrizione operativa:</i> Proporzioni di regioni che hanno realizzato l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata (rif: PNV 2005-2007; PNV 2010 – 2012; PNEMoRc 2003 e 2010 – 2015)	15/21 regioni completamente informatizzate	Nessuna anagrafe informatizzata	100% Regioni con anagrafe informatizzata	100% della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata



	9.7 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	9.7.1 Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status  <i>Definizione operativa</i> Definizione PASSI: Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni <i>affette da almeno una malattia cronica</i> (ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato)	18,5% (dato riferito alla campagna antinfluenzale stagionale 2012-2013)	18%	+100%	+100%
		9.7.2 Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti  <i>Definizione operativa</i> Tutti gli indicatori di copertura previsti dal PNPV e relativi baseline e standard	Tabella 1	Tabella 1	100% delle regioni raggiungono i seguenti standard: ≥ 95% per vaccinazioni: anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati, e anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni; ≥ 90% per vaccinazione dTpa negli adolescenti (range 11-18 anni); ≥ 95% per 1a dose di MPR entro i 2 anni di età e per 2a dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (11-18 anni); >75% (obiettivo minimo perseguibile) e >95% (obiettivo ottimale) per vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantenni; ≥ 95% per	Mantenimento delle coperture > 95% nei nuovi nati; anti DTPa e polio >95% a 5-6 anni  MPR >95% per 1° e 2° dose ed adolescenti  Antinfluenzale over 65enni > 65%  ≥ 95% per vaccinazione





					<p>vaccinazione antipneumococca e antimeningococca nei nuovi nati; <b>≥ 95%</b> per vaccinazione antimeningococca negli adolescenti (range 11-18 anni); <b>≥ 80%</b> per vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2002), <b>≥ 95%</b> nelle dodicenni dalla coorte del 2003; <b>≥ 95%</b> per 1a dose di antivaricella entro i 2 anni di età (dalla coorte 2014) e per 2a dose di nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (dalla coorte 2014); <b>100%</b> di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo spiegata</p>	<p><u>antipneumococca e antimeningococca nei nuovi nati:</u>  <b>≥ 85%</b> per vaccinazione <u>antimeningococca negli adolescenti (11-18 anni);</u>  HPV nelle 12enni: <b>&gt;85%</b> dalla coorte del 2003  <b>≥ 95%</b> per 1a dose di antivaricella entro i 2 anni di età (dalla coorte 2014) e per 2a dose di nei bambini di 5-6 anni di età e <b>&gt; 85%</b> negli adolescenti  <b>80%</b> di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo spiegata</p>
	<p>9.8 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione</p>	<p>9.8.1 Esistenza di un programma di comunicazione basato sull' evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole</p> <p><i>Definizione operativa</i> Proporzione di Regioni che realizzano un programma di comunicazione. Il programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto</p>	<p>Non rilevato</p>	<p>Non realizzato</p>	<p>100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione</p>	<p>Adozione del programma</p>

### Giustificazione dei valori attesi regionali

Stante l'attuale mancanza di un sistema di anagrafe vaccinale informatizzato si ipotizza, in via prudenziale, uno scostamento rispetto all'atteso nazionale di - 10% per la vaccinazione anti-meningococco negli adolescenti (11-18 anni), anti HPV (coorti dal 2003) e per 2a dose di anti-varicella negli adolescenti (dalla coorte 2014).

Tassi di rifiuti motivati: 80%

### Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P – 9.1

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Base line	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P -9.1.1 Miglioramento della collaborazione e tra Servizi vaccinali e MMG, Medici Specialisti territoriali</b>	Promuovere la creazione di gruppi di lavoro interdisciplinari per la strutturazione di scambi di informazioni sui soggetti a rischio con patologie croniche, in carico ai Medici curanti (MMG, Cardiologi, Diabetologi, Pneumologi, Reumatologi, Nefrologi), che necessitano di vaccinazione anti influenzale per la prevenzione delle complicanze	Proporzione di aziende sanitarie che hanno istituito tavoli Aziendali interdisciplinari (con nomina di referenti tra i Servizi vaccinali e MMG, Medici Specialisti territoriali)	Verbali di assemblee a del tavolo Aziendale istituito	Numero tavoli Aziendali istituiti/ numero totale Aziende	0%	25%	50%	75%	100 %
		Copertura vaccinale anti influenzale nei soggetti 18-64 anni con patologia cronica ( <b>indicatore sentinella</b> )	PASSI	<i>Numeratore:</i> soggetti di età 18-64 anni con patologie croniche vaccinati contro l'influenza <i>Denominator e:</i> numero di soggetti di età 18-64 anni identificati con patologie croniche	18%	18%	24%	30%	36%



<p><b>P - 9.1.2</b> <b>Uniformare l'offerta vaccinale su tutto il territorio regionale, entro il 2018</b></p>	<p>Garantire maggiore equità nell'offerta del servizio vaccinale e maggiore efficacia degli interventi su tutto il territorio regionale</p>	<p>Scostamento annuo delle coperture vaccinali interaziendali per le vaccinazioni incluse nel PNPV <b>(indicatore sentinella)</b></p>	<p>Anagrafe vaccinale Regione, ASL</p>	<p><i>Numeratore:</i> copertura vaccinale per azienda sanitarie e per vaccino incluso nel PNPV <i>Denominator e:</i> copertura vaccinale media regionale per vaccino incluso nel PNPV</p>	<p>Sconosciuto</p>	<p>0%</p>	<p>7%</p>	<p>6%</p>	<p>5%</p>
<p><b>P -9.1.3</b> <b>Realizzazione di una campagna di informazione e comunicazione sulle vaccinazioni e sulle malattie prevenibili con vaccino</b></p>	<p>Creare occasioni di informazione e sensibilizzazione sulle malattie infettive e quelle prevenibili con vaccino rivolte al <i>Personale Sanitario</i> e predisporre una campagna di comunicazione rivolta alla <i>popolazione</i> anche con l'implementazione di un <i>sito web dedicato</i> alle vaccinazioni</p>	<p>Eventi formativi sulle malattie infettive e vaccinazioni per il Personale Sanitario</p>	<p>Registri ASL di raccolta firme di partecipazione all'evento Direzioni Sanitarie Aziendali</p>	<p>Numero eventi/anno dedicati al Personale Sanitario</p>		<p>1 per Azienda</p>	<p>1 per Azienda</p>	<p>1 per Azienda</p>	<p>1 per Azienda</p>
		<p>Realizzazione della campagna di comunicazione</p>	<p>Documentazione comprovante la realizzazione della campagna di comunicazione</p>	<p>NA</p>					<p>Ev.</p>
		<p>Realizzazione del sito web dal 2016 <b>(indicatore sentinella)</b></p>	<p>Evidenza documentata del funzionamento del sito web</p>	<p>NA</p>			<p>Sito web</p>	<p>Sito web</p>	<p>Sito web</p>
<p><b>P -9.1.4</b> <b>Realizzazione del sistema informatizzato delle vaccinazioni</b></p>	<p>Mettere a regime entro il 2018 nella Regione Sardegna l'informatizzazione</p>	<p>Acquisizione in riuso del software</p>	<p>Evidenza Convenzione sottoscritta dalle parti</p>	<p>NA</p>	<p>Non presente</p>	<p>ev</p>			

	one dell' anagrafe vaccinale interoperabile con le base dati: anagrafe assistiti, malattie infettive, eventi avversi	Integrazione con anagrafica unica regionale (ANAGS) e altri sistemi informativi	Evidenza documentata integrazione con i sistemi informativi regionali	NA	NA		ev		
		Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata ( <b>indicatore sentinella</b> )	Sistema informativo anagrafe vaccinale informatizzata	<i>Numeratore:</i> popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata <i>Denominator</i> e popolazione regionale assistibile	0%	0%	20%	70%	100%

## Pianificazione delle azioni: azione P – 9.1.1

<b>Azione P - 9.1.1</b>	<b>Miglioramento della collaborazione tra Servizi vaccinali e MMG, Medici Specialisti territoriali</b>
Descrizione	A livello distrettuale, istituire un gruppo di lavoro strutturato (Commissione) tra tutti gli attori professionisti per il conseguimento dell'obiettivo centrale 9.7 volto all'aumento della copertura vaccinale, in particolare quella della vaccinazione anti-influenzale negli adulti di 18-64 anni a rischio per la presenza di patologie croniche.
Gruppo beneficiario prioritario	Soggetti con patologie croniche che subirebbero un aggravamento a seguito di un'infezione da virus influenzale.
Setting identificato per l'azione	Dipartimento di prevenzione, Distretto Aziendale.
Gruppi di interesse	MMG per un diminuito impegno assistenziale derivante dalla mancata influenza e dai reparti ospedalieri internistici da evitata ospedalizzazione per complicanze influenzali.
Prove di efficacia	I sistemi di sorveglianza PASSI con il rilevamento delle coperture vaccinali anti influenzale nei soggetti 18-64 anni.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Collaborazione tra i diversi professionisti.
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 9.1.1.1</b> Creazione di gruppi di lavoro interdisciplinari distrettuali	Sarà compito del responsabile SISIP nominare un Referente per Distretto con il compito di coordinare e strutturare il lavoro di gruppo ed effettuare le valutazioni del risultato ottenuto. Sarà compito del gruppo elaborare le strategie di intervento per consolidare la rete di collegamento tra territorio e centri vaccinali.
<b>P - 9.1.1.2</b> Identificazione della popolazione target da vaccinare	Il referente SISIP in collaborazione con il responsabile del Distretto dovranno coinvolgere i MMG e i Medici specialisti territoriali per identificare tra i propri assistiti quelli con patologie croniche ai quali proporre la vaccinazione antinfluenzale.

<b>P - 9.1.1.3</b> Aumentare la copertura della vaccinazione anti-influenzale nei soggetti a rischio di età < 65 anni.	Il lavoro della rete di referenti che avranno completato l'identificazione del gruppo target della vaccinazione anti-influenzale tra i soggetti con patologie croniche a rischio di complicanze in caso d' influenza, dovrà portare ad un aumento dell'attuale copertura del 18% (dato PASSI), con un valore atteso al 2018 del 36%.
Rischi e management dei rischi	Un rischio potrebbe essere rappresentato dalla difficoltosa collaborazione con le diverse figure professionali coinvolte. Il tavolo Aziendale interprofessionale istituito servirà ad aumentare la partecipazione e quindi il coinvolgimento e collaborazione delle diverse figure professionali.
Sostenibilità	Lavoro di gruppo realizzabile nell'ambito del normale contesto lavorativo.

## Cronoprogramma azione P -9.1.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	I V	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -9.1.1.1</b> Creazione di gruppi di lavoro interdisciplinari distrettuali	ASL/SISP															
<b>P -9.1.1.2</b> Identificazione della popolazione target da vaccinare	Gruppi di lavoro interdisciplinari/MG/specialisti															
<b>P -9.1.1.3</b> Aumentare la copertura della vaccinazione anti-influenzale nei soggetti a rischio di età < 65 anni.	SISP/MMG															

## Pianificazione delle azioni: azione P – 9.1.2

<b>Azione P- 9.1.2</b>	<b>Uniformare l'offerta vaccinale su tutto il territorio regionale, entro il 2018</b>
Descrizione	La differente offerta vaccinale e le differenti schedule vaccinali utilizzate nelle ASL regionali rappresentano un problema di equità nell'offerta sanitaria non accettabile dal SSR. Questa azione si propone di assicurare l'omogeneità dell'offerta vaccinale regionale con nomina di referenti aziendali per confrontare le criticità territoriali e definire uguali modalità di offerta, gratuita o in forma co-payment dei vaccini disponibili.
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione generale.
Setting identificato per l'azione	Regione: Servizio Prevenzione
Gruppi di interesse	Popolazione Generale, Servizi Sanitari: Territoriali, Ospedalieri, Servizi socio-assistenziali.
Prove di efficacia	Percentuali di Coperture vaccinali simili in tutti i servizi territoriali per tutte le vaccinazioni del PNPV
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	Collaborazione del personale SISP con operatori sanitari, territoriali (MMG e PLS), ospedalieri e socio-assistenziali (centralità SISP).
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 9.1.2.1</b>	Strutturazione delle attività di acquisizione delle informazioni a livello delle diverse

Istituzione di un gruppo di lavoro regionale e nomina di referenti aziendali	realità territoriali e nomina di referenti aziendali. Condivisione delle modalità degli interventi volti al raggiungimento dell'uniformità dell'offerta e dei calendari.
<b>P - 9.1.2.2</b> Valutazione dello stato attuale di eventuali disomogeneità Aziendali	Valutazione delle coperture vaccinali di ciascuna ASL per evidenziare disomogeneità ed eventuali diversità nella modalità di offerta, nell'accesso ai servizi, nella disponibilità delle risorse.
<b>P - 9.1.2.3</b> Implementazione del Calendario vaccinale unico regionale, incluse le nuove vaccinazioni la cui opportunità va valutata con analisi costo-utilità	Individuazione delle modalità di offerta strategica regionale per nuovi vaccini dopo aver analizzato i costi ed utilità nel contesto nazionale e regionale: meningococco B (gruppi target: neonati 1° anno di vita ed adolescenti) nelle sue diverse formulazioni, Rotavirus (neonati nel 1° anno di vita), Varicella (associata a MPR), HPV negli adolescenti maschi, Pneumococco coniugato e Herpes Zoster negli anziani. Adozione di un calendario vaccinale unico regionale condiviso. Partecipazione attiva dei portatori d'interesse coordinata dai centri vaccinali aziendali per l'implementazione.
<b>P - 9.1.2.4</b> Valutazione del risultato	L'efficacia delle attività realizzate andrà valutata nel raggiungimento dell'obiettivo centrale con l'utilizzo degli indicatori previsti.
Rischi e management dei rischi	L'efficacia delle attività realizzate andrà valutata nel raggiungimento dell'obiettivo centrale con l'utilizzo degli indicatori previsti.
Sostenibilità	Cooperazione, collaborazione tra servizi, territorio e istituzioni coinvolte.

## Cronoprogramma azione P - 9.1.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	I/V	I	II	III	I/V	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P - 9.1.2.1</b> Istituzione di un gruppo di lavoro regionale e nomina di referenti aziendali	Regione															
<b>P - 9.1.2.2</b> Valutazione dello stato attuale di eventuali disomogeneità Aziendali																
<b>P - 9.1.2.3</b> Implementazione del Calendario vaccinale unico regionale, incluse le nuove vaccinazioni la cui opportunità va valutata con analisi costo-utilità																
<b>P - 9.1.2.4</b> Valutazione del risultato																

## Pianificazione delle azioni: azione P -9.1.3

<b>Azione P - 9.1.3</b>	<b>Realizzazione di una campagna di informazione e comunicazione sulle vaccinazioni e sulle malattie prevenibili con vaccino</b>
Descrizione	L'intervento prevede una campagna informativa interna rivolta al personale sanitario che opera nel campo della vaccinazione e una campagna divulgativa esterna rivolta alla popolazione generale in tema di prevenzione, malattie prevenibili e vaccinazioni. Creazione di un portale informativo internet rivolto alla popolazione per rendere

	<p>disponibili nozioni, dati, attualità ed indicazioni a carattere regionale sulle malattie prevenibili con vaccino e sulle vaccinazioni ed il calendario vaccinale regionale in vigore.</p> <p>Creazione di un'area riservata agli operatori (intranet) che renda possibile un facile accesso all'informazione specialistica.</p> <p>L'impiego di nuove tecnologie sarà affiancato a quelli più tradizionali (opuscoli cartacei, incontri con il personale sanitario e con la popolazione) per la creazione di un "toolkit" vaccinale.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione generale, Personale Sanitario e Personale sanitario operante nel campo delle vaccinazioni
Setting identificato per l'azione	Strutture ospedaliere, SISP, spazi pubblici, sito web (vaccinarSi Sardegna).
Gruppi di interesse	La presente azione è rivolta alla popolazione generale ed agli operatori del servizio sanitario che operano nel campo delle vaccinazioni: Medici, Assistenti Sanitari e Infermieri.
Prove di efficacia	L'importanza dell'utilizzo di internet nei programmi di comunicazione di sanità pubblica è ampiamente sostenuta dalla più recente letteratura scientifica.
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	Gli interventi interesseranno la popolazione generale e gruppi specifici come le scuole e le università. Gli operatori sanitari coinvolti saranno principalmente il personale sanitario dei SISP, i Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta).
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 9.1.3.1</b> Realizzazione di una campagna formativa per operatori sanitari	Preparazione di incontri strutturati, organizzati dai Referenti aziendali per le vaccinazioni, per i dipendenti ospedalieri e territoriali allo scopo di approfondire e diffondere le conoscenze sulle malattie infettive prevenibili con vaccini, la loro importanza nel contesto lavorativo dell'assistenza sanitaria, le caratteristiche dei vaccini e delle vaccinazioni.
<b>P - 9.1.3.2</b> Realizzazione di una Campagna di comunicazione rivolta alla popolazione generale	Per tale attività l'impiego di nuove tecnologie (portale internet) sarà affiancato a mezzi più tradizionali (opuscoli cartacei, poster ) e saranno organizzati dai SISP incontri con la popolazione con la collaborazione anche delle Scuole di specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva della Regione Sardegna al fine di mantenere alta la percezione del rischio delle malattie infettive e l'importanza delle pratiche di prevenzione vaccinale, avvalendosi come base in particolare delle esperienze e delle risorse derivanti dai progetti già in essere (progetti CCM). Materiale informativo potrà essere distribuito nei luoghi ad elevate densità di frequentazione, es. Città Mercato, Mercati Rionali, stazioni ferroviarie/metro ed aeroporto. L'identificazione di referenti responsabili per la comunicazione a livello aziendale rappresenta il presupposto fondamentale per la responsabilizzazione degli operatori ed il coordinamento delle azioni. Le azioni dovranno essere coordinate, condivise e uniformate a livello regionale prendendo come modello reti già esistenti per la promozione di tali attività (ad esempio sul modello della rete degli Ospedali Promotori di Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità).
<b>P - 9.1.3.3</b> Creazione del sito web "vaccinarSi Sardegna"	Adesione al progetto e approvazione dello schema di Convenzione Programma 2014 del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) <i>"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"</i> . Regione capofila Veneto, coordinatore scientifico del progetto: Antonio Ferro. Referente per la Regione Sardegna Paolo Castiglia (Università di Sassari).
Rischi e management dei rischi	Non Previsti.
Sostenibilità	Le campagne di comunicazione si avvarranno dei SISP e delle Università,

	coinvolgendo i diversi professionisti della Prevenzione (Medici, Infermieri, Assistenti Sanitari). Lo strumento del sito web dedicato alle vaccinazioni (fruibile dall'inizio del 2017) sarà un valido supporto informativo per la popolazione e per gli operatori sanitari che potranno accedere alla sezione "intranet" del portale.
--	--

### Cronoprogramma azione P - 9.1.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	I V	I	II	III	I V	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>P -9.1.3.1</b> Realizzazione di una campagna formativa per operatori sanitari	ASL/SISP														
<b>P -9.1.3.2</b> Realizzazione di una Campagna di comunicazione rivolta alla popolazione generale	ASL/ Regione/Università														
<b>P -9.1.3.3</b> Creazione del sito web "vaccinarSi Sardegna"	Regione/Università/ASL														

### Pianificazione delle azioni: azione P – 9.1.4

Azione P -9.1.4	Realizzazione del sistema informatizzato delle vaccinazioni
Descrizione	<p>In linea con il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale ( PNPV) 2012-2014 e con Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia (PNEMoRc) 2010-2015, si rende necessaria la realizzazione di un sistema informatizzato delle vaccinazioni, collegato all'anagrafe sanitaria degli assistiti, interoperabile a livello regionale con ANAGS (Anagrafe Assistibili Sardegna) e, a livello nazionale, in prospettiva dell'attivazione dell'ANPR (Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente), con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residenti/assistiti).</p> <p>L'anagrafe vaccinale informatizzata è uno degli interventi di documentata efficacia nel migliorare l'adesione alle vaccinazioni ed è uno strumento essenziale per garantire una corretta conduzione dei programmi vaccinali, per aumentare le coperture vaccinali, per la definizione della popolazione vaccinata e l'identificazione dei non vaccinati e dei ritardatari.</p> <p>Tale sistema permette infatti di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conoscere lo stato vaccinale di ciascuna persona;</li> <li>- invitare attivamente alla vaccinazione e sollecitare chi non si presenta;</li> <li>- calcolare le coperture vaccinali ed identificare gruppi di popolazione insufficientemente vaccinati;</li> <li>- misurare i progressi in confronto agli obiettivi fissati per le coperture vaccinali;</li> <li>- stabilire le eventuali correlazioni tra possibili eventi avversi e le dosi di vaccino somministrate.</li> </ul> <p>I centri vaccinali grazie ad un'anagrafe informatizzata potranno riorganizzare e razionalizzare le attività, ottenendo un notevole risparmio di tempo, di personale e di risorse oltre ad un incremento della qualità, non solo della attività svolta, ma anche del monitoraggio delle coperture vaccinali, della sorveglianza degli eventi avversi e della gestione delle scorte vaccinali.</p>



	Il sistema faciliterà inoltre il raggiungimento delle categorie a rischio e il monitoraggio delle attività vaccinali svolte da figure esterne ai Servizi, quali i MMG e i PLS, e altri operatori sanitari (p.es. RSA, etc.).
Gruppo beneficiario prioritario	Il sistema informatizzato delle vaccinazioni servirà a migliorare la qualità del dato e del suo utilizzo ai fini di una migliore copertura vaccinale sia nei neonati sia nelle altre classi di popolazione interessate ai vaccini utilizzati dai Servizi di Igiene Pubblica e da altri operatori sanitari. Il gruppo beneficiario principale riguarda prioritariamente la popolazione in età pediatrica e a seguire i gruppi di popolazione a rischio e gli ultra65enni.
Setting identificato per l'azione	Ambulatori dei Servizi di Igiene Pubblica
Gruppi di interesse	La presente azione coinvolge gli operatori del Servizio sanitario regionale che erogano le prestazioni vaccinali, i MMG e i PLS.
Prove di efficacia	Il sistema è utile proprio per rendere evidenti i dati riguardanti le vaccinazioni e la loro efficacia nel diminuire l'incidenza delle malattie infettive di pertinenza nella popolazione
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale interessa prioritariamente i Servizi di Igiene Pubblica, ma anche i MMG soprattutto per la vaccinazione antinfluenzale, i PLS nelle vaccinazioni facoltative in età pediatrica.
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 9.1.4.1</b> Acquisizione del software nella modalità Riuso e acquisizione dei servizi correlati	Sulla base della Delibera di G. R. N. 52/28 del 23/12/2014, l'ASL 1 di Sassari provvederà ad effettuare una analisi di tipo tecnico, economico e amministrativo delle possibili alternative di riuso. Si valuteranno in particolare le conclusioni a cui sono pervenuti i Direttori dei Servizi di Igiene Pubblica della Sardegna nel gennaio 2014, e verranno attivate le procedure di acquisizione delle documentazioni tecnico-economiche delle amministrazioni coinvolte. Successivamente, si provvederà alla formulazione di una proposta di sottoscrizione di Accordo di Riuso, conforme alla normativa prevista dal D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e s.s.m.i. - Codice Amministrazione Digitale. Il procedimento si concluderà con l'adozione dell'atto di deliberazione per l'acquisizione in riuso. Sulla base dell'atto di acquisizione in riuso verranno attivate le negoziazioni per l'acquisizione dei servizi correlati, che verranno attivati con un successivo atto.
<b>P - 9.1.4.2</b> Analisi dei fabbisogni di implementazione	Verranno individuate, sulla base dell'architettura del sistema acquisito, le esigenze di infrastrutturazione di tutte le ASL (reti locali, reti geografiche, hardware, software di base, etc.), che costituiscono elementi di prerequisito per la successiva implementazione del sistema di Anagrafe Regionale delle Vaccinazioni. In questa fase verranno anche definiti i protocolli tecnici e organizzativi per la realizzazione dell'integrazione con ANAGS, con particolare riferimento al rispetto delle procedure della "tutela della privacy" e alla successiva gestione delle modalità di integrazione.

<p><b>P -9.1.4.3</b> Avvio ASL Pilota</p>	<p>Dovrà essere individuata una ASL pilota che, per dimensioni e capacità organizzativa, possa garantire l'impegno tecnico e di supporto al cambiamento, correlato all'installazione e avviamento del nuovo sistema, in tutte le sedi aziendali dove sono collocate attività vaccinali. Tale ASL si impegnerà – in questa fase – anche ad individuare le ulteriori personalizzazioni e adattamenti della soluzione di riuso alle specifiche esigenze della Regione Sardegna.</p> <p>L'attività si svolgerà secondo un progetto standard di tipo ICT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Installazione del software</li> <li>• Parametrizzazione</li> <li>• Formazione</li> <li>• Supporto all'avviamento in produzione</li> </ul> <p>Workshop conclusivo di presentazione dei risultati alle altre ASL</p>
<p><b>P -9.1.4.4</b> Sviluppo e validazione delle integrazioni</p>	<p>In parallelo alle attività di avvio dell'ASL pilota, verranno sviluppate le integrazioni con il sistema dell'Anagrafe degli Assistibili della Regione Sardegna (ANAGS). Tali integrazioni verranno applicate all'Azienda pilota, prima della formazione e dell'avviamento in produzione.</p>
<p><b>P -9.1.4.5</b> Avvio altre ASL</p>	<p>Gli avviamenti avverranno in successione, su tutto il restante territorio regionale. Per ogni ASL si svolgeranno le attività di parametrizzazione, attuazione di corsi di formazione e supporto all'avviamento. Le attività di formazione per l'utilizzo del software, saranno rivolte – in funzione del budget economico – o ai key-users selezionati da ciascuna ASL, o a tutto il personale dei Servizi di Igiene Pubblica.</p>
<p><b>P -9.1.4.6</b> Interoperabilità altri sistemi</p>	<p>In questa fase verranno analizzati ed eventualmente implementati i processi di interoperabilità con altri sistemi, quali: malattie infettive, eventi avversi, MEDIR, SISaR, e – se già disponibile – anche con l'ANPR (Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente).</p> <p>Verranno quindi coinvolti anche i MMG e PLS, soprattutto per la vaccinazione antinfluenzale e per le vaccinazioni in età pediatrica, ed eventuali altri operatori sanitari.</p>
<p><b>Rischi e management dei rischi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• carenza di risorse strumentali di tipo informatico delle ASL;</li> <li>• acquisizione delle competenze informatiche da parte del personale;</li> <li>• risorse economiche limitate</li> </ul>
<p><b>Sostenibilità</b></p>	<p>L'informatizzazione delle anagrafi vaccinali renderà più sostenibile l'attività svolta dai Servizi di Igiene Pubblica migliorandone le prestazioni. Rende più evidenti i risultati del lavoro svolto, dando inoltre la possibilità di porre in essere eventuali azioni correttive qualora siano presenti aree di copertura vaccinale deficitarie in particolari gruppi di popolazione e/o di singoli individui</p>

## Cronoprogramma azione P - 9.1.4

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	I V	I	II	III	I V	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -9.1.4.1</b> Acquisizione del software nella modalità Riuso e acquisizione dei servizi correlati	ASL Capofila/ regione															
<b>P -9.1.4.2</b> Analisi dei fabbisogni di implementazione	ASL Capofila/ASL/regione															
<b>P -9.1.4.3</b>	ASL															



---

Avvio ASL Pilota															
<b>P -9.1.4.4</b> Sviluppo e validazione delle integrazioni	ASL capofila/regione														
<b>P -9.1.4.5</b> Avvio altre ASL	ASL														
<b>P -9.1.4.6</b> Interoperabilità altri sistemi	ASL capofila/regione														

## **Programma P - 9.2: Sviluppo e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e risposta alle emergenze infettive**

### **Descrizione del programma**

Nella Regione Sardegna non è presente un modello organizzativo strutturato, capace di rispondere ad emergenze sanitarie, con particolare riferimento a quelle di natura infettiva. L'epidemia di malattia da West Nile virus insorta negli anni passati e l'ultima emergenza Ebola, hanno messo in evidenza la necessità di avere una rete operativa pronta ad intervenire in maniera tempestiva. Affrontare le emergenze sanitarie richiede una precisa identificazione delle figure coinvolte che rispondano ad una organizzazione multidisciplinare. E' quindi importante la creazione di reti intra-aziendali ed inter-aziendali con una particolare attenzione alla gestione dell'informazione e della comunicazione, differenziata per target. Messaggi coerenti e precisi sono essenziali per mantenere/aumentare la fiducia dei cittadini sulla capacità del sistema sanitario di far fronte alle emergenze infettive.

Sarà necessaria, dapprima, l'istituzione di un Nucleo di Coordinamento Regionale, seguita dalla creazione di Gruppi aziendali per le emergenze in sanità pubblica, che abbiano una capacità di intervento intersettoriale, con catena di comando stabilita, che determini ruoli, azioni, tempi, risorse e indicatori di risultato.

L'intervento sanitario dovrà comprendere la definizione dei casi, la presa in carico dei soggetti interessati; le misure di protezione della salute pubblica, la protezione del personale di primo intervento, la prevenzione della diffusione delle malattie con l'individuazione dei contatti e l'applicazione delle misure di profilassi previste.

Importante è quindi la costituzione in ogni Azienda Sanitaria di un Gruppo per le Emergenze di Sanità Pubblica, che rappresenti il nucleo direzionale sanitario, sia nella fase di preparedness all'emergenza sia in corso di crisi.

La sorveglianza delle malattie infettive costituisce il punto fondamentale nel controllo delle emergenze. Per poter avere un sistema di sorveglianza efficace e puntuale, si rende necessario stabilire delle procedure operative da applicare su tutto il territorio regionale. Per ogni malattia si dovranno predisporre delle schede che riportino sinteticamente gli aspetti clinici, i tempi previsti per la notifica, i provvedimenti da adottare nei confronti del malato, dei conviventi, dei contatti e sull'ambiente, nonché le norme di profilassi (somministrazione di vaccini, immunoglobuline, farmaci) e i flussi di segnalazione. Tali schede dovranno essere integrate dalla documentazione necessaria, quale strumento di supporto per gli operatori di Sanità Pubblica.

Tali strumenti, di facile e rapida consultazione, saranno d'ausilio agli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione, Direzioni dei Presidi Ospedalieri, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e altri operatori sanitari coinvolti a seconda del caso.

L'attuale Sistema Informativo per le Malattie Infettive (D.M 15/12/1990) stabilisce l'obbligo di notifica, definendone modalità e tempi, per 47 malattie infettive classificate in 4 classi in base alla rilevanza di sanità pubblica e al loro interesse sul piano nazionale ed internazionale; prevede inoltre una quinta classe che comprende malattie non specificamente menzionate nei gruppi precedenti e le zoonosi indicate dal regolamento di Polizia Veterinaria.

Secondo questo sistema le malattie infettive sono state differenziate in base alle informazioni da raccogliere e alla tempestività di invio dei dati.

La suddivisione in classi risponde anche a criteri di rilevanza epidemiologica e ad esigenze differenziate di profilassi anche se viene superata, in caso di emergenza, da protocolli speciali.

L'obiettivo finale della sorveglianza è l'utilizzazione dei dati per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e per il monitoraggio delle azioni intraprese.

La notifica obbligatoria delle malattie infettive costituisce il flusso informativo alla base di tutto il sistema di sorveglianza, perché permette di definire e confrontare i dati d'incidenza delle malattie infettive tra le ASL, Regioni o altre nazioni.

Tale sistema consente di conoscere l'incidenza delle malattie infettive, ma permette una analisi epidemiologica limitata all'andamento nel tempo della malattia, alla residenza, all'età, al sesso dei soggetti colpiti. Queste informazioni sono spesso insufficienti per sorvegliare alcune malattie infettive particolarmente rilevanti e per monitorare adeguatamente i programmi di controllo.

Sono stati istituiti pertanto, sistemi di sorveglianza speciali finalizzati a raccogliere informazioni più specifiche, relative in particolare, alla presenza di fattori di rischio per la malattia (p.es. epatiti virali, TB, etc.), al quadro clinico (meningiti batteriche, TB, etc.), all'agente eziologico (TB, meningiti batteriche, etc), alle misure di profilassi pre o post esposizione

(meningiti batteriche, morbillo, malaria, etc.), alle caratteristiche dell'ambiente di acquisizione (malattie trasmesse da vettori, etc.) e altre ancora.

La sorveglianza delle malattie infettive, sia nella nostra regione che nel resto d'Italia, soffre di alcune criticità, quali la sottototifica dei casi, il ritardo di notifica, la compilazione incompleta o errata delle schede, che riducono la disponibilità di informazioni utili per gli scopi della sorveglianza stessa, come la messa in atto degli interventi di profilassi post-esposizione, il controllo delle epidemie, la verifica dell'efficacia degli interventi di controllo, etc..

Tra le criticità principali rientra la mancata identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie, quali morbillo, rosolia e malattie batteriche invasive. Nonostante la presenza sul territorio regionale di una rete di Laboratori di I-II e III livello, la percentuale d'identificazione dell'agente patogeno in causa, risulta ancora troppo esigua. Si rende pertanto necessario codificare la "sorveglianza di laboratorio", prioritariamente, per tutte le malattie sopramenzionate.

Altro punto critico importante è la mancata segnalazione o il ritardo della segnalazione, dovute spesso a scarsa motivazione, più che alla scarsa conoscenza dell'obbligo normativo. Tra le cause della scarsa motivazione si individuano, tra i medici segnalatori, la mancata percezione dell'utilità dei dati epidemiologici, la scarsa ripercussione nell'operatività clinica quotidiana, le difficoltà operative della segnalazione. L'attivazione di opportuna formazione/informazione, unitamente a quella di un sistema informativo, che consenta l'accesso a tutti gli operatori interessati (clinici, laboratori, operatori di Sanità Pubblica), ognuno per la propria parte, potrà migliorare/eliminare tale criticità

Misure per le disuguaglianze. Saranno tenuti in considerazione tutti i cittadini, con particolare attenzione alla popolazione maggiormente a rischio per queste patologie, compresi coloro che hanno scarso o difficoltoso accesso al sistema sanitario, come gli immigrati e il popolo rom. Saranno attivati percorsi di sensibilizzazione/formazione di tutti gli operatori sanitari e di accoglienza ed accompagnamento ai servizi sanitari essenziali alla prevenzione, diagnosi e cura delle malattie infettive.

## Obiettivi generali e indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P.9.2 Sviluppo e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e risposta alle emergenze infettive</b>	9.1 Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	9.1.1 Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	dato 2014  78,8% per morbillo 59,3% per rosolia	dato 2014  98,2% per morbillo 50% per rosolia	100% Regioni raggiungono lo standard > 90%	>90% per morbillo  >75% per rosolia
	9.2 Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce	9.2.1 Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati entro 24 ore dalla diagnosi e livello di completezza delle notifiche con informazioni su variabili chiave	Non noto  Non noto	Non noto  Non noto	>80%  >80%	>80%  >80%
	9.3 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	9.3.1 Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	Non rilevato	Non noto	100%	100%

	9.4 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	9.4.1 Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica  <i>Definizione operativa</i> Proporzione di casi di malattie invasive da meningococco e pneumococco, notificati al sistema MIB rispetto alle SDO	60%	Non noto	+50%	75%
	9.9 Predisporre piani regionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)	9.9.1 Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali	Non rilevato	West Nile, Ebola (no piano generale)	100%	100%

#### Giustificazione dei valori attesi regionali

In mancanza di un valore baseline conosciuto, si assume quello nazionale. Per gli indicatori con un valore regionale attuale superiore, il valore atteso è comunque in linea con quello nazionale. In particolare la Sardegna ha dimostrato nel caso dell'ultima epidemia di morbillo un'ottima efficienza nell'indagine dei casi segnalati pur in assenza di un laboratorio di riferimento regionale, avvalendosi di quello dell'ISS. Risulta invece inefficiente la sorveglianza sulla rosolia. Fissare obiettivi del Piano Regionale differenziati per le due malattie (>90% per il morbillo e >75% per rosolia) appare plausibile per il quinquennio sulla base della esperienza passata.

Per quanto concerne le MBI, pur con un laboratorio di riferimento attivato presso l'Igiene e Medicina preventiva della AOU di Sassari con il precedente PPR, in grado di fornire in circa due ore il sierogruppo di Meningococchi e la conferma di Pneumococco (con successiva sierotipizzazione in ceppi vaccinali e non) e di Haemophilus influenzae, di Listeria monocytogenes, il numero di campioni afferenti dalla periferia risulta insufficiente, in particolare per Pneumococco.

L'obiettivo del 75% rispetto alle SDO, se pur ambizioso, deve necessariamente essere perseguito nel quinquennio in considerazione della necessità di sorvegliare sulle diverse MIB, tenuto conto delle strategie vaccinali implementate e di quelle specifiche da individuare a livello regionale.

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P - 9.2

Azione	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P - 9.2.1 Miglioramento del sistema di sorveglianza delle malattie prioritarie (con particolare riguardo a Morbillo e Rosolia), e creazione di una rete di operatori funzionale all'identificazione tempestiva dei casi, anche mediante sistemi di allerta precoce</b>	Migliorare l'applicazione del sistema di sorveglianza integrata morbillo - rosolia e mettere a regime la sorveglianza di laboratorio	Proporzione di casi di morbillo e rosolia notificati, per i quali è stato eseguito l'accertamento di laboratorio	Sistema di sorveglianza malattie infettive (regione)	<p><i>Numeratore:</i> N° di casi sospetti di morbillo e rosolia testati in laboratorio di riferimento qualificato</p> <p><i>Denominatore:</i> N° di casi sospetti di morbillo e rosolia (esclusi quelli non testati e confermati da collegamento epidemiologico oppure scartati come caso, perché collegati epidemiologicamente ad: -altra mal.infettiva confermata in laboratorio Oppure -caso di morbillo/rosolia negativo alle IgM</p>	dato 2014 40% per morbillo	>50% (morbillo)	>60% (morbillo)	>70% (morbillo)	>75% (morbillo)
		Proporzione di ASL, AOU e AO che hanno attivato la sorveglianza di laboratorio ( <b>indicatore sentinella</b> )	Sistema di sorveglianza malattie infettive (aziende)	<p><i>Numeratore:</i> N° Aziende che hanno attivato la sorveglianza di laboratorio <i>Denominatore:</i> N° totale Aziende</p>	Non noto	20%	50%	80%	100%



<b>P - 9.2.2 Informatizzazione dei sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile</b>	Integrare e mettere a regime entro il 2018, il sistema informativo regionale per le malattie infettive e renderlo fruibile agli operatori coinvolti, per competenza	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo regionale per le Malattie Infettive ( <b>indicatore sentinella</b> )	Sistema di sorveglianza per le malattie infettive (regione)	<i>Numeratore:</i> N° di notifiche inserite nel sistema informativo <i>Denominatore:</i> N° totale di notifiche inviate all'OER	Non noto	0%	10%	60%	100%
<b>P - 9.2.3 Realizzare un Piano di sensibilizzazione/informazione dei medici segnalatori .</b>	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esiste una diagnosi etiologica	Sistema di sorveglianza per le malattie infettive (regione)	<i>Numeratore:</i> N° di notifiche di casi di malattie invasive da meningococco, pneumococco e Haemophilus influenzae, inserite nel sistema MIB <i>Denominatore:</i> N° di notifiche di casi di malattie invasive da meningococco, pneumococco ed Haemophilus, rilevate dalle SDO	Non noto	Non valutabile	25%	50%	75%
		Proporzione di ASL che hanno attivato la sorveglianza di laboratorio ( <b>indicatore sentinella</b> )	Sistema di sorveglianza malattie infettive (aziende)	<i>Numeratore:</i> N° Aziende che hanno attivato la sorveglianza di laboratorio <i>Denominatore:</i> N° totale Aziende	Non conosciuto	20%	50%	80%	100%
<b>9.2.4 Predisposizione del Piano generale regionale, condiviso tra diversi livelli istituzionali, di preparazione/risposta alle emergenze</b>	Rispondere, in modo strutturato e coordinato tra livelli istituzionali, alle emergenze sanitarie, con particolare riferimento a quelle di natura infettiva	Esistenza del Piano generale regionale di preparazione e risposta alle emergenze infettive	Evidenza documentale del Piano Regionale	NA	Non presente		ev		



<b>infettive</b>		Proporzione di aziende sanitarie, che hanno adottato disposizioni attuative del Piano generale regionale di preparazione/risposta alle emergenze infettive (preparedness) ( <b>indicatore sentinella</b> )	Evidenza documentata dell'adozione delle disposizioni attuative del Piano generale regionale, da parte delle Aziende sanitarie	Numeratore: N° di Aziende che hanno adottato disposizioni attuative del Piano generale regionale di preparazione/risposta alle emergenze infettive Denominatore: N° totale delle Aziende sanitarie	0	0	80%	100%	100%
------------------	--	---	--	---	---	---	-----	------	------

## Pianificazione delle azioni: azione P – 9.2.1

<b>Azione P - 9.2.1</b>	<b>Miglioramento del sistema di sorveglianza delle malattie prioritarie (con particolare riguardo a Morbillo e Rosolia), e creazione di una rete di operatori funzionale all'identificazione tempestiva dei casi, anche mediante sistemi di allerta precoce</b>
Descrizione	In linea con Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia (PNEMoRc) 2010-2015, oltre il controllo delle coperture vaccinali, si rende necessario il miglioramento della sorveglianza di morbillo, rosolia, rosolia in gravidanza e rosolia congenita, anche attraverso l'individuazione di laboratori di riferimento regionali e un maggior coinvolgimento delle figure professionali interessate, al fine di ridurre/eliminare i ritardi nelle segnalazioni e il mancato accertamento di laboratorio, e favorire gli interventi di profilassi, ove opportuni.
Gruppo beneficiario prioritario	L'azione riguarda tutti i malati e contatti cui vengono rivolte le attività della sorveglianza, con lo scopo principale di poter evitare/controlare eventuali focolai epidemici nei suscettibili.
Setting identificato per l'azione	Dipartimento di prevenzione – laboratorio di riferimento
Gruppi di interesse	La presente azione coinvolge: Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, Laboratori di riferimento regionali, Distretti Sanitari, Unità operative ospedaliere di ricovero. Destinatari: tutti i soggetti malati, i contatti, tutti i suscettibili. Sostenitori: RAS, ASL, Az. Ospedaliere Universitarie, Az. Ospedaliere.
Prove di efficacia	La sorveglianza delle malattie infettive è supportata da molteplici evidenze di efficacia.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'integrazione delle azioni di sorveglianza di operatori di servizi territoriali, laboratori, unità ospedaliere, osservatorio epidemiologico regionale, garantisce la transversalità dell'azione. Tutti contribuiscono ad alimentare il sistema informativo sulla sorveglianza delle malattie infettive.
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 9.2.1.1</b> Diffusione di sintetiche linee guida sulla sorveglianza integrata per le malattie prioritarie entro il primo trimestre del 2016	Si procederà con la trasmissione a tutte le unità operative coinvolte nel sistema di sorveglianza, di linee guida regionali, che sulla base delle indicazioni nazionali, precisano compiti, responsabilità di tutti gli attori interessati, compreso il piano di monitoraggio del programma, al fine del raggiungimento dell'obiettivo generale.

<p><b>P - 9.2.1.2</b> Formazione degli operatori entro il 2016 Cadenza annuale evento formativo regionale con valutazione attività (report MPRV, MBI, AFP, ecc.)</p>	<p>Il gruppo di programmazione formulerà un Piano di formazione per tutti gli operatori implicati nella sorveglianza, compresi i responsabili dei laboratori che verranno inseriti nella rete regionale, da ripetere con cadenza annuale, al fine di aumentare la compliance. La formazione sarà completa entro il 2016. Sarà necessario che i referenti della rete di sorveglianza si incontrino con cadenza almeno annuale in eventi accreditati (work shop), per fare il punto della situazione, secondo il modello collaudato dall'ISS per i centri di riferimento regionali.</p>
<p><b>P - 9.2.1.3</b> Individuazione e coinvolgimento dei laboratori regionali nella rete di sorveglianza, attraverso la condivisione e diffusione capillare delle azioni di sorveglianza a tutti gli operatori interessati, entro il primo semestre del 2016 e messa a regime entro il 2016</p>	<p>La Regione, in collaborazione con il Gruppo di programmazione, procederà con l'individuazione dei laboratori, loro classificazione ai fini diagnostici e loro inserimento formale, nella rete di sorveglianza, entro il primo semestre del 2016. Ogni laboratorio riceverà le linee guida di cui all'attività 9.2.1.1, sulla sorveglianza integrata, per mettere a regime la sorveglianza di laboratorio, nel rispetto del cronoprogramma. Le aziende saranno oggetto di monitoraggio specifico.</p>
<p>Rischi e management dei rischi</p>	<p>Uno dei rischi maggiori, nei piani di sorveglianza speciale delle malattie infettive, è la caduta di compliance nel tempo. Management del rischio: eventi annuali accreditati (work shop), per fare il punto della situazione con gli attori interessati, secondo il modello collaudato dall'ISS per i centri di riferimento regionali.</p>
<p>Sostenibilità</p>	<p>Attualmente i servizi sanitari applicano il sistema di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie, come peraltro per tutte le malattie infettive. Una delle criticità operative correnti è proprio la carenza d'informazioni essenziali, quali l'individuazione etiologica dell'agente in causa, benchè prevista per poter definire accertato un "caso", per poter seguire l'andamento delle epidemie attraverso l'individuazione del sierotipo, etc. Affinchè il programma sia sostenibile è necessario che si esplichino in completa condivisione con gli attori coinvolti perchè si sentano, parte integrante delle azioni. Il monitoraggio dell'applicazione del programma, almeno sino alla messa a regime di tutte le attività, dovrebbe assicurarne la fattibilità.</p>

## Cronoprogramma azione P - 9.2.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	I/V	I	II	III	I/V	I	II	III	I/V	I	II	III	I/V
<p><b>P - 9.2.1.1</b> Diffusione di sintetiche linee guida sulla sorveglianza integrata per le malattie prioritarie entro il primo trimestre del 2016</p>	<p>Gruppo di programmazione /Regione</p>														
<p><b>P - 9.2.1.2</b> Formazione degli operatori entro il 2016 Cadenza annuale evento formativo regionale con valutazione attività (report MPRV, MBI, AFP, ecc.)</p>	<p>Gruppo di programmazione /Regione/ Aziende Sanitarie</p>														
<p><b>P - 9.2.1.3</b> Individuazione e coinvolgimento dei laboratori regionali nella rete di sorveglianza, attraverso la condivisione e diffusione capillare delle azioni di sorveglianza a tutti gli</p>	<p>Gruppo di programmazione /Regione</p>														

operatori interessati, entro il primo semestre del 2016 e messa a regime entro il 2016																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Pianificazione delle azioni: azione P- 9.2.2

<b>Azione P - 9.2.2</b>	<b>Informatizzazione dei sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile</b>
Descrizione	<p>Ai fini del controllo e della prevenzione delle malattie infettive è importante che i dati possano essere analizzati in tempo reale e forniscano informazioni epidemiologiche utili a comprendere le modalità di trasmissione. L'informatizzazione del sistema di sorveglianza inoltre favorisce e facilita la segnalazione da parte dei medici, la completezza delle informazioni e la tempestività necessaria.</p> <p>Seppur in attesa dell'aggiornamento del DM 15/12/1990 ai fini del recepimento delle decisioni n° 1082/2013/UE e n° 2012/506/UE è necessario pertanto procedere alla informatizzazione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive per consentire l'intervento, oltre ai servizi di igiene e sanità pubblica e all'OER, di tutte le unità operative coinvolte nella segnalazione, quali i reparti ospedalieri e i laboratori, e dei medici che operano nel territorio.</p> <p>Il Sistema Informativo sarà unico a livello regionale e consentirà di soddisfare i debiti informativi richiesti dal livello nazionale compresi i sistemi di sorveglianza speciale.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Dipartimento di Prevenzione, OER (Osservatorio epidemiologico Regionale), laboratori regionali
Setting identificato per l'azione	OER - Aziende Sanitarie
Gruppi di interesse	La presente azione coinvolge: Operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, Laboratori di riferimento regionali, Distretti Sanitari, Unità operative ospedaliere di ricovero. Sostenitori: RAS, ASL, Az. Ospedaliere Universitarie, Az. Ospedaliere.
Prove di efficacia	L'informatizzazione della sorveglianza delle malattie infettive è valido strumento operativo e di monitoraggio delle azioni
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'integrazione delle azioni di sorveglianza, attraverso l'informatizzazione del sistema, garantisce la transversalità dell'azione, consentendo la partecipazione di operatori dei servizi territoriali, laboratori, unità ospedaliere, osservatorio epidemiologico regionale. Tutti contribuiscono ad alimentare il sistema informativo sulla sorveglianza delle malattie infettive.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -9.2.2.1</b> Pianificazione e realizzazione modifiche sistema informativo regionale entro III trimestre 2016	Sarà necessario arrivare, a livello regionale, ad un sistema informativo unico per tutte le aziende sanitarie, che risponda agli obblighi normativi e che sia arricchito di funzioni operative necessarie all'integrazione delle azioni di sorveglianza da parte di tutti gli operatori coinvolti. Le azioni necessarie saranno demandate al livello regionale, sentiti gli operatori delle aziende sanitarie.
<b>P - 9.2.2.2</b> Utilizzo del nuovo sistema informativo, in fase sperimentale, entro IV trimestre 2016. A regime al I trimestre 2017	Entro dicembre 2016 dovrà essere disponibile, per la necessaria sperimentazione, il nuovo sistema informativo che risponda alle modifiche richieste. Il nuovo sistema si prevede vada a regime a partire dal I° trimestre del 2017.
Rischi e management dei rischi	I tempi per l'implementazione del sistema informativo, sulla base di precedenti esperienze, sono piuttosto lunghi, così come le funzionalità sono spesso carenti rispetto alle richieste. Si procederà con la stesura delle richieste, condivisa con gli operatori, che potranno sperimentare le modifiche in corso d'opera, per eventuali correzioni. Monitoraggio centrale (RAS) dei tempi di attuazione e dell'efficacia ed efficienza dello strumento.

	Sarà necessario prevedere adeguata manutenzione normativa in vista dell'aggiornamento del DM 15/12/1990.
Sostenibilità	L'azione è certamente sostenibile in quanto consente l'efficientamento dei Servizi. Il monitoraggio dell'applicazione del programma, almeno sino alla messa a regime di tutte le attività, dovrebbe assicurarne la fattibilità.

## Cronoprogramma azione P -9.2.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P - 9.2.2.1</b> Pianificazione e realizzazione modifiche sistema informativo regionale entro III trimestre 2016	Regione															
<b>P - 9.2.2.2</b> Utilizzo del nuovo sistema informativo in fase sperimentale, entro IV trimestre 2016. A regime al I trimestre 2017	Regione Aziende sanitarie															

## Pianificazione delle azioni: azione P – 9.2.3

<b>Azione P -9.2.3</b>	<b>Realizzare un Piano di sensibilizzazione/informazione/formazione dei medici segnalatori</b>
Descrizione	L'azione si esplicherà attraverso la sensibilizzazione degli operatori deputati alla segnalazione delle malattie infettive, per il superamento di una criticità dell'attuale sistema, "la mancata segnalazione o il ritardo della segnalazione", dovute spesso a scarsa motivazione più che alla scarsa conoscenza dell'obbligo normativo. Tra le cause della scarsa motivazione si individuano, tra i medici segnalatori, la mancata percezione dell'utilità dei dati epidemiologici, la scarsa ripercussione nell'operatività clinica quotidiana, le difficoltà operative della segnalazione. L'attivazione di opportuna formazione/informazione, unitamente ad un adeguato ritorno informativo a tutti gli operatori interessati (clinici, laboratori, operatori di Sanità Pubblica), ognuno per la propria parte, potrà migliorare/eliminare tale criticità.
Gruppo beneficiario prioritario	Tutti i malati e i contatti, che potranno beneficiare degli interventi diagnostici e di salute pubblica.
Setting identificato per l'azione	Ambulatori medici, servizi sanitari territoriali/ospedalieri, reparti ospedalieri
Gruppi di interesse	La presente azione è rivolta a: Operatori: Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, Laboratori di riferimento regionale, Distretti Sanitari, Unità operative ospedaliere di ricovero, OER. Destinatari: tutti i soggetti malati, i contatti, tutti i suscettibili. Sostenitori: RAS, ASL, Az. Ospedaliere Universitarie, Az. Ospedaliere.
Prove di efficacia	Il coinvolgimento dei professionisti interessati, attraverso attività formativa di tipo esperienziale, è supportata da prove di efficacia.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	L'integrazione delle azioni di sorveglianza, attraverso la formazione partecipativa degli operatori che "aprono" la sorveglianza, arricchisce la rete degli operatori e garantisce la trasversalità dell'azione.

<b>Attività principali</b>	
<b>P - 9.2.3.1</b> Entro il I semestre 2016: avvio della formazione/informazione dei medici segnalatori. Evento formativo di rimando annuale.	Spesso i medici segnalatori sottovalutano l'importanza del rispetto dei tempi e della completezza delle informazioni, per il buon esito della sorveglianza. Il coinvolgimento formativo dei professionisti deputati alle segnalazioni delle malattie infettive, con particolare riguardo alle forme batteriche invasive, è uno degli strumenti necessari per il buon esito della sorveglianza delle malattie infettive. Il Dipartimento di prevenzione di ogni ASL predisporrà un Piano formativo entro il primo semestre del 2016.
<b>P - 9.2.3.2</b> Individuazione e coinvolgimento dei laboratori regionali nella rete di sorveglianza, attraverso la condivisione e diffusione capillare delle azioni di sorveglianza a tutti gli operatori interessati, entro il primo semestre del 2016	La Regione, in collaborazione con il Gruppo di programmazione, procederà con l'individuazione dei laboratori, loro classificazione ai fini diagnostici e loro inserimento formale, nella rete di sorveglianza, entro il primo semestre del 2016. La formalizzazione da parte della Regione di tutti i laboratori di riferimento (Morillo, Rosolia, Pertosse, MIB, AFP, Legionellosi, Salmonellosi, Influenza, ..... ) e dei relativi flussi, consentirà di mettere a regime la sorveglianza di laboratori.
<b>P - 9.2.3.3</b> Messa a regime della sorveglianza di laboratorio entro il 2016. Cadenza annuale evento formativo regionale (obbligatorio per i laboratori) con valutazione attività	La sorveglianza di laboratorio, attraverso l'utilizzo di test rapidi e di farmacoresistenza, diviene uno strumento essenziale per il clinico e per il medico di sanità pubblica. Entro il 2016 il sistema dovrà essere a regime. A cadenza annuale saranno previsti eventi accreditati con presentazione dei dati epidemiologici di interesse. Le aziende saranno oggetto di monitoraggio specifico.
Rischi e management dei rischi	Il rischio maggiore, quello della scarsa adesione degli operatori, sarà superato con azioni di formazione obbligatoria. La formalizzazione da parte della Regione di tutti i laboratori di riferimento (Morillo, Rosolia, Pertosse, MIB, AFP, Legionellosi, Salmonellosi, Influenza, ..... ) e dei relativi flussi, consentirà di mettere a regime la sorveglianza di laboratori.
Sostenibilità	Il monitoraggio dell'applicazione del programma e l'azione forte della Regione, almeno sino alla messa a regime di tutte le attività, dovrebbe assicurarne la fattibilità.

## Cronoprogramma azione P - 9.2.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	V	I	II	III	V	I	II	III	V	I	II	III	V	
<b>P - 9.2.3.1</b> Entro il I semestre 2016: avvio della formazione/informazione dei medici segnalatori. Evento formativo di rimando annuale.	Aziende sanitarie /dipartimenti di prevenzione															
<b>P - 9.2.3.2</b> Individuazione e coinvolgimento dei laboratori regionali nella rete di sorveglianza, attraverso la condivisione e diffusione capillare delle azioni di sorveglianza a tutti gli operatori interessati, entro il primo semestre del 2016	Regione/Aziende sanitarie															
<b>P - 9.2.3.3</b> Messa a regime della sorveglianza di laboratorio entro il 2016. Cadenza annuale evento formativo regionale	Regione/Aziende sanitarie															

(obbligatorio per i laboratori) con valutazione attività																				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Pianificazione delle azioni: azione P- 9.2.4

<b>Azione P - 9.2.4</b>	<b>Predisposizione del Piano generale regionale, condiviso tra diversi livelli istituzionali, di preparazione/risposta alle emergenze infettive</b>
Descrizione	Nella Regione Sardegna, non è presente, al momento, un modello organizzativo strutturato, capace di rispondere ad emergenze sanitarie, con particolare riferimento a quelle di natura infettiva. Affrontare le emergenze sanitarie richiede una precisa identificazione delle figure coinvolte che rispondano ad una organizzazione multidisciplinare. E' quindi importante la creazione di reti inter-aziendali ed intra-aziendali, con una particolare attenzione alla gestione dell'informazione e della comunicazione, differenziata per target. Sarà necessaria, dapprima, l'istituzione di un Nucleo di Coordinamento Regionale, seguita dalla creazione di Gruppi aziendali per le emergenze in sanità pubblica, che abbiano una capacità di intervento intersettoriale, con catena di comando stabilita, che determini ruoli, azioni, tempi, risorse e indicatori di risultato. Importante è, quindi, la costituzione in ogni Azienda Sanitaria, con stewardship del Dipartimento di Prevenzione, di un Gruppo multidisciplinare per le Emergenze di Sanità Pubblica con rappresentanza anche delle Aziende ospedaliere, che rappresenti il nucleo direzionale sanitario, sia nella fase di preparedness all'emergenza sia in corso di crisi.
Gruppo beneficiario prioritario	Tutti i cittadini.
Setting identificato per l'azione	Aziende sanitarie regionali
Gruppi di interesse	La presente azione coinvolge: Operatori: tutti gli operatori sanitari interessati alle emergenze infettive. Destinatari: tutti i cittadini Sostenitori: RAS, ASL, Az. Ospedaliere, Az. Osp. Universitarie
Prove di efficacia	Il preparedness per le emergenze infettive e non, è supportato da prove di efficacia internazionali.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	La rete inter-istituzionale ed intra-aziendale assicura la trasversalità dell'azione.
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 9.2.4.1</b> Costituzione del Gruppo di Coordinamento Regionale per le emergenze infettive	La Regione, individuerà entro il 2015, il Gruppo di Coordinamento per le emergenze, che avrà il compito di elaborare un Piano generale di preparazione/risposta alle emergenze infettive. Tale piano, fungerà da modello per l'eventuale rielaborazione, se necessaria, dei Piani specifici già in essere e per l'elaborazione di quelli futuri.
<b>P -9.2.4.2</b> Predisposizione del Piano generale regionale di preparazione/risposta alle emergenze infettive	La predisposizione del Piano generale regionale di preparazione/risposta alle emergenze infettive dovrà avvenire entro il III trimestre 2016 e sarà adattato a quello nazionale, non appena disponibile. Il Gruppo di Coordinamento Regionale, integrato se necessario con professionalità specifiche, individuate in base alla problematica da affrontare, dovrà provvedere alla rielaborazione/elaborazione di Piani specifici sulla base di Piani e Protocolli nazionali.
<b>P -9.2.4.3</b> Costituzione del Gruppo aziendale per le emergenze infettive	Ogni Azienda sanitaria dovrà costituire un Gruppo aziendale per le emergenze infettive e dotarsi, attraverso la collaborazione multidisciplinare delle figure professionali chiamate a far parte del Gruppo di disposizioni

	<p>/protocolli/procedure attuative del Piano generale regionale e dei Piani specifici.</p> <p>Il Gruppo dovrà essere costituito in ogni Azienda sanitaria , entro il IV trimestre 2016, mentre le disposizioni /protocolli/procedure attuative del Piano generale regionale dovranno essere completate entro il II semestre 2017 e sperimentate entro la fine del 2017 da almeno l'80% delle aziende e dal 100% entro il 2018.</p>
<b>P -9.2.4.3</b> Formazione degli operatori aziendali coinvolti nel Preparedness	<p>Le aziende dovranno formare il proprio personale sul preparedness regionale ed aziendale a partire dal primo trimestre del 2017 e comunque dovrà proseguire nel 2018.</p> <p>La formazione deve prevedere, nella parte pratica, delle simulazioni/esercitazioni che dovranno essere ripetute con cadenza annuale.</p>
Rischi e management dei rischi	<p>Uno dei rischi maggiori, nei piani previsti per la preparazione e risposta alle emergenze infettive e non, è la carenza di preparazione alle azioni previste nel piano e la sua obsolescenza nel tempo. Sarà necessario che il Gruppo venga ratificato/integrato nella sua composizione entro il 31 gennaio di ogni anno e che entro il mese di febbraio ratifichi/rinnovi il Piano precedente tenuto conto degli indirizzi nazionali e di quelli da parte del Coordinamento regionale.</p>
Sostenibilità	<p>Il Coordinamento Regionale, il coinvolgimento dei professionisti maggiormente coinvolti nelle emergenze infettive, il monitoraggio dell'applicazione del programma, lo rende sostenibile.</p>

## Cronoprogramma azione P -9.2.4

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -9.2.4.1</b> Costituzione del Gruppo di Coordinamento Regionale per le emergenze infettive	Regione															
<b>P -9.2.4.2</b> Predisposizione del Piano generale regionale di preparazione/risposta alle emergenze infettive	Gruppo di coordinamento regionale per le emergenze/regione															
<b>P -9.2.4.3</b> Costituzione del Gruppo aziendale per le emergenze infettive	Aziende Sanitarie															
<b>P -9.2.4.3</b> Formazione degli operatori aziendali coinvolti nel Preparedness	Regione/aziende sanitarie															

## Programma P-9.3: Programma di lotta alla Tuberculosis e alle infezioni da HIV

### Descrizione del programma

La Tuberculosis (TB) è ancora oggi la prima causa di morte da singolo agente infettivo con circa 1.300.000 morti ogni anno nel Mondo, 8.600.000 casi incidenti e 12.000.000 di casi prevalenti nel 2013. Si stima inoltre che circa 1/3 della popolazione mondiale (2 miliardi di persone) siano stati infettati dal Micobacterium della TB.

In Italia l'incidenza, a partire dagli anni '70, si è assestata al di sotto dei 10 casi (7,7 / 100.000 ab nel 2008), così come dimostra l'analisi delle Notifiche pervenute al Ministero della Salute.

Dai dati prodotti dai Servizi di Igiene e Sanità pubblica delle ASL di Cagliari, Sassari e Nuoro e riguardanti l'intero territorio Regionale si evince che i casi confermati in Sardegna sono stati 67 nel 2012 (54 polmonari e 13 extra-polmonari), 108 nel 2013 (83 e 25) e 95 nel 2014 (71 e 24). Il tasso grezzo di incidenza è passato negli stessi anni da 4,1 a 6,5 a 5,8 per 100.000 ab. I casi di TB in soggetti extra-comunitari sono stati 10 nel 2012 e 31 nel 2013. Nonostante i dati confortanti degli ultimi decenni, nuovi altri fenomeni (fattori di rischio) sono via via emersi nei Paesi a bassa incidenza, fenomeni che stanno influenzando notevolmente l'epidemiologia della TB e alimentando la persistenza dell'infezione anche in questi ultimi Paesi:

1) I flussi migratori dai Paesi in via di sviluppo. La popolazione immigrata, proveniente da regioni ad alta endemia tubercolare, presenta un rischio di sviluppare la malattia 10-15 volte superiore rispetto alla popolazione nativa: in Italia la percentuale di stranieri tra i casi notificati si aggira intorno al 50%. Nel 2008 i casi incidenti nella popolazione immigrata sono stati 50/100.000 mentre tra i nativi 4/100.000 ab.

2) Infezione da Virus dell'Immunodeficienza Umana (HIV) e Sindrome ad essa correlata (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita - AIDS).

3) Aumento dei ceppi farmaco-resistenti. Si stima attualmente che circa 1/4 dei pazienti affetti da TB non possa essere trattato con un regime di terapia standard a causa delle farmaco-resistenze. Dai dati forniti dai due laboratori di Micobatteriologia di riferimento regionale (Sassari e Cagliari) emerge che i ceppi resistenti ad un solo farmaco antitubercolare erano il 68% nel 2012, 44% nel 2013 e 37% nel 2014. Quelli resistenti a due farmaci 6% nel 2012, 7% nel 2013 e 5% nel 2014. I ceppi resistenti a tre farmaci 3% nel 2012, 2% nel 2013 e 5% nel 2014. I ceppi resistenti a quattro farmaci 10% nel 2012, 5% nel 2013 e 3% nel 2014.

Si sono registrati 3 casi di MDR-TB nel 2012, 2 casi nel 2013 e 1 caso nel 2014. I casi XDR-TB sono stati 1 nel 2013 e 1 nel 2014.

4) Scarsa efficacia dei Sistemi di Sorveglianza Regionali. La rilevazione e la notifica in tempi rapidi dei casi, anche solo sospetti, di TB è un'attività cruciale nei programmi di controllo della stessa, in quanto il trattamento farmacologico adeguato dei casi interrompe la catena di trasmissione della malattia. La valutazione dei contatti dei casi di TB contagiosa rappresenta, inoltre, il metodo più produttivo per l'identificazione delle persone, adulte o meno, che abbiano contratto l'infezione tubercolare latente (ITBL) e siano a rischio di progressione della malattia (sorveglianza dei contatti).

Attualmente i flussi delle notifiche non sono omogeneamente efficaci a livello regionale e da studi effettuati in Sardegna negli anni '90 emerge come solo circa il 60% dei casi osservati nelle Strutture di Diagnosi e Cura siano stati anche notificati. E' noto inoltre che parte delle notifiche effettuate dai Centri di Diagnosi e Cura non vengono trasmessi all'OER ne tantomeno al Ministero della Salute.

In questi ultimi mesi un Gruppo di Lavoro opportunamente nominato dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna ha messo a punto un documento dal titolo "Raccomandazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la Riqualificazione delle attività di Sorveglianza, Diagnosi e Controllo della Tuberculosis in Sardegna" che traccia un percorso diagnostico - terapeutico specifico per i pazienti con Malattia Tubercolare e Infezione Tubercolare Latente, fornisce informazioni dettagliate circa la rete assistenziale dedicata esistente sul territorio regionale, indica i laboratori di micobatteriologia regionali di riferimento e i compiti che, in base al livello di complessità, questi svolgono e fornisce un'analisi dettagliata del flusso delle notifiche. Queste ultime concernono:

La notifica di nuovo caso di Malattia attiva da parte del Medico che fa la diagnosi, La notifica di nuovo caso positivo da parte del laboratorio, La notifica/scheda di monitoraggio del trattamento e follow up del paziente, La notifica/scheda di



nuovo contatto (ITBL) sottoposto a chemiopprofilassi, La notifica degli esiti di trattamento del caso di Malattia Tubercolare, La notifica degli esiti di trattamento del caso sottoposto a chemiopprofilassi per ITBL.

Pertanto il PRP 2014 – 2018 dovrà applicare i protocolli e le procedure già esistenti, attualmente in fase di verifica/approvazione dell'Assessorato, che riguardano i sistemi di sorveglianza della TB, valutarli e, se il caso aggiornarli, tenendo presente le nuove indicazioni dell'Intesa Stato - Regioni del 20/12/2012 recante il titolo "Controllo della tubercolosi: obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016". Il sistema di sorveglianza dovrà farsi carico oltre che dell'esito del trattamento, sia esso terapeutico o profilattico, anche della notifica da parte dei laboratori e della conoscenza/aggiornamento dei dati annuali sulla farmaco-resistenza ai farmaci antitubercolari.

Il presente programma pertanto cercherà di mettere a regime un sistema informativo che contempli tutto il percorso diagnostico terapeutico della malattia e che sia alimentato e sostenuto dai diversi servizi sanitari (U. O. C. di Pneumologia, Malattie Infettive, Pneumologie territoriali, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), Laboratori di Micobatteriologia, Osservatorio Epidemiologico Regionale - OER), per una massima integrazione dei dati.

Merita inoltre particolare attenzione la sorveglianza delle infezioni da Hiv, che si affianca alla sorveglianza dei casi di Aids, il cui coordinamento a livello nazionale è demandato al Centro Operativo Aids (COA) dell'ISS.

Alcune indagini condotte a livello nazionale evidenziano come gran parte delle persone con infezione da Hiv non sono consapevoli del loro stato di portatore. Ciò comporta che molti sieropositivi arrivino alla diagnosi quando i primi sintomi della malattia Hiv-correlata sono iniziati. Ciò rappresenta un rischio per i contatti e causa di ritardo nella diagnosi e nell'inizio della terapia antiretrovirale. Un indicatore di questa situazione è il numero di linfociti CD4 al momento della diagnosi di infezione da Hiv: vengono definiti late-presenter coloro che al momento della prima diagnosi di infezione hanno un numero di cellule CD4 <350/ $\mu$ L o hanno una patologia indicativa di Aids.

Nel 2012, in Italia, la proporzione di nuove diagnosi con un numero di cellule CD4 <350/ $\mu$ L era del 55,8%, dato che denota come molte persone non siano a conoscenza del proprio stato di sieropositività. In Sardegna la sorveglianza delle infezioni da Hiv è iniziata nel 2012, ma i dati, benché riferiti solo a questo anno, non si discostano significativamente dalle medie nazionali, infatti il tasso di incidenza risulta pari a 5,4 nuovi casi per 100.000 residenti. La percentuale di nuovi casi con un numero di cellule CD4 <350/ $\mu$ L è stato del 53,5%.

La strategia da mettere in atto nel PRP 2014 – 2018, sarà quella di favorire e facilitare il più possibile l'accesso al test di laboratorio per la ricerca del virus delle persone a rischio, salvaguardandone l'anonimato.

Iniziative specifiche vanno inoltre ricercate per contrastare le co-infezioni Hiv-Tb, dove la combinazione è particolarmente severa per il malato. Secondo i dati forniti dal COA, i casi di Tb tra i malati di Aids è passato dal 6,8% nel 1993, all'11% nel 2010, con la proporzione di stranieri che va dal 10,8%, sempre nel 1993, al 64,6% nel 2010.

Una strategia efficace prevede l'effettuazione del Test per l'Hiv nei malati con nuova diagnosi di Tb, soprattutto se giovani adulti e stranieri. In ogni caso andrebbe assicurata la terapia antiretrovirale il più precocemente possibile ai pazienti Hiv positivi, prevenendo in questo modo anche lo sviluppo della Tubercolosi.

Misure per le disuguaglianze. Verranno tenuti in particolare considerazione i gruppi di popolazione a maggior rischio per queste patologie, ma che possono essere escluse dai normali circuiti sanitari, come la popolazione rom e gli immigrati. Per essi saranno predisposte delle linee guida che prevedano, oltre una sorveglianza sanitaria non sempre facilissima, delle opportunità per l'accesso alle strutture sanitarie, anche attraverso una sensibilizzazione degli uffici preposti al rilascio dei documenti per l'assistenza sanitaria e la disponibilità in tutti gli uffici amministrativi, ambulatori e/o altre strutture sanitarie, di avvisi, orari, informazioni multilingue.

## Obiettivi generali e indicatori generali di programma

Programma	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P - 9.3</b> <b>Programma di lotta alla Tubercolosi e alle infezioni da HIV</b>	9.5 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	9.5.1 Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up  <i>Definizione operativa:</i> proporzione di casi di tubercolosi polmonare bacillifera persi al follow up sul numero totale di casi di tubercolosi polmonare bacillifera notificati nell'anno (da rilevare ogni 2 anni)	25-30%	sconosciuto	- 50%	-30%
		9.5.2 Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/iL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV	57%	53,5%	- 25%	-25%

### Giustificazione dei valori attesi regionali

In mancanza di un valore baseline conosciuto per quanto riguarda la TBC, si assume quello nazionale. Come valore atteso in via prudenziale si sceglie il -30%. Tale valore è giustificato dal fatto che in Sardegna i flussi relativi non sono strutturati in un sistema ben codificato e dalla carenza di i servizi di orientamento rivolti alla popolazione straniera, che se presenti, svolgono un ruolo incisivo nel possibile recupero dei persi al follow up. C'è da rimarcare tuttavia che in Sardegna la percentuale di malati stranieri per ciò che concerne la tubercolosi è meno frequente rispetto al dato nazionale (22,5% versus il 50% circa, dati 2013).

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P – 9.3

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P -9.3.1 Migliorare il sistema di sorveglianza della tubercolosi</b>	Monitorare la diffusione della malattia tubercolare nella popolazione, il percorso diagnostico-terapeutico, la farmaco-resistenza, e individuare e gestire i contatti di caso.	Elaborazione e adozione di linee guida regionali	Adozione con atto formale delle linee guida regionali	NA	Non presenti	ev			
		Proporzione di operatori sanitari delle strutture di prevenzione e di diagnosi e cura coinvolti nel sistema di sorveglianza, formati sulle linee guida regionali	Registri ASL di raccolta firme di partecipazione all'evento	<i>Numeratore:</i> numero di operatori sanitari formati <i>Denominatore:</i> numero totale di operatori sanitari delle strutture di prevenzione e diagnosi e cura, coinvolti nel sistema di sorveglianza	0%	0%	40%	80%	100%
		Proporzione di contatti con infezione tubercolare latente che completano il ciclo di profilassi ( <b>indicatore sentinella</b> )	Sistema di sorveglianza per la tubercolosi (aziende)	<i>Numeratore:</i> numero di contatti avviati alla profilassi antitubercolare che completano il ciclo <i>Denominatore:</i> totale di contatti avviati alla profilassi antitubercolare	Sconosciuto	0%	50%	60%	70%



		Proporzione casi di tubercolosi polmonare che completano il ciclo di terapia	Sistema di sorveglianza per la tubercolosi (aziende)	<i>Numeratore:</i> numero di casi di tubercolosi polmonare che completano il ciclo di terapia/ numero totale di casi di tubercolosi polmonare avviati alla terapia	Sconosciuto	50%	60%	70%	80%
		Proporzione di casi di tubercolosi polmonare segnalati dai Servizi di Igiene e sanità pubblica (SISP) all'OER ( <b>indicatore sentinella</b> )	Sistema di sorveglianza per la tubercolosi (regionale) Banca dati SDO	<i>Numeratore:</i> numero di casi di tubercolosi segnalati dai Servizi di Igiene e sanità pubblica (SISP) all'OER / numero totale di casi di tubercolosi polmonare ricoverati	Sconosciuto	70%	80%	90%	100%
		Proporzione di notifiche di casi di tubercolosi polmonare integrate con i risultati di laboratorio	Sistema di sorveglianza per la tubercolosi (aziende)	<i>Numero di casi di tubercolosi polmonare integrati con i dati di laboratorio notificati al SISP... /numero totale di casi di tubercolosi polmonare notificati al SISP</i>	sconosciuto	50%	60%	90%	100%
<b>P - 9.3.2 Implementazione di un sistema di sorveglianza regionale per l'infezione da HIV</b>	Conoscere le caratteristiche epidemiologiche dell'infezione da HIV, socio-demografiche delle persone sieropositive, anche con la riorganizzazione e razionalizzazione	Evidenza del documento che disegna il sistema di sorveglianza regionale	Adozione del documento di indirizzo regionale	NA			Ev		

	e dell'offerta del test, nella regione Sardegna, entro giugno 2016	Proporzione di laboratori che adottano la procedura standardizzata per l'offerta del test HIV <b>(indicatore sentinella)</b>	Sistema di sorveglianza (regione)	<i>Numeratore:</i> numero di lab che adottano la procedura standardizzata <i>Denominatore:</i> totale laboratori idonei all'esecuzione del test	0%	0%	20%	50%	100%
<b>P -9.3.3 Realizzazione di una campagna regionale di informazione e comunicazione sull'infezione da HIV</b>	Aumentare la consapevolezza delle persone sull'infezione da HIV attraverso la realizzazione di una campagna di informazione e comunicazione, in setting specifici, a partire dal 2017	Predisposizione di un programma di sensibilizzazione/informazione sulle malattie infettive a trasmissione sessuale, da realizzare negli istituti scolastici superiori, entro il 2016	Registri ASL di raccolta firme di partecipazione all'evento	NA	Non esistente		Ev		
		Proporzione di Istituti scolastici superiori in cui sono stati attivati i percorsi di sensibilizzazione/informazione (in almeno l'80% di classi filtro) <b>(indicatore sentinella)</b>	Documentazione inerente la organizzazione e la realizzazione degli eventi informativi/formativi (registri, lettere di adesione ecc)	<i>Numeratore:</i> numero di istituti scolastici superiori in cui sono stati attivati i percorsi di sensibilizzazione/informazione e <i>Denominatore:</i> totale degli istituti medi superiori della Sardegna	NA	0%	0%	20%	50%

## Pianificazione delle azioni: azione P – 9.3.1

<b>Azione P - 9.3.1</b>	<b>Migliorare il sistema di sorveglianza della tubercolosi.</b>
Descrizione	L'intervento verterà sulla revisione dell'attuale sistema di sorveglianza non omogeneo a livello di aziende sanitarie e limitato al solo momento diagnostico. Si vuole migliorare il sistema di controllo attraverso la revisione delle linee guida e protocolli che riguardano l'inchiesta epidemiologica, il monitoraggio del flusso delle notifiche e degli esiti del

	trattamento, il coinvolgimento dei laboratori nella notifica di caso e nella sorveglianza della farmaco-resistenza. Al fine di ottenere un sistema di sorveglianza di qualità si prevede la produzione di un sistema informativo regionale a cui parteciperanno tutte le unità operative interessate, i servizi di igiene pubblica, le pneumologie territoriali le pneumologie ospedaliere, i laboratori di riferimento regionali, e i servizi dedicati ai migranti, e un registro di casi gestito a livello regionale che sarà alimentato da tutte le unità operative menzionate.
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta a tutti i malati/contatti di tubercolosi verso i quali dovranno essere indirizzate le attività di sorveglianza durante il trattamento/profilassi affinché il percorso terapeutico venga portato a termine. Il programma avrà un'attenzione particolare per la popolazione immigrata a maggior rischio per questa patologia. Una strategia sarà quella di favorire l'accessibilità di queste persone alle strutture sanitarie deputate all'ascolto ed alla soluzione dei loro problemi sanitari (ambulatori per stranieri). Possono essere inoltre coinvolti eventuali organizzazioni di volontariato che si occupino in modo particolare di situazioni di estremo disagio e povertà.
Setting identificato per l'azione	Servizi sanitari coinvolti nel sistema di sorveglianza
Gruppi di interesse	Sono gruppi di interesse gli Operatori dei servizi sanitari che operano nei Dipartimenti di Prevenzione, nelle Unità Operative Ospedaliere e Territoriali di diagnosi e cura della tubercolosi e nei Laboratori di Micobatteriologia regionali. E' sicuramente importante che i servizi sociali dei Comuni partecipino alle attività di recupero dei pazienti persi al follow up qualora questi siano stranieri, nomadi, o persone socialmente isolate. Può essere d'aiuto coinvolgere gruppi di volontariato quando questi agiscono in setting di particolare disagio (la tubercolosi colpisce prevalentemente chi vive in povertà).
Prove di efficacia	Tutti i sistemi di sorveglianza sono strumenti per rendere evidence based le azioni/attività che si intende sorvegliare.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Gli interventi interessano diverse unità operative del servizio sanitario regionale compreso il livello regionale. I servizi di igiene pubblica sono interessati nella fase iniziale della malattia soprattutto per arginarne la diffusione nei contatti dei casi. Le pneumologie ospedaliere e le divisioni di malattie infettive nella diagnosi e trattamento dei casi, le pneumologie territoriali, nella diagnosi, nel follow up del trattamento e nella profilassi della tubercolosi latente, i laboratori nella diagnostica batteriologica e nella farmaco-resistenza. Tutti contribuiscono ad alimentare il sistema informativo sulla sorveglianza della tubercolosi. I servizi sociali dei Comuni occupano un posto di rilievo poiché in sintonia con il servizio sanitario regionale, possono risultare decisivi per il follow up dei pazienti. I gruppi di volontariato saranno coinvolti dove questi siano esistenti e operativi soprattutto per la popolazione immigrata.
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 9.3.1.1</b> Elaborazione di linee guida per il sistema di sorveglianza entro il 2015 e loro applicazione partire dal 2016	Elaborazione di Linee guida per la costituzione di una rete di sorveglianza della tubercolosi da parte del Gruppo di lavoro istituito con determinazione n. 1189 del 22/10/20114, e loro formale adozione da parte della Giunta Regionale e recepimento da parte di tutte le aziende sanitarie della regione entro il primo semestre del 2016. Nelle linee guida verranno esplicitati tempi, modi (compresa la modulistica), compiti, responsabilità di tutti gli attori interessati compreso il piano di monitoraggio del programma.
<b>P - 9.3.1.2</b> Coinvolgimento dei laboratori regionali entro il 2015	Individuazione dei laboratori, loro classificazione ai fini diagnostici e della rilevazione della farmaco-resistenza, e loro inserimento nella rete di sorveglianza entro il 2015. I laboratori, sono incaricati della notifica della malattia tubercolare quando gli esami sono positivi e della rilevazione della farmaco-resistenza. Nel sistema informativo il laboratorio di riferimento regionale si interfacerà con il livello regionale per la notifica dei casi e della farmaco-resistenza dopo il feedback alla struttura sanitaria che ha richiesto l'esame.
<b>P - 9.3.1.3</b>	Verrà redatto un piano di formazione per tutti gli operatori dei diversi livelli operativi.

Formazione degli operatori sanitari coinvolti nel sistema di sorveglianza, a partire dal 2016	Verranno formati i medici dei servizi di Igiene Pubblica delle aziende sanitarie della Sardegna, per il recepimento delle nuove linee guida e per l'utilizzo della nuova modulistica, così come tutti gli operatori coinvolti: laboratoristi, medici ospedalieri interessati, medici delle pneumologie territoriali. Deve essere previsto un piano di formazione per i medici di medicina generale. Può essere utilizzata la metodica di formare alcuni formatori delle diverse aziende sanitarie.
<b>P -9.3.1.4</b> Elaborazione di linee guida per l'inchiesta epidemiologica entro il 2016	Elaborazione di Linee guida (o recepimento linee guida nazionali) da parte del Gruppo di programmazione per l'inchiesta epidemiologica con particolare riferimento ai casi che si verificano nelle scuole, nelle strutture sanitarie (Ospedali), nei mezzi di trasporto, in comunità di immigrati, entro il 2016
<b>P -9.3.1.5</b> Elaborazione di protocolli operativi per la presa in carico di pazienti in particolari situazioni di disagio, d'intesa con i servizi sociali dei Comuni, entro il 2016	E' necessario stabilire rapporti stretti con i servizi sociali dei Comuni affinché molti pazienti appartenenti a comunità di stranieri, es. rom o extracomunitari, o a famiglie in particolare stato di povertà economica, siano seguiti sia dal servizio sanitario per quanto di competenza sia dai servizi sociali per un supporto sia economico, quando necessario, sia di mediazione culturale. All'uopo può essere utile stilare dei protocolli operativi in accordo con rappresentanti regionali dei servizi sociali dei comuni (ANCI) in cui siano ben presenti alle istituzioni interessate i passi necessari da compiere affinché i pazienti siano adeguatamente presi in carico. Nel protocollo dovrà essere previsto l'iter da seguire, sia dal servizio sanitario sia dai servizi sociali, quando un paziente non si presenti all'appuntamento di follow up terapeutico/profilattico affinché possa essere recuperato.
<b>P - 9.3.1.6</b> Realizzazione di un Sistema Informativo/informatico per la malattia tubercolare, entro il 2017	Oltre al sistema informativo delle malattie infettive per l'inserimento dati da parte dei servizi di igiene pubblica, è necessaria la creazione di un registro di casi a livello regionale con la registrazione dell'esito del trattamento e della farmaco-resistenza, entro il 2017. Sarà compito del Gruppo effettuare l'analisi per definire i contenuti del sistema informativo ad hoc per la tubercolosi, in cui siano presenti tutti i dati necessari sia per il monitoraggio del processo sia per la valutazione degli esiti.
Rischi e management dei rischi	Il rischio maggiore di tutto il programma è la difficoltà a concludere il lungo percorso terapeutico soprattutto per gli appartenenti a comunità nomadi, come i rom, o anche stranieri comunitari in Italia per lavori spesso saltuari, e quindi con un'elevata mobilità, fatto questo che non contribuisce ad una costanza nel trattamento, sia esso terapeutico o profilattico. Dovrà essere fatto ogni sforzo affinché queste comunità siano affiancate da mediatori culturali che rinforzino il concetto dell'utilità di terminare il ciclo di terapia/profilassi. Gli ambulatori per stranieri inoltre dovranno farsi carico anche del monitoraggio dell'iter terapeutico, coadiuvati anche da personale dei servizi di igiene pubblica e/o dei servizi sociali dei Comuni, in maniera attiva, andando alla ricerca dei malati qualora questi interrompano il follow up. Un'ulteriore rischio è rappresentato dalla indisponibilità attuale di un sistema informativo unico a livello regionale per le malattie infettive con caratteristiche di flessibilità, interoperabilità. .Sarà necessario che sia adottato a livello regionale un sistema informativo unico per tutte le aziende sanitarie. Il registro dei casi con il monitoraggio degli esiti e della farmaco-resistenza, dovrà essere disegnato tenendo presente alcune caratteristiche che debbono avere tutti i registri: semplicità, accettabilità, esaustività, sensibilità e specificità.
Sostenibilità	Attualmente i servizi sanitari già operano con un sistema di sorveglianza della tubercolosi come peraltro per tutte le malattie infettive. Poiché è necessario che nella sorveglianza della TB siano presenti dati prima non richiesti, affinché il sistema sia sostenibile, è necessario che sia semplice nel suo disegno e quindi di facile eseguibilità. In definitiva si tratta soprattutto di rendere operativi gli scambi di informazione tra diverse strutture sanitarie coinvolte nel percorso preventivo, diagnostico-terapeutico e di raccolta dati e quindi facilmente sostenibile dal punto di vista operativo. Il monitoraggio che il Gruppo di programmazione è incaricato di seguire durante la vigenza del piano, sarà la chiave per il

buon funzionamento del sistema.

## Cronoprogramma azione P - 9.3.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	I V	I	II	III	I V	I	I I	II I	I V	I	II	III	I V
<b>P - 9.3.1.1</b> Elaborazione di linee guida per il sistema di sorveglianza entro il 2015 e loro applicazione partire dal 2016	Gruppo di lavoro TB + Gruppo di programmazione														
<b>P - 9.3.1.2</b> Coinvolgimento dei laboratori regionali entro il 2015	Gruppo di lavoro TB/regione/ASL														
<b>P - 9.3.1.3</b> Formazione degli operatori sanitari coinvolti nel sistema di sorveglianza, a partire dal 2016	Regione/ASL														
<b>P - 9.3.1.4</b> Elaborazione di linee guida per l'inchiesta epidemiologica entro il 2016	Gruppo di programmazione														
<b>P - 9.3.1.5</b> Elaborazione di protocolli operativi per la presa in carico di pazienti in particolari situazioni di disagio, d'intesa con i servizi sociali dei Comuni, entro il 2016	Gruppo di programmazione + rappresentanti regionali dei servizi sociali dei comuni														
<b>9.3.1.6</b> Realizzazione di un Sistema Informativo/informatico per la malattia tubercolare, entro il 2017	Gruppo di lavoro TB														

## Pianificazione delle azioni: azione P – 9.3.2

Azioni P - 9.3.2	Implementazione di un sistema di sorveglianza regionale per l'infezione da HIV
Descrizione	<p>La necessità di implementare un sistema di sorveglianza regionale delle infezioni da HIV è un'esigenza che scaturisce dai fattori sotto elencati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'insufficienza delle informazioni fornite dalla sorveglianza dei casi di AIDS nel descrivere l'epidemia da infezione HIV;</li> <li>2. la possibilità di nuove terapie che consentono di allungare la sopravvivenza dei soggetti HIV positivi, migliorando altresì la loro qualità di vita;</li> <li>3. un numero progressivamente crescente di persone HIV positive viventi che potrebbe preludere ad un incremento di nuove infezioni;</li> <li>4. la maggiore mobilità di persone provenienti da aree ad alta endemia di HIV;</li> <li>5. la maggiore apertura delle frontiere dei paesi europei;</li> <li>6. la forte raccomandazione di organizzazioni internazionali (OMS, UNAIDS, UE, ECDC) ad istituire sistemi di sorveglianza per l'infezione da HIV a copertura nazionale.</li> </ol> <p>Questa azione consentirà di conoscere in modo strutturato i dati di incidenza nella regione, nonché la distribuzione per età e sesso, i fattori di rischio più frequenti e la distribuzione nella popolazione immigrata. Una particolare attenzione verrà rivolta ai malati di TB dove è frequente la co-infezione. Il monitoraggio delle nuove diagnosi di infezione da HIV consentirà inoltre di disporre degli elementi conoscitivi necessari a pianificare interventi di prevenzione primaria e secondaria.</p> <p>Oltre al monitoraggio delle infezioni in fase asintomatica e sintomatica, la presente azione cercherà di riorganizzare l'offerta del test alla popolazione a rischio attraverso l'elaborazione e attivazione in modo univoco di un protocollo standardizzato in tutti i laboratori idonei all'esecuzione del test. Il protocollo dovrà prevedere l'accesso diretto</p>



	dell'utente, garantire la riservatezza delle informazioni, la gratuità del test, la possibilità dell'anonimato ed il counselling per tutti coloro che effettuano il test. Nei centri dove sarà effettuato il test inoltre dovrà essere garantita la presa in carico della persona sieropositiva attraverso l'invio ad un centro di cura per la terapia antiretrovirale.
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta a tutte le persone che hanno contratto l'infezione HIV.
Setting identificato per l'azione	Il setting principale saranno i reparti ospedalieri di malattie infettive, i Serd, i laboratori che eseguono il test HIV. Snodo principale del sistema di sorveglianza sarà l'Osservatorio Epidemiologico Regionale dove verranno raccolti ed analizzati i dati. Inoltre i laboratori di tutto il territorio regionale dovranno attivare procedure locali per la messa in opera del protocollo standardizzato regionale.
Gruppi di interesse	La presente azione coinvolge gli operatori del servizio sanitario che operano nei Servizi di prevenzione, diagnosi e cura dell'infezione da HIV. Sostenitori: RAS, ASL, Az. Ospedaliere Universitarie, Az. Ospedaliere.
Prove di efficacia	Tutti i sistemi di sorveglianza sono strumenti per rendere evidence based le azioni/attività che si intende sorvegliare.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Gli interventi interessano diverse unità operative del servizio sanitario regionale compreso il livello regionale, i laboratori di analisi, i reparti di malattie infettive, i Serd, dove tutti contribuiscono ad alimentare il sistema informativo per la sorveglianza dell'infezione da HIV. I servizi sociali dei Comuni, i mediatori culturali, i gruppi di volontariato saranno coinvolti, ove siano esistenti e operativi.
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 9.3.2.1</b> Elaborazione delle linee guida regionali per il sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV, entro il primo semestre del 2016	Elaborazione di Linee guida per la costituzione di una rete di sorveglianza dell'infezione da HIV da parte del Gruppo di programmazione e recepimento da parte di tutte le aziende sanitarie della Regione entro il secondo semestre del 2016. Nelle linee guida verranno esplicitati tempi, dati da raccogliere e modalità di raccolta, ivi compresa la modulistica, i compiti e le responsabilità di tutti gli attori interessati; le linee guida comprenderanno un piano di monitoraggio del programma. Il riferimento legislativo è costituito dal Decreto Ministeriale 31 marzo 2008 "Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV", nel quale è previsto che l'infezione da HIV sia inserita nella classe III delle malattie infettive del decreto ministeriale del 15 dicembre 1990.
<b>P - 9.3.2.2</b> Elaborazione di un protocollo per l'offerta uniforme del test nel territorio regionale, entro il primo trimestre del 2017	E' necessario che in tutto il territorio regionale l'offerta del test alla popolazione a rischio sia uniforme. Il test inoltre sarà offerto a gruppi di popolazione che si rivolgono ai servizi sanitari per motivi non correlati epidemiologicamente o clinicamente all'infezione. Per facilitare l'accesso al test HIV dei soggetti con comportamenti a rischio e per ridurre il periodo che intercorre tra la diagnosi e la presa in carico dei soggetti positivi, è indispensabile che il test per l'accertamento dell'infezione da HIV da parte dei Centri di prelievo sia: - anonimo: l'anonimato deve essere permesso e deve essere garantita e tutelata la riservatezza delle informazioni e la privacy della persona; - gratuito: l'accertamento diagnostico dell'infezione da HIV non deve comportare il pagamento di ticket da parte degli utenti. Nel protocollo dovrà essere previsto in maniera rigorosa la riservatezza dei dati anche tramite criptazione con sistemi validati.

<p><b>P - 9.3.2.3</b> Applicazione del Protocollo da parte dei laboratori regionali, entro il 2017</p>	<p>Tutti i laboratori del territorio regionale dovranno applicare il protocollo attraverso specifica procedura interna. Saranno inoltre coinvolti nel sistema di sorveglianza per l'invio dei dati delle persone risultate positive al test, al centro raccolta dati. I laboratori dovranno infine inviare ai centri di cura le persone sieropositive, prendendo contatto con questi centri per la terapia antiretrovirale.</p> <p>E' necessario aggiungere che la consegna dei risultati del test sia positivi che negativi deve essere effettuata da personale appositamente preparato a svolgere counselling. In particolare, la consegna dei risultati negativi deve essere accompagnata da informazioni sulle caratteristiche dell'infezione in modo tale che il soggetto risulti informato sulla possibilità che il test sia risultato negativo pur in presenza di un'infezione, perché il soggetto si trova nel «periodo finestra». E' necessario, inoltre, che il soggetto sia informato sul rischio di infezione legato ai propri comportamenti e sull'opportunità di sottoporsi a controlli periodici.</p> <p>La comunicazione dei referti positivi dovrà invece costituire l'occasione propizia per avvicinare i pazienti ai Centri specializzati e quindi alla cura dell'infezione. Come prevede il comma 4, art. 5, legge 135/90 il risultato del test HIV deve essere comunicato esclusivamente alla persona che ha effettuato il test.</p>
<p><b>P - 9.3.2.4</b> Formazione degli operatori sanitari coinvolti nel sistema di sorveglianza a partire dal quarto trimestre del 2016</p>	<p>Verrà redatto un piano di formazione ed informazione per tutti gli operatori dei diversi livelli operativi. Gli operatori coinvolti saranno: laboratoristi, medici ospedalieri interessati, operatori dei Serd. Ad essi verrà reso noto il trattamento dei dati delle persone sieropositive e l'iter che questi dati dovranno fare nel sistema di sorveglianza, il protocollo per l'offerta uniforme del test e le modalità di presa in carico dei sieropositivi.</p>
<p>Rischi e management dei rischi</p>	<p>Il rischio maggiore è costituito dalla difficoltà di disegnare in modo chiaro e funzionale la rete di sorveglianza e che questa sia operativa nei tempi stabiliti.</p>
<p>Sostenibilità</p>	<p>Le strutture coinvolte nel sistema di sorveglianza HIV fanno parte della rete assistenziale pubblica. Si tratta di strutture già dotate dei requisiti per fare diagnosi, counselling e presa in carico delle persone sieropositive.</p>

## Cronoprogramma azione P - 9.3.2

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<p><b>P - 9.3.2.1</b> Elaborazione delle linee guida regionali per il sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV, entro il primo semestre del 2016</p>	<p>Gruppo di programmazione/regione</p>														
<p><b>9.3.2.2</b> Elaborazione di un protocollo per l'offerta uniforme del test nel territorio regionale, entro il primo trimestre del 2017</p>	<p>Gruppo di programmazione/regione</p>														
<p><b>9.3.2.3</b> Applicazione del Protocollo da parte dei laboratori regionali, entro il 2017</p>	<p>ASL</p>														
<p><b>9.3.2.4</b> Formazione degli operatori sanitari coinvolti nel sistema di sorveglianza a partire dal quarto trimestre del 2016</p>	<p>Gruppo di programmazione</p>														

## Pianificazione delle azioni: azione P – 9.3.3

Azione P - 9.3.3	Realizzazione di una campagna regionale di informazione e comunicazione sull'infezione da HIV
Descrizione	<p>La presente azione si propone di promuovere una forte campagna informativa su HIV/AIDS, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sui rischi di trasmissione dell'infezione, promuovendo atteggiamenti responsabili, abitudini di vita salutari e sicure, come parte dello sviluppo e del benessere psicofisico dell'individuo;</li> <li>- per abbattere lo stigma, i pregiudizi e gli stereotipi nei riguardi delle persone sieropositive;</li> <li>- per diffondere informazioni, basate sull'evidenza medica, sulle malattie sessualmente trasmesse in generale.</li> </ul> <p>La Campagna informativa e di comunicazione sarà rivolta sia alla popolazione generale sia a target specifici, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ai ragazzi delle scuole medie superiori, mediante la realizzazione di moduli interattivi;</li> <li>- a gruppi di popolazione a rischio, mediante l'individuazione di utenti che si rivolgono alle strutture sanitarie per motivi differenti.</li> </ul>
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è destinata a tutta la popolazione, attraverso una campagna di comunicazione, alla popolazione scolastica degli istituti superiori, agli utenti delle Unità Operative ospedaliere e territoriali ove sia possibile offrire il test a persone che per altri motivi si sono rivolti al servizio sanitario.
Setting identificato per l'azione	Gli Istituti di scuola media superiore dove verranno individuate delle classi filtro; I reparti ospedalieri in modo particolare di pneumologia, oncologia, ematologia, gastroenterologia. I servizi territoriali in particolare i Serd, i servizi trasfusionali, gli ambulatori per malattie sessualmente trasmesse, i Consultori familiari in occasione degli accessi per la gravidanza.
Gruppi di interesse	<p>Gli Istituti scolastici superiori</p> <p>Gli operatori del servizio sanitario che non operano nei Servizi di diagnosi e cura dell'infezione da HIV.</p> <p>I MMG per il counselling dei sieropositivi affinché questi convincano i propri partner sessuali ad eseguire il test.</p> <p>Può essere d'aiuto coinvolgere gruppi di volontariato quando questi agiscono in setting di particolare disagio (immigrati, tossicodipendenti).</p>
Prove di efficacia	Attualmente tutte le azioni messe in campo per l'individuazione dell'infezione da HIV vanno testate attraverso un idoneo sistema di sorveglianza per evidenziarne l'efficacia.
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	Gli interventi nelle scuole possono essere pianificate con altri servizi sanitari come i Serd o i Dipartimenti di prevenzione. Verranno coinvolti gli operatori sanitari di altre Unità Operative sia ospedaliere sia territoriali. I servizi sociali dei Comuni, i mediatori culturali, i gruppi di volontariato saranno coinvolti, dove esistenti e operativi.
<b>Attività principali</b>	
<p><b>P - 9.3.3.1</b></p> <p>Elaborare un programma di comunicazione rivolto alla popolazione generale sulle malattie sessualmente trasmesse, entro il 2017, da realizzare entro il 2018</p>	<p>Il Gruppo di programmazione dovrà elaborare i contenuti per la realizzazione di una campagna di comunicazione rivolta alla popolazione generale; i contenuti dovranno essere semplici, chiari e focalizzata sulla promozione di comportamenti responsabili e la prevenzione di quelli a rischio.</p> <p>La realizzazione della campagna sarà demandata a società esperte del settore.</p>
<b>P - 9.3.3.2</b>	Il Gruppo di programmazione, integrato da altre figure professionali, dovrà elaborare un

Elaborare e pianificare un programma per la formazione nelle scuole superiori, entro il 2016, da realizzare a partire dal 2017	Piano di formazione rivolto ai ragazzi delle scuole medie superiori avente come tema le malattie a trasmissione sessuale. Il piano dovrà essere elaborato entro il 2006 e realizzato a partire dal 2017.
<b>P - 9.3.3.3</b> Coinvolgimento attivo degli ambiti sanitari non direttamente correlati all'infezione HIV, entro il 2017	Il gruppo di programmazione elaborerà protocolli ad uso di ambiti sanitari che non siano quelli correlati all'infezione da HIV (es reparti di medicina, pneumologia, ecc) per favorire l'offerta e l'esecuzione del test ai soggetti a rischio che accedono in tali ambiti. I protocolli dovranno inoltre contenere le modalità per il counselling ed il percorso che la persona dovrà seguire nel caso di positività al test. I protocolli saranno approntati entro il 2016 e verranno resi operativi a partire entro il 2017. La diffusione dei protocolli avverrà mediante opportune iniziative informative/formative delle direzioni mediche ospedaliere.
Rischi e management dei rischi	Un rischio per la non riuscita della presente azione potrebbe essere la mancata adesione degli istituti scolastici. I protocolli per il setting sanitario potrebbero non incontrare la necessaria attenzione da parte degli operatori coinvolti.
Sostenibilità	Difficoltà nella organizzazione della formazione a livello scolastico data i molti programmi di contenuto sanitario che le scuole devono portare avanti.

### Cronoprogramma azione P - 9.3.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P - 9.3.3.1</b> Elaborare un programma di comunicazione rivolto alla popolazione generale sulle malattie sessualmente trasmesse, entro il 2017, da realizzare entro il 2018	Gruppo di programmazione /regione															
<b>P - 9.3.3.2</b> Elaborare e pianificare un programma per la formazione nelle scuole superiori, entro il 2016, da realizzare a partire dal 2017	Gruppo di programmazione/regione/ASL															
<b>P - 9.3.3.3</b> Coinvolgimento attivo degli ambiti sanitari non direttamente correlati all'infezione HIV, entro il 2017	Gruppo di programmazione/regione/ASL															

## **Programma P - 9.4: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibioticoresistenza**

### **Descrizione del programma**

Le ICA (infezioni correlate all'assistenza) sono un problema rilevante che tende a diventare persistente per l'aumento della complessità delle cure e della criticità dei pazienti. Le ICA possono essere tenute sotto controllo con misure di sorveglianza e una discreta percentuale di loro può essere evitata da sistematiche iniziative di prevenzione. Le sofferenze e i costi imputabili alle ICA rendono gli interventi di sorveglianza e controllo una priorità etica e gestionale per il sistema sanitario. La Raccomandazione del Consiglio della Comunità Europea del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti (2009/C 151/01) ha ricompreso le ICA nella più ampia problematica della sicurezza del paziente e indicato le azioni che gli stati membri devono mettere in opera per controllarne il rischio. Tali azioni, soggette a verifica periodica, alimentano una banca dati dalla quale sono tratti i rapporti sullo stato di realizzazione delle iniziative negli stati aderenti che la CE periodicamente pubblica. Tra le azioni raccomandate dalla CE vi è la sorveglianza della frequenza e della tipologia delle infezioni osservate nei diversi stati. I dati della sorveglianza vengono analizzati comparativamente e pubblicati dall'European Centre For Disease Prevention and Control (ECDC). In Italia, secondo il vigente titolo V della Costituzione, la responsabilità delle azioni volte a garantire la sicurezza delle cure spetta alle Regioni. In Sardegna non esiste attualmente alcun sistema, anche parziale, di sorveglianza e le iniziative di controllo che sono state assunte hanno avuto una distribuzione sporadica e disomogenea senza regia o coordinamento di livello Regionale.

Le strategie di prevenzione e controllo delle ICA si fondano sulla sorveglianza e l'attivazione di diffuse e coordinate iniziative di sorveglianza è il fondamento delle politiche idonee a tenere sotto controllo sia le ICA che l'antibiotico-resistenza che sta contribuendo a renderle difficilmente controllabili.

In Sardegna oggi non è più eludibile l'attivazione di efficaci sistemi di sorveglianza sia passivi che attivi rilevino e misurino:

1. La qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
2. Il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale
3. Le infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero

Il controllo delle infezioni sarà svolto dai Comitati per le infezioni ospedaliere (CIO) che dovranno essere potenziati e rilanciati con specifici provvedimenti regionali. I CIO presiederanno sia le attività di sorveglianza, riferendosi ad un ufficio regionale di raccolta e coordinamento, sia le iniziative di controllo e prevenzione

L'Assessorato Regionale della sanità assicurerà il necessario coordinamento delle attività locali.

## Obiettivi generali e indicatori di programma

Programma	Obiettivi generali	indicatori di programma	Valori di partenza		Valori attesi 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
<b>P.9.4</b> <b>Controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico-resistenza</b>	9.10 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di Carbapenemasi (CPE)	Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE	Non rilevato	Non rilevato	100% regioni	Documento prodotto
	9.11 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie	Non rilevato	Non rilevato	100% tutte le regioni hanno prodotto un report annuale	Report annuale prodotto
	9.12 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Non rilevato	Non presente	100% tutte le regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	Attivato
	9.13 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie <i>Definizione operativa</i> Proporzione di CIO che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza	Non rilevato	Non presente	100% tutte le regioni hanno prodotto un report annuale	Attivato

## Quadro delle azioni concorrenti alla realizzazione del Programma P - 9.4

Azioni	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	valore Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<b>P - 9.4.1</b> <b>Messa a regime del sistema di sorveglianza delle infezioni da Klebsiella pneumoniae o Escherichia coli produttori di carbapemenasi.</b>	Documentare le caratteristiche epidemiologiche delle infezioni da produttori di CPE e valutare l'efficacia delle diverse strategie di intervento volte a prevenirne la diffusione	Proporzione di aziende sanitarie che utilizza il nuovo sistema di sorveglianza ( <b>indicatore sentinella</b> )	Sistema di sorveglianza per germi produttori di CPE (regione e aziende sanitarie )	<i>Numeratore:</i> numero di aziende sanitarie che utilizzano il sistema di sorveglianza <i>Denominatore:</i> totale aziende sanitarie	0%	-	40%	80%	100 %
<b>P -9.4.2</b> <b>Estrazione dalle banche dati pertinenti dei consumi di antibiotici a livello ospedaliero e territoriale e relativa reportistica annuale finalizzata al controllo dell'antibiotico - resistenza</b>	Monitorare i consumi annui di antibiotici a livello ospedaliero e territoriale, e il loro trend nel tempo	Definizione di una procedura condivisa di estrazione dei dati di consumo di antibiotici dalle banche dati regionali pertinenti ( <b>indicatore sentinella</b> )	Produzione e del documento "procedura condivisa di estrazione dei dati" da parte della Regione	NA	Non presente		ev		
		Produzione di un report annuale sul consumo di farmaci antimicrobici, a livello territoriale e ospedaliero individuati per codice ATC ( <b>indicatore sentinella</b> )	Evidenza documentale relativa al report regionale	NA	Non presente			ev	ev
<b>P - 9.4.3</b> <b>Realizzazione di una campagna di comunicazione rivolta alla popolazione generale sull'impiego razionale degli antibiotici, e di un piano di formazione rivolto ai medici sull'appropriatezza prescrittiva</b>	Aumentare la consapevolezza nella popolazione generale dell'importanza di un appropriato uso degli antibiotici e sensibilizzare i medici sulla prescrizione razionale degli antibiotici	Predisposizione e dei questionari per l'indagine conoscitiva sugli aspetti di assunzione/sovrassunzione e di prescrizione di antibiotici	Documentazione relativa alla predisposizione dei questionari	NA	Non presente		ev		
		Realizzazione della campagna informativa rivolta alla popolazione	Documentazione relativa alla predisposizione e	NA				ev	ev



		generale ( <b>indicatore sentinella</b> )	realizzazio ne della campagna informativ a						
		Realizzazione eventi informativi/for mativi rivolta ai medici prescrittori ospedalieri e del territorio	Registri ASL di raccolta firme di partecipazi one all'evento					ev	ev
<b>P - 9.4.4 Adozione e diffusione di un sistema di sorveglianza delle infezioni negli ospedali della Sardegna</b>	Monitorare le ICA negli strutture di ricovero ospedaliero per aumentare la conoscenza del fenomeno e per supportare gli interventi di prevenzione e controllo	Proporzione di Ospedali che effettuano l'indagine di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ( <b>indicatore sentinella</b> )	Sistema di sorveglian za  CIO aziendali	Numeratore: Numero di Aziende/ Presidi ospedalieri che effettuano l'indagine di prevalenza sulle ICA Denominator e: Numero di Aziende/Pres idi ospedalieri della Regione	0%	0%	30%	70%	100 %
		Proporzione di che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ( <b>indicatore sentinella</b> )	Sistema di sorveglian za  CIO aziendali	<i>Numeratore:</i> Numero di CIO aziendali che producono un report annuale sulle ICA <i>Denominator</i> e: Numero di CIO aziendali	0%	0%	30%	70%	100 %
<b>P - 9.4.5 Estensione e miglioramento dell'adesione al programma di controllo delle ICA "igiene delle mani" rivolto agli operatori sanitari</b>	Diffondere la cultura e la sensibilità tra gli operatori sanitari sul tema della corretta igiene delle mani	Aziende/presid i ospedalieri che adottano e sostengono il programma verificando l'adesione degli operatori	CIO aziendali  Audit Gruppo di progetto	<i>Numeratore:</i> Numero di Aziende/presi di ospedalieri con sistema di verifica dell'applicazi one del programma <i>Denominator</i> e Numero di Aziende/presi di ospedalieri della Regione	0%	0%	30%	70%	100 %



## Pianificazione delle azioni: azione P – 9.4.1

<b>Azione P -9.4.1</b>	<b>Messa a regime del sistema di sorveglianza delle infezioni da Klebsiella pneumoniae o Escherichia coli produttori di carbapenemasi.</b>
Descrizione	L'intervento consisterà nella attivazione e strutturazione di un sistema di sorveglianza fondato su accertamenti di laboratorio che coinvolga le aziende sanitarie e ospedaliere della Regione e sia omogeneo e coerente con le disposizioni della circolare ministeriale prot. n. 4968 del 26/2/2013 "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)". Quando un'emocultura risulterà positiva per batteri produttori di carbapenemasi si provvederà a saggiarne il profilo di sensibilità e resistenza agli antibiotici. Il laboratorio che isola un microorganismo con le caratteristiche di antibiotico-resistenza a imipenem e/o meropenem (categoria interpretativa R o I nell'antibiogramma) invia tempestivamente (e comunque entro 48 ore) copia del referto alla Direzione Medica ospedaliera che a sua volta comunica alla Regione l'evento trasmettendo la scheda di notifica. Un registro di casi gestito a livello regionale, sarà alimentato dalle strutture ospedaliere.
Gruppo beneficiario prioritario	La presente azione è rivolta a tutti i malati/contatti di infezione da batteri produttori di carbapenemasi ai quali sono rivolte le attività di sorveglianza. I beneficiari sono comunque tutti i malati ricoverati in strutture ospedaliere e residenziali, con particolare gravità delle condizioni cliniche o immunitarie, tali da renderli particolarmente sensibili al contagio con enterobatteri produttori di CPE.
Setting identificato per l'azione	Servizi di Patologia Clinica e Microbiologia, di Farmacia, reparti di ricovero, Direzioni mediche e Sanitarie delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione
Gruppi di interesse	La presente azione è rivolta soprattutto agli operatori del servizio sanitario che operano negli ospedali e in particolare nelle direzioni ospedaliere, nei laboratori di analisi microbiologiche e nei reparti di cura intensiva (Rianimazioni, Ematologie, ecc.) dove sono ricoverati i pazienti più suscettibili di contagio. La diffusione dei produttori di CPE è indice indiretto del livello di igiene ospedaliera, della efficacia delle misure di prevenzione delle Infezioni ospedaliere e della diffusione del fenomeno della resistenza ai farmaci antimicrobici. L'interesse è pertanto esteso all'intero sistema sanitario.
Prove di efficacia	Tutti i sistemi di sorveglianza sono strumenti per rendere evidence based le azioni/attività che si intende sorvegliare.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Gli interventi interessano diverse strutture del servizio sanitario regionale e fanno capo al livello regionale. L'azione interessa anzitutto le strutture ospedaliere a partire dalla catena laboratorio-direzione medica ospedaliera-reparti di degenza-farmacia ospedaliera, che rappresenta la dorsale su cui si devono svolgere le azioni di sorveglianza e controllo delle ICA sotto la regia del CIO.
<b>Attività principali</b>	
<b>P - 9.4.1.1</b> Individuazione dei laboratori dotati della competenza microbiologica al fine di costituire una rete di referenti	Costituzione di una rete dei laboratori delle Aziende della Regione e individuazione di un comitato dei Referenti per le attività di microbiologia di ciascun laboratorio. Il comitato individuerà al proprio interno un Coordinatore, che assicurerà il coordinamento delle riunioni e la gestione della documentazione prodotta. Sarà promossa ed incentivata la redazione di un report eziologico annuale per ciascuna azienda sanitaria.
<b>P - 9.4.1.2</b>	Individuazione dei laboratori, censimento delle risorse tecnologiche disponibili

Mappatura delle risorse di tecnologia diagnostica e informatica di interesse Microbiologico dei Laboratori interessati.	ai fini diagnostici microbiologici (es. tecnologia per isolamento microbico, possibilità di eseguire indagini PCR) e della rilevazione della farmaco-resistenza (es. tecnologia per saggio sensibilità/resistenza agli antimicrobici). Documentazione dell'inventario ottenuto dall'aggiornamento annuale delle relative schede.
<b>P - 9.4.1.3</b> Formazione degli operatori sanitari coinvolti nel sistema di sorveglianza	Verrà redatto un piano di formazione pluriennale degli operatori coinvolti nei diversi livelli operativi: dirigenti e tecnici dei laboratori, medici di Direzioni Mediche Ospedaliere e infermieri epidemiologi. I bisogni formativi saranno rilevati e programmati a cura del Comitato dei referenti di cui al punto 9.4.1.1 e realizzata entro il 2016..
<b>P - 9.4.1.4</b> Realizzazione di un registro dei casi e di un Sistema Informativo a livello regionale.	Presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale sarà istituito un registro dei casi e codificato (con un provvedimento cogente per il SSR) il Sistema Informativo per la sorveglianza dei batteri produttori di CPE, a regime entro il 2018. I dati che alimenteranno il sistema di sorveglianza dovranno essere omogenei ed uniformi già all'origine. Allo scopo sarà istituito un debito informativo regionale previa definizione di un tracciato record. I Referenti dei laboratori condivideranno una procedura tecnico-gestionale che assicuri l'omogeneità e la confrontabilità dei dati.
Rischi e management dei rischi	Il rischio maggiore dell'azione risiede nella sincronia interna agli ospedali tra laboratorio e direzione medica. Pertanto il livello regionale dovrà mantenere alta l'attenzione delle Direzioni Aziendali e assicurare il coordinamento tecnico-gestionale del sistema di sorveglianza.
Sostenibilità	I laboratori dei principali ospedali (almeno uno in ogni azienda) sono già dotati delle risorse necessarie e si tratta di applicare in modo strutturato le disposizioni della Circolare ministeriale prot. n. 4968 del 26/2/2013 che individua le fasi fondamentali della gestione del processo di notifica.

## Cronoprogramma dell'azione P -9.4.1

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -9.4.1.1</b> Individuazione dei laboratori dotati della competenza microbiologica al fine di costituire una rete di referenti	Gruppo di programmazione e															
<b>P -9.4.1.2</b> Mappatura delle risorse di tecnologia diagnostica e informatica di interesse Microbiologico dei Laboratori interessati.	Gruppo di programmazione e + Assessorato															
<b>P -9.4.1.3</b> Formazione degli operatori sanitari coinvolti nel sistema di sorveglianza	Gruppo di programmazione e + Assessorato															
<b>P -9.4.1.4</b> Realizzazione di un registro dei casi e di un Sistema Informativo a livello regionale.	Gruppo di programmazione e +Assessorato															

## Pianificazione delle azioni: azione P- 9.4.2

<b>Azione P. 9.4.2</b>	<b>Estrazione dalle banche dati pertinenti dei consumi di antibiotici a livello ospedaliero e territoriale e relativa reportistica annuale finalizzata al controllo dell'antibiotico - resistenza</b>
Descrizione	Estrazione, dai flussi informativi regionali correntemente disponibili (file D, F, H) e dalle ulteriori banche dati pertinenti, del consumo di antibiotici relativo ai cittadini residenti in Sardegna. Rilevazione dei trend dei consumi sulla base dei risultati attesi per la realtà assistenziale esaminata e delle indicazioni Ministeriali approvate. Definizione della reportistica standard ed elaborazione di un report annuo regionale dei consumi degli antibiotici (sperimentazione per il 2014). Avvio dell'attività di reporting periodico per l'anno 2015. Istituzione di un cruscotto regionale che consenta di rilevare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• analisi quantitativa dei consumi con livelli di benchmark regionale e nazionale;</li> <li>• analisi qualitativa delle prescrizioni con riscontri evidence based.</li> </ul> Divulgazione periodica dei dati con conseguente feedback alle aziende sanitarie.
Gruppo beneficiario prioritario	I pazienti saranno i principali beneficiari in conseguenza di un uso razionale ed appropriato delle terapie antibiotiche. La limitazione dei danni iatrogeni e delle resistenze saranno a tutela del principio "primum non nocere".
Setting identificato per l'azione	Le elaborazioni dei dati dovranno essere distinte per setting assistenziale (ospedale e territorio) e dovranno essere elaborate in collaborazione con il livello regionale (OER)
Gruppi di interesse	Prescrittori, che avranno un ritorno visibile della loro attività sia per il confronto con i propri colleghi, sia per l'autovalutazione. I policy maker regionali e locali, disporranno di uno strumento decisionale in materia di antibiotico terapia ed antibiotico resistenza.
Prove di efficacia	Trend dei consumi quali-quantitativi. Trend delle resistenze rilevate.
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per l'azione	Coinvolgimento di diversi servizi/strutture professionisti del SSR: prescrittori, Laboratori di Microbiologia, CIO, Farmacie, Assessorato regionale sanità
<b>Attività principali</b>	
<b>9.4.2.1</b> Costituzione di una rete referenti dei Servizi di farmacia ospedaliera e territoriale delle Aziende Sanitarie della Regione.	Costituzione di una rete di referenti dei servizi di farmacia ospedaliera e territoriale delle Aziende Sanitarie regionali, finalizzata all'estrazione elaborazione ed analisi dei dati di consumo degli antibiotici in ospedale e sul territorio. I referenti per ciascuna Azienda Sanitaria dovranno individuare un comitato ristretto (tavolo tecnico regionale), che nominerà al proprio interno un Coordinatore che assicurerà la gestione delle riunioni e della documentazione prodotta. Il tavolo tecnico regionale si riunirà periodicamente e produrrà la reportistica idonea al controllo dell'antibiotico – resistenza, e la metterà a disposizione dei CIO per l'individuazione delle azioni correttive.
<b>9.4.2.2</b> Definizione di una procedura condivisa di estrazione dei dati dalle banche dati regionali.	Il tavolo tecnico regionale al punto 9.4.2.1 individua prioritariamente il dataset ed il format di reporting regionale, formalizzando per iscritto la standardizzazione delle operazioni di estrazione, elaborazione, analisi e monitoraggio periodico dei dati.
<b>9.4.2.3</b> Analisi dei bisogni formativi ed attivazione di formazione specifica	I referenti farmacisti di ciascuna azienda, dovranno disporre di una matrice di professionalità con competenze farmaco-epidemiologiche ed infettivologiche. Tali competenze qualora siano carenti dovranno essere conseguite a mezzo di corsi di formazione da strutturare previa raccolta ed analisi dei bisogni formativi.
<b>9.4.2.4</b> Attività di reporting sistematica locale (aziendale) e centrale (regionale). Istituzione di cruscotto regionale (H-	I dati di consumo degli antibiotici dovranno essere estratti dalle pertinenti banche dati regionali nel rispetto dei dataset individuati precedentemente, ed elaborati nei format condivisi. Saranno quindi divulgati bidirezionalmente nell'ordine locale-centrale (data-entry) e viceversa (feedback), generando i benchmark utili al

T)	miglioramento continuo. Le elaborazioni complessive di tutti i dati regionali concorreranno ad alimentare e rendere consultabile nel tempo il cruscotto regionale del consumo degli antibiotici .
Rischi e management dei rischi	Non rilevati
Sostenibilità	Il progetto risulta sostenibile nell'organizzazione e nei costi che potrebbero essere generati da eventuali eventi formativi

## Cronoprogramma dell'azione 9.4.2

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>9.4.2.1</b> Costituzione di una rete referenti dei Servizi di farmacia ospedaliera e territoriale delle Aziende Sanitarie della Regione.	Gruppo di programmazione/ Regione															
<b>9.4.2.2</b> Definizione di una procedura condivisa di estrazione dei dati dalle banche dati regionali.	Gruppo di programmazione/Regione															
<b>9.4.2.3</b> Analisi dei bisogni formativi ed attivazione di formazione specifica	Gruppo di programmazione/Regione															
<b>9.4.2.4</b> Attività di reporting sistematica locale (aziendale) e centrale (regionale). Istituzione di cruscotto regionale (H-T)	Gruppo di programmazione /ASL															

## Pianificazione delle azioni: azione P- 9.4.3

<b>Azione P -9.4.3</b>	<b>Realizzazione di una campagna di comunicazione rivolta alla popolazione generale sull'impiego razionale degli antibiotici, e di un piano di formazione rivolto ai medici sull'appropriatezza prescrittiva</b>
Descrizione	<p>Preliminarmente alla definizione della campagna informativa/ formativa dovrà essere condotta un'indagine conoscitiva per la determinazione del baseline culturale relativamente alla prescrizione e all'impiego razionale degli antibiotici nella comunità. L'indagine ha valore propedeutico (<b>baseline</b>) per stabilire l'efficacia della campagna informativa (<b>outcome</b>).</p> <p>Si ritiene necessario promuovere la modifica dell'atteggiamento di ogni singolo cittadino rispetto al consumo di antibiotici, sensibilizzandolo sia al concetto di guadagno di salute, sia a quello di razionalizzazione della spesa sanitaria. Per fare ciò sono necessarie iniziative che prevedano una comunicazione diretta ai cittadini, con un linguaggio semplice che esemplifichi i principali concetti per un impiego razionale degli antibiotici. L'obiettivo principale della campagna, oltre quello più generale di ridurre il fenomeno dell'antibiotico-resistenza, è quello di promuovere una maggior cultura e informazione presso la popolazione generale sull'importanza di un uso appropriato di questi farmaci non solo per l'individuo singolo ma anche per la tutela della salute della collettività.</p>
Gruppo beneficiario prioritario	Pazienti, cittadini e medici della Regione Sardegna
Setting identificato per l'azione	Nei servizi sanitari e nella comunità

Gruppi di interesse	Pazienti, cittadini e medici della Regione Sardegna; Settore pubblico
Prove di efficacia	Analisi dei trend prescrittivi
Trasversalità (intersectoriale, multisetoriale) per l'azione	Ospedale, territorio, reparti, ambulatori di medicina generale e PLS, farmacie, partnership (medicina di base, farmacie aperte al pubblico, farmacie ospedaliere e territoriali).
<b>Attività principali</b>	
<b>P -9.4.3.1</b> Programmazione e realizzazione di un'indagine conoscitiva sul corretto impiego degli antibiotici nella comunità	<p>Sarà necessario effettuare la programmazione dell'indagine conoscitiva nei suoi due momenti di baseline ed out come. Dovrà essere stimata una valida dimensione campionaria (la numerosità campionaria dovrà essere determinata a priori per raggiungere la significatività statistica), adeguatamente standardizzata per età e sesso. In particolare dovranno emergere i percorsi di accesso al farmaco (autoprescrizione; prescrizione medica; consiglio del farmacista), che si assumono a presupposto di appropriatezza.</p> <p>L'indagine potrà essere svolta somministrando questionari strutturati distintamente per cittadini (anche telefonicamente se inseribile nel sistema di sorveglianza PASSI) e medici. I questionari indagheranno rispettivamente sugli aspetti di assunzione/somministrazione e di prescrizione. L'indagine sarà condotta per ospedale e territorio.</p> <p>I questionari somministrati saranno analizzati e ricondotti a report.</p> <p>I medici ospedalieri e territoriali verranno reclutati nell'analisi rispettivamente dai farmacisti ospedalieri e territoriali che somministreranno i questionari ad hoc. Anche ai pazienti verranno somministrati i questionari scritti o telefonici (ipotesi inclusiva nel sistema di sorveglianza PASSI), che potranno essere distribuiti e raccolti attivando varie partnership (medicina di base, farmacie aperte al pubblico, farmacie ospedaliere e territoriali).</p>
<b>P -9.4.3.2</b> Programmazione e realizzazione della campagna di comunicazione rivolta alla popolazione generale	<p>Il gruppo di programmazione dovrà definire i contenuti della campagna comunicativa rivolta alla popolazione generale.</p> <p>La campagna di informazione sarà realizzata con un format di facile lettura e comprensibile, ricorrendo anche ad immagini a forte impatto comunicativo.</p> <p>La realizzazione della campagna sarà demandata a società esperte del settore.</p>
<b>P -9.4.3.3</b> Formazione/informazione rivolta ai medici prescrittori	<p>I divulgatori attivi (individuati fra i sanitari ospedalieri e territoriali) dovranno ricevere formazione ad hoc per la sensibilizzazione e l'illustrazione delle informazioni critiche negli ambienti di diagnosi e cura.</p> <p>Il Gruppo di programmazione dovrà definire i contenuti e le modalità di realizzazione del Piano di formazione.</p>
Rischi e management dei rischi	Non rilevati
Sostenibilità	Lo stanziamento di un budget sarà rilevante per lo svolgimento delle azioni a costo.

## Cronoprogramma dell'azione P - 9.4.3

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P- 9.4.3.1</b> Programmazione e realizzazione di un'indagine conoscitiva sul corretto impiego degli antibiotici nella comunità	Gruppo di programmazione /Regione/ASL															
<b>P -9.4.3.2</b> Programmazione e realizzazione della campagna di comunicazione rivolta alla popolazione generale	Gruppo di programmazione /Regione/ASL															

<b>P -9.4.3.3</b> Formazione/informazione rivolta ai medici prescrittori	Gruppo di programmazione/Regione/ASL																		
---	--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Pianificazione delle azioni: azione P-9.4.4

<b>Azione P - 9.4.4</b>	<b>Adozione e diffusione di un sistema di sorveglianza delle infezioni negli ospedali della Sardegna</b>
Descrizione	L'azione prevede la diffusione di un sistema di sorveglianza delle ICA nella rete ospedaliera regionale basato su un protocollo-base già validato e in uso a livello nazionale ed europeo.
Gruppo beneficiario prioritario	I beneficiari principali dell'azione sono i pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere
Setting identificato per l'azione	Ospedali della Sardegna
Gruppi di interesse	Operatori Sanitari ospedalieri, Amministratori delle aziende del SSR, Assessorato Regionale della Sanità. Le Associazioni dei pazienti.
Prove di efficacia	Tutti i sistemi di sorveglianza sono strumenti per rendere evidence based le azioni/attività che si intende sorvegliare.
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	Gli interventi interessano i diversi livelli del servizio sanitario, compreso il livello regionale in particolare: le direzioni sanitarie delle ASL della Sardegna, i Comitati aziendali per la lotta alle ICA, i laboratori di diagnostica microbiologica, i servizi di Farmacia ospedaliera, i servizi informatici ospedalieri e tutti gli staff assistenziali degli ospedali che contribuiscono ad alimentare il sistema informativo sulla sorveglianza delle ICA, sia nella fase di raccolta dati che in quella di validazione dati.
<b>Attività principali</b>	
<b>P -9.4.4.1</b> Costituzione/ricostituzione/rilancio di un CIO in ogni Azienda con un nucleo operativo in ogni ospedale	Sarà costituito/ricostituito un Comitato per la lotta alle ICA in ogni Azienda/Presidio ospedaliero supportato in ogni stabilimento ospedaliero da operatori dedicati (infermieri epidemiologi e medici igienisti ospedalieri) in numero appropriato alle dimensioni e alla tipologia del Azienda/Presidio/Stabilimento ospedaliero, sulla base delle linee guida regionali. Il rilancio del sistema regionale per la lotta alle ICA sarà supportato attraverso un programma di formazione rivolto ai componenti dei CIO aziendali. La formazione specifica sul sistema di sorveglianza è definita nell'attività 9.4.4.2.
<b>P -9.4.4.2</b> Formazione specifica degli operatori e individuazione referente sorveglianza per ciascun ospedale	Almeno quattro operatori di ciascun ospedale afferenti ai reparti chirurgici, alle Terapie intensive ai laboratori di microbiologia e alla direzione medica, saranno formati e addestrati all'impiego del sistema di sorveglianza delle ICA. Il Gruppo di programmazione dovrà definire i contenuti e le modalità di realizzazione del Piano di formazione specifica.
<b>P -9.4.4.3</b> Adozione di un sistema di sorveglianza delle ICA con analisi della prevalenza puntuale	I sistemi di rilevazione delle ICA con indagine di prevalenza puntuale sono i più semplici ed economici ancorché poco precisi. In Sardegna, dove allo stato non esiste alcun sistema di rilevazione e non può essere stimato il tasso delle ICA, questo sistema consentirebbe almeno di avere un primo riferimento. Il sistema di rilevazione con analisi della prevalenza puntuale in giornata (o periodo indice) è comunque una modalità già in uso a livello europeo e alla quale sarà ricollegata quella della regione Sardegna. L'attività prevede lo svolgimento di indagini di prevalenza in tutte le strutture di ricovero dell'intero presidio ospedaliero (modello ECDC). Se possibile occorre

	estendere l'indagine ai pazienti assistiti in forma continuativa a domicilio (ADI 2° e 3° livello) o in strutture di tipologia diversa dagli ospedali (RSA, ecc.).
<b>P -9.4.4.4</b> Adozione e messa a regime del sistema di sorveglianza delle ISC	Il sistema viene reso operativo con la diffusione e la standardizzazione delle segnalazioni e l'acquisizione dei dati. Raccordo del sistema regionale a quello nazionale e a quello europeo dell'ECDC.
<b>P -9.4.4.5</b> Adozione e messa a regime del sistema di sorveglianza delle infezioni nelle UTI	L'attività mira alla diffusione di un sistema di sorveglianza delle ICA nelle Terapie Intensive generali (Rianimazioni) degli ospedali delle aziende sanitarie del territorio regionale. Si vuole creare un sistema di sorveglianza di rete regionale con l'adozione di un protocollo già validato e in uso a livello nazionale ed europeo.
<b>P -9.4.4.6</b> Adozione di un sistema di sorveglianza basato sull'isolamento microbiologico di germi appartenenti ad un panel di "germi sentinella" predeterminato e condiviso a livello regionale.	Il Gruppo di programmazione individuerà l'individuazione di un panel di germi considerati "alert" uguale per tutti i laboratori della regione con libertà per ciascun ospedale di aumentare il numero dei germi La sorveglianza dei patogeni sentinella è essenziale per identificare rapidamente un cluster epidemico e agire con tempestività ed efficacia. Il laboratorio svolge un ruolo centrale nella identificazione tempestiva di questi eventi.
<b>P -9.4.4.7</b> Realizzazione di un Sistema Informativo a livello regionale.	Presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale sarà istituito un flusso informativo per la sorveglianza degli infezioni negli ospedali costituito dagli studi di prevalenza puntuale, dai report annuali dei CIO, a regime entro il 2018. Il gruppo di programmazione condividerà una procedura tecnico-gestionale che assicuri l'omogeneità e la confrontabilità dei dati.
Rischi e management dei rischi	Impegno e disponibilità dei diversi livelli del SSR, integrazione tra i livelli
Sostenibilità	Disponibilità di risorse e integrazione laboratori-direzioni mediche Comitato per la lotta alle ICA

## Cronoprogramma azione P - 9.4.4

Attività principali	Responsabile	2015		2016				2017				2018				
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
<b>P -9.4.4.1</b> Costituzione/ricostituzione/rilancio di un CIO in ogni Azienda con un nucleo operativo in ogni ospedale	Aziende sanitarie/regione															
<b>P -9.4.4.2</b> Formazione specifica degli operatori e individuazione referente sorveglianza per ciascun ospedale	Gruppo di programmazione/regione															
<b>P -9.4.4.3</b> Adozione di un sistema di sorveglianza delle ICA con analisi della prevalenza puntuale	Aziende sanitarie/CIO															
<b>P -9.4.4.4</b> Adozione e messa a regime del sistema di sorveglianza delle ISC	Aziende sanitarie/CIO															
<b>P -9.4.4.5</b> Adozione e messa a regime del sistema di sorveglianza delle infezioni nelle UTI	Aziende sanitarie/CIO															
<b>P -9.4.4.6</b> Adozione di un sistema di sorveglianza basato sull'isolamento microbiologico di germi appartenenti ad un panel di "germi sentinella" predeterminato e condiviso a livello regionale.	Aziende sanitarie/CIO															
<b>P -9.4.4.7</b> Realizzazione di un Sistema Informativo a	Gruppo di programmazione															







REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

---

<b>P- 9.4.5.4</b> Attivazione del programma	Aziende sanitarie/CIO											
--	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## **PROGRAMMA P - 10.1 INTEGRAZIONE DEI CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE**

### **Introduzione**

L'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità ha, tra i suoi compiti, quello di assicurare i controlli ufficiali nel settore della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria. Tali controlli si sviluppano lungo tutte le "filieri" di produzione degli alimenti, "dai campi alla tavola", secondo la nuova politica sulla sicurezza alimentare varata dall'Unione Europea con il c.d. "pacchetto igiene", in particolare col Regolamento (CE) n. 882/2004. In questo scenario, il controllo ufficiale deve dispiegare le sue attività non più su un sistema di mero adempimento a norme dettagliate, ma mediante la valutazione degli elementi di prevenzione (e di correlata gestione del rischio) che le attività produttive mettono efficacemente in atto, ovvero verificare che tali misure siano sufficienti al raggiungimento del livello di sicurezza atteso per il tipo di prodotto, rispetto alla fase di filiera a cui opera l'impresa soggetta a controllo ufficiale.

Considerato l'attuale contesto di contrazione delle risorse (economiche, di mezzi e di dotazione di personale) del complesso sistema del Servizio Sanitario Regionale, appare necessario avviare iniziative utili ad un utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse umane e strumentali, incrementando l'efficacia degli interventi. Quanto detto rappresenta un obiettivo strategico per il miglioramento della qualità degli interventi di controllo ufficiale, oltre che delle azioni di sanità pubblica in generale, per cui, oltre che mantenere una programmazione e realizzazione della attività di controllo sulla base di una valutazione del rischio ed in coerenza con gli obiettivi delle disposizioni comunitarie, è indispensabile migliorare l'integrazione e la cooperazione tra le Amministrazioni pubbliche che svolgono controlli in materia di sicurezza alimentare sia in fase di programmazione, sia in fase di esecuzione dei controlli sul territorio, con chiara definizione delle attività ed individuazione delle competenze, garantendo un coordinamento efficace ed efficiente e l'utilizzo razionale delle risorse. In tal senso può essere di utilità la condivisione di archivi e sistemi informativi e, nel caso di sopralluoghi congiunti o coordinati, la predisposizione di provvedimenti coordinati relativamente alle aree di intervento comuni. Inoltre, per assicurare un approccio uniforme ai controlli a livello regionale ed una standardizzazione delle attività, appare quindi necessario stabilire criteri e regole dei controlli, nonché disporre di strumenti operativi, di procedure e, possibilmente, di modulistica omogenei.

Ciò al fine di risolvere situazioni, che in diversi settori ancora sussistono, di sovrapposizione di interventi e provvedimenti in materia di sicurezza alimentare tra Autorità Competenti ex art. 2 del Decreto Legislativo n. 193/2007 ed altri organi di controllo che effettuano verifiche sugli alimenti in base ad altre normative. Al fine di garantire una corretta programmazione ed esecuzione delle attività di controllo, appare infatti necessario prevedere forme di coordinamento finalizzate ad evitare le predette situazioni e ad una efficace cooperazione ed integrazione nelle fasi di intervento. A tale scopo si è valutata la necessità dell'istituzione di uno o più "tavoli di coordinamento" a livello regionale, costituiti, oltre che da rappresentanti dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità, dell'Agricoltura e dell'Ambiente, oltre che dell'ARPAS e dell'IZS della Sardegna, siano presenti anche rappresentanti, per ambiti territoriali, dei NAS, del Corpo Forestale, della Capitaneria di Porto e della Guardia di Finanza, solo per fare esempi di appartenenze necessarie ai predetti "tavoli di coordinamento".

L'ulteriore contributo che potranno dare sia ARPAS che IZS della Sardegna sarà orientato alla razionalizzazione ed al mantenimento della capacità operativa, a supporto delle Autorità Competenti, della rete di laboratori pubblici, anche attraverso il riesame annuale della capacità di laboratorio finalizzata alle analisi per la sicurezza alimentare.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## PROGRAMMA P10. 1

**OBIETTIVO GENERALE 10.1** “Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell’ottica dell’integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura”

### Obiettivi e Indicatori

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valore di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.1	Adottare piani di controllo/monitoraggi o integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell’ottica dell’integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura.	10.1.1 Adozione di protocolli per l’intervento integrato (a).	Non rilevato	Non rilevato	100% Ogni Regione adotta uno o più protocolli di intervento integrato, che descrivono i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l’obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.).	100% Costituzione di gruppi tecnici di lavoro multidisciplinari e tra le Amministrazioni pubbliche regionali coinvolte nelle attività di controllo ufficiale per la sicurezza alimentare nella Regione Sardegna.
						100% Predisposizione, da parte dei gruppi tecnici di lavoro costituiti allo scopo, di uno o più documenti (come: linee-guida, protocolli condivisi, procedure e sistemi operativi) finalizzati all’integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare nella Regione Sardegna.

#### **Definizioni operative:**

(a) Adozione di misure di cooperazione ed integrazione tra la Regione Sardegna, le AA.SS.LL. e le altre Amministrazioni che effettuano controlli sulle filiere alimentari al fine di assicurare l’efficace coordinamento richiesto dall’art. 4. paragrafo 3, del Regolamento (CE) n. 882/2004.

#### **SPECIFICHE PER LA NOMENCLATURA CHE SEGUE:**

**P10.1** identifica il programma P10.1

**P10.1.1 – P10.1.2 - P10.1.3 - P10.1.4 - P10.1.7 - P10.1.11 - P10.1.12** identifica gli obiettivi centrali 10.1/2/3/4/7/11/12 che saranno sviluppati nell’ambito del programma P10.1

**P10.1.1.1 - P10.1.1.2** identifica le 2 azioni nell’ambito dell’obiettivo 1 del programma P10.1



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Quadro delle azioni:**

Azione/progetto	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
P 10.1.1.1 <b>Costituzione di gruppi tecnici</b> di lavoro multidisciplinari e tra le Amministrazioni pubbliche regionali coinvolte nelle attività di controllo ufficiale per la sicurezza alimentare.	Creare uno o più gruppi tecnici di lavoro tra Amministrazioni regionali coinvolte nei controlli sulla sicurezza alimentare al fine di integrare operativamente le correlate attività, sia nei programmi che nelle metodologie.	Fasi di attuazione: 1- Analisi del contesto 2- Incontri bilaterali 3- Riesame scenario 4- Stesura atti formali di costituzione dei gruppi tecnici	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione di norme, linee-guida e Intese Stato-Regioni	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4	2/4	4/4		
P 10.1.1.2 <b>Predisposizione</b> , da parte dei gruppi tecnici di lavoro costituiti allo scopo, di <b>linee-guida</b> , <b>protocolli</b> condivisi, <b>procedure</b> e <b>sistemi operativi</b> finalizzati all'integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare.	Realizzare una o più procedure (corredate/e di eventuali manuali operativi e/o linee-guida e protocolli condivisi) in modo da poter integrare i controlli (anche come convergenza nella regia ed uniformità di metodologie).	Fasi di attuazione: 1- Analisi 2- Stesura delle bozze 3- Riesame critico 4- Stesura delle procedure e adozione atto formale 5- Revisione e validazione 6- Standardizzazione delle procedure di controllo integrate	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione di norme, linee-guida e Intese Stato-Regioni	Fase attuata(x)/fasi da attuare (6)	0/6	1/6	4/6	5/6	6/6



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Pianificazione delle azioni

<b>Azione P 10.1.1.1</b>	<b>Costituzione di gruppi tecnici</b> di lavoro multidisciplinari e tra le Amministrazioni pubbliche regionali coinvolte nelle attività di controllo ufficiale per la sicurezza alimentare.
Descrizione	Individuare aree di cooperazione ed integrazione tra gli Assessorati regionali dell'Igiene e Sanità, dell'Agricoltura e dell'Ambiente, ed altre Amministrazioni con articolazioni di livello regionale (ad esempio: NAS, Corpo Forestale, Capitanerie di Porto e Guardia di Finanza) che effettuano controlli sulle filiere alimentari, per costituire gruppi tecnici di lavoro multidisciplinari finalizzati alla stesura di procedure omogenee per i controlli sulla sicurezza alimentare.
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori pubblici di prevenzione della salute, dell'ambiente e dell'agricoltura, e di altri settori coinvolti a livello regionale nei controlli sulla sicurezza alimentare
Setting identificato per l'azione	Operatori delle Amministrazioni pubbliche della Regione Sardegna che svolgono controlli sulla sicurezza alimentare e che hanno interesse, o sono chiamate, a svolgere la loro operatività in modo integrato
Gruppi di interesse	Rappresentanze istituzionali (e sindacali) delle Amministrazioni pubbliche regionali o di altri Enti con articolazioni a livello regionale che operano nell'ambito della sicurezza alimentare, rappresentanze di imprese e/o operatori del settore alimentare, rappresentanze di cittadini/consumatori in generale
Prove di efficacia	Confronto con modelli/standard di livello nazionale e/o con esperienze di altre Regioni
Trasversalità (intersettoriale, multi-settoriale) per l'azione	Almeno multidisciplinare, in quanto è comunque necessaria la compartecipazione degli operatori coinvolti nei controlli sulla sicurezza alimentare di diverse Amministrazioni regionali
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile della specifica "azione" (che, in senso lato, assume il ruolo di RM) sarà individuato in linea con i contenuti pertinenti del Regolamento (CE) n. 882/2004 e delle relative linee guida
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane disponibili e della condivisione delle Amministrazioni pubbliche coinvolte



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Azione P 10.1.1.2</b>	<b>Predisposizione</b> , da parte dei gruppi tecnici di lavoro costituiti allo scopo, di <b>linee-guida, protocolli condivisi, procedure e sistemi operativi</b> finalizzati all'integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare.
Descrizione	Sviluppare gli ambiti di cooperazione ed integrazione individuati tra gli Assessorati regionali dell'Igiene e Sanità, dell'Agricoltura e dell'Ambiente, e le altre Amministrazioni che fanno parte dei gruppi tecnici di lavoro multidisciplinari al fine di definire linee-guida, protocolli condivisi e procedure omogenee, ed assicurare a livello regionale l'efficace coordinamento dei controlli sulla sicurezza alimentare, così come richiesto dall'art. 4, paragrafo 3, del Regolamento (CE) n. 882/2004.
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori pubblici di prevenzione della salute, dell'ambiente e dell'agricoltura, e di altri settori coinvolti a livello regionale nei controlli sulla sicurezza alimentare, cui si aggiungono i rappresentanti di imprese e/o operatori del settore alimentare e gruppi di interesse ( <i>stakeholders</i> ) di cittadini/consumatori in generale attraverso loro rappresentanze
Setting identificato per l'azione	Operatori delle Amministrazioni pubbliche della Regione Sardegna che svolgono controlli sulla sicurezza alimentare e che hanno interesse, o sono chiamate, a svolgere la loro operatività in modo integrato
Gruppi di interesse	Rappresentanze istituzionali (e sindacali) delle Amministrazioni pubbliche regionali o di altri Enti con articolazioni a livello regionale che operano nell'ambito della sicurezza alimentare, oltre che rappresentanze di imprese e/o operatori del settore alimentare e rappresentanze di cittadini/consumatori in generale ( <i>stakeholders</i> )
Prove di efficacia	Confronto con modelli/standard di livello nazionale e/o con esperienze di altre Regioni
Trasversalità (intersettoriale, multi-settoriale) per l'azione	Almeno multidisciplinare, in quanto è comunque necessaria la compartecipazione degli operatori coinvolti nei controlli sulla sicurezza alimentare di diverse Amministrazioni regionali, oltre che intersettoriale (per il coinvolgimento, in fase di condivisione conclusiva, delle rappresentanze di imprese e/o operatori del settore alimentare e di rappresentanze di cittadini/consumatori in generale)
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	In applicazione del Regolamento (CE) n. 882/2004 e delle relative linee guida, il RM sarà individuato in funzione della precisa stesura delle procedure per il controllo integrato sulla sicurezza alimentare
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane disponibili e della condivisione delle Amministrazioni pubbliche coinvolte



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cronoprogramma azione P 10.1.1.1 **Costituzione gruppi tecnici** di lavoro per l'integrazione delle attività di controllo ufficiale

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Analisi del contesto	Gruppo di programmazione	■													
2. Incontri bilaterali	Gruppo di programmazione – altre Istituzioni		■												
3. Riesame scenario	Gruppo di programmazione			■											
4. Stesura atti di costituzione gruppi tecnici	Gruppo di programmazione				■										

Cronoprogramma azione P 10.1.1.2 **Predisposizione di procedure** per l'integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Analisi	Gruppo di programmazione e gruppi tecnici				■										
2. Riesame critico	Gruppo di programmazione e gruppi tecnici					■									
3. Stesura delle bozze	Gruppo di programmazione e gruppi tecnici						■								
4. Stesura delle procedure e adozione formale	Gruppo di programmazione - gruppi tecnici - Assessorato							■	■						
5. Revisione e validazione	Gruppo di programmazione e gruppi tecnici									■	■				
6. Standardizzazione delle procedure	Gruppo di programmazione e gruppi tecnici											■	■	■	■



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**PROGRAMMA P10. 1 OBIETTIVO GENERALE 10.2** “Ridurre il fenomeno dell’antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del Farmaco”

Relativamente alla necessità di contribuire alla riduzione del fenomeno della **antibiotico resistenza**, attraverso la corretta gestione del farmaco, le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria saranno orientate alla ottimizzazione del sistema informativo esistente (SISARVET). Tale strumento è, infatti, indispensabile per la tracciabilità del farmaco e la programmazione e rendicontazione dei controlli ufficiali. Inoltre, in collaborazione con l’Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale e con l’Istituto Zooprofilattico della Sardegna, si procederà alla elaborazione dei dati già raccolti, anche con altre finalità, al fine di approfondire la conoscenza del fenomeno nel territorio regionale.

Accertato che l’utilizzo appropriato degli antimicrobici dipende da un cambio di atteggiamento e di prassi da parte di veterinari, OSA, farmacisti, somministratori è indispensabile, e pertanto è prevista, in collaborazione multisettoriale, una attività di sensibilizzazione/formazione /informazione destinata a tutti i portatori di interesse.





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Obiettivi e Indicatori

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.2	Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	10.2.1 Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	Non rilevato	Non rilevato	100% Svolgimento di almeno un evento/anno per Regione di sensibilizzazione/informazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco, rivolto ai portatori di interesse (a partire dai distributori e grossisti fino a coinvolgere medici veterinari prescrittori se e quando l'obbligo di ricetta elettronica sarà a regime)	100% Miglioramento degli strumenti che garantiscono la tracciabilità del farmaco con implementazione del sistema SISAR VET per l'aspetto farmacovigilanza in tutte le ASL della Regione Sardegna
					100% Esportazione dati verso altre basi dati e cooperazione tra ASL, Regione, IZS e servizi medici per ottimizzare flussi informativi destinati a rendicontazione e alla elaborazione dati da parte dell'osservatorio epidemiologico e del settore farmaco dell'IZS per valutazioni su fenomeno antibiotico resistenza.	
					100% 1) Realizzazione di eventiformativi rivolti a: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veterinari AASSL al fine sensibilizzazione /informazione/formazione su corretto uso dell'antibiotico e sulla informatizzazione della gestione del farmaco,</li> <li>▪ allevatori, in collaborazione con LAORE, sul corretto utilizzo del farmaco veterinario ed in particolare sull'antibiotico</li> <li>▪ veterinari prescrittori, farmacisti e medici che si occupano di antibioticoresistenza (un evento per ciascuna ASL, in collaborazione con gli ordini professionali, su corretto uso dell'antibiotico e sulla informatizzazione della gestione del farmaco,</li> </ul> Realizzazione di una campagna di informazione sulla farmacoresistenza promossa dalla RAS	
					100% Costituzione di un gruppo tecnico regionale composto da rappresentanti regionali delle ASL, delle aziende ospedaliere, dell'IZS e dell'osservatorio epidemiologico regionale per la gestione e il governo del fenomeno antibiotico resistenza	



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Quadro delle azioni:**

Azione/progetto	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
P 10.1.2.1 Miglioramento degli strumenti che garantiscono la tracciabilità del farmaco con <b>implementazione del sistema SISAR VET</b> per l'aspetto farmacovigilanza in tutte le ASL della Regione Sardegna.	Richiesta specifica da regione ad ASL di attivazione SISAR in tutto il territorio regionale e attivazione a regime della banca dati sulla farmacovigilanza	Fasi di attuazione: 1- Analisi del contesto 2- Incontri con gruppo lavoro farmaco del SISAR VET, 3- Riesame scenario 4- implementazione definitiva del sistema	Documenti, verbali, bozze agli atti, verifiche dirette sul sistema SISAR VET, in applicazione di norme, linee-guida e Intese Stato-Regioni	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4	1/4	4/4		
P 10.1.2.2 <b>Esportazione dati verso altre basi dati e cooperazione</b> tra ASL, Regione, IZS e servizi medici, centro nazionale di referenza, per ottimizzare flussi informativi destinati a rendicontazione e alla elaborazione dati da parte dell'osservatorio epidemiologico e del settore farmaco dell'IZS per valutazioni su fenomeno antibiotico resistenza.	Stesura di una o più procedure corredate di protocolli condivisi, per la corretta gestione e comunicazione dei dati prodotti ed elaborati da ASL, RAS, IZS, e Servizi medici	Fasi di attuazione: 1- Analisi contesto 2- Stesura bozze procedure 3- Riesame 4- Stesura procedure 5- Revisione e validazione 6- Standardizzazione delle procedure di controllo integrate	Documenti, verbali, bozze agli atti, verifiche dirette sul sistema SISAR VET, in applicazione di norme, linee-guida e Intese Stato-Regioni	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/6	0/6	2/6	5/6	6/6



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

P 10.1.2. <b>Realizzazione di eventi di sensibilizzazione</b> /informazione/formazione su corretto uso dell'antibiotico e sulla informatizzazione della gestione del farmaco, rivolti a: veterinari delle ASL; allevatori; veterinari prescrittori e farmacisti; tutta la popolazione.	<b>3.</b> Realizzazione di 1 evento formativo a valenza regionale rivolto ai veterinari delle AASSLL su antibiotico resistenza e sulla informatizzazione della gestione del farmaco, sulla farmacovigilanza, sul Piano residui	Fasi di attuazione: 1- Analisi contesto 2- Stesura bozze programmi e programmazione eventi 3- pianificazione eventi 4- realizzazione eventi	Documenti, verbali, bozze agli atti, verifiche dirette sul sistema SISAR VET, in applicazione di norme, linee-guida e Intese Stato-Regioni	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4	0/4	3/4	4/4	
	<b>4.</b> Realizzazione di 1 evento formativo /anno in collaborazione con LAORE rivolti agli allevatori sul corretto utilizzo del farmaco e sulla antibiotico resistenza	Fasi di attuazione: 1- Analisi contesto 2- Stesura bozze programmi e programmazione eventi 3- pianificazione eventi 4- realizzazione eventi	Documenti, verbali, Documenti, verbali, bozze agli atti, verifiche dirette sul sistema SISAR VET, in applicazione di norme, linee-guida e Intese Stato-Regioni	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4		3/4	4/4	
	<b>5.</b> Realizzazione di 1 evento formativo a valenza ASL in collaborazione con ordini rivolto a veterinari prescrittori, farmacisti e veterinari ASL su antibiotico resistenza e su informatizzazione farmaco	Fasi di attuazione: 1- Analisi contesto 2- Stesura bozze programmi e programmazione eventi 3- pianificazione eventi 4- realizzazione eventi	Documenti, verbali, bozze agli atti, verifiche dirette sul sistema SISAR VET, in applicazione di norme, linee-guida e Intese Stato-Regioni	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4	0/4	3/4	4/4	
	<b>6.</b> Campagna informativa sulla antibiotico resistenza promossa dalla Regione	1- Analisi contesto 2- Stesura bozze programmi e programmazione eventi 3- pianificazione eventi 4- realizzazione eventi	Documenti, verbali, bozze agli atti, verifiche dirette sul sistema SISAR VET, in applicazione di norme, linee-guida e Intese Stato-Regioni	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4	0/4	3/4	4/4	



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Pianificazione delle azioni

<b>Azione P 10.1.2.1</b>	<b>Miglioramento degli strumenti che garantiscono la tracciabilità del farmaco</b>
Descrizione	Attivazione SISAR in tutto il territorio regionale e attivazione a regime della banca dati sulla farmacovigilanza
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori pubblici di prevenzione delle ASL e della regione
Setting identificato per l'azione	Intero territorio della regione Sardegna
Gruppi di interesse	Operatori che sono coinvolti nella filiera del farmaco veterinario: Veterinari pubblici che effettuano CCUU e altri tecnici del SSR; veterinari prescrittori; OSA; OSM, farmacisti, IZS
Prove di efficacia	Confronto con modelli/standard di livello nazionale e/o con esperienze di altre Regioni
Trasversalità (intersectoriale, multisectoriale) per l'azione	Multisectoriale e multidisciplinare, poiché necessita la compartecipazione degli operatori coinvolti nella filiera del farmaco veterinario e umano per uso in deroga
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del servizio competente dell'Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane disponibili e della condivisione delle Amministrazioni pubbliche coinvolte

<b>Azione P 10.1.2.2</b>	<b>Ottimizzazione flussi informativi</b> destinati alle rendicontazione e alle elaborazioni e valutazioni su fenomeno antibiotico resistenza
Descrizione	Stesura di procedure, corredate di protocolli condivisi, per la corretta gestione e comunicazione dei dati prodotti ed elaborati da ASL, RAS, IZS, e Servizi medici
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori pubblici di prevenzione delle ASL e della Regione
Setting identificato per l'azione	Operatori delle Amministrazioni pubbliche della Regione Sardegna che svolgono controlli ufficiali e che sono deputate alla rendicontazione e valutazione del fenomeno antibiotico resistenza
Gruppi di interesse	Amministrazioni coinvolte quali ASL ,Regione , IZS, Osservatorio epidemiologico, OSA e OSM e loro associazioni di categoria ( <i>stakeholders</i> )
Prove di efficacia	Confronto con modelli/standard di livello nazionale e/o con esperienze di altre Regioni
Trasversalità (intersectoriale, multisectoriale) per l'azione	Multisectoriale e multidisciplinare, poiché necessita la compartecipazione degli operatori coinvolti nella filiera del farmaco veterinario e umano per uso in deroga
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del servizio competente dell'Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale
Sostenibilità	Operatori pubblici di prevenzione delle ASL e della Regione



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Azione P 10.1.2.3/4/5/6</b>	<b>Realizzazione di eventi</b> di sensibilizzazione /informazione/formazione su corretto uso dell'antibiotico e sulla informatizzazione della gestione del farmaco
Descrizione	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizzazione di 1 evento formativo a valenza regionale rivolto ai veterinari delle AASSLL su antibiotico resistenza e sulla informatizzazione della gestione del farmaco</li><li>2. Realizzazione di 1 evento formativo /anno in collaborazine con LAORE rivolti agli allevatori sul corretto utilizzo del farmaco e sulla antibiotico resistenza</li><li>3. Realizzazione di 1 evento formativo a valenza ASL in collaborazione con ordini rivolto a veterinari prescrittori, farmacisti e veterinari ASL su antibiotico resistenza e su informatizzazione farmaco;</li><li>4. Campagna informativa sulla antibiotico resistenza promossa dalla regione in collaborazione con il servizio medico che si occupa di antibioticoresistenza</li></ol>
Gruppo beneficiario prioritario	Veterinari del SSR; veterinari prescrittori LLPP; farmacisti; allevatori, proprietari di animali
Setting identificato per l'azione	Operatori soprарichiamati di tutto il territorio regionale
Gruppi di interesse	Veterinari del SSR; veterinari prescrittori LLPP; farmacisti; allevatori
Prove di efficacia	Confronto con procedure operative sperimentate in altre Regioni.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Multisettoriale e multidisciplinare, poiché necessita la compartecipazione degli operatori coinvolti nella filiera del farmaco veterinario e umano per uso in deroga
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del servizio competente dell'Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale
Sostenibilità	In funzione delle risorse disponibili





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

#### Cronoprogramma azione P10.2.2.4 Eventi formativi **allevatori**

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 Analisi del contesto	Gruppo di programmazione			■											
2 Stesura bozze programmi	Gruppo di programmazione				■	■									
3 Pianificazione Evento	Gruppo di programmazione						■								
4 Esecuzione evento	Gruppo di programmazione							■							

#### Cronoprogramma azione P10.2.2.5 Eventi formativi **veterinari libero professionisti**

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 Analisi del contesto	Gruppo di programmazione			■											
2 Stesura bozze programmi	Gruppo di programmazione				■										
3 Pianificazione Evento	Gruppo di programmazione					■									
4 Esecuzione evento	Gruppo di programmazione							■	■	■					

#### Cronoprogramma azione P10.2.2.6 **Campagna informativa**

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 Analisi del contesto	Gruppo di programmazione			■											
2 Stesura bozze programmi	Gruppo di programmazione					■									
3 Pianificazione Evento	Gruppo di programmazione						■								
4 Esecuzione evento	Gruppo di programmazione							■	■	■					



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**PROGRAMMA P10. 1 OBIETTIVO GENERALE 10.3** “Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/ sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario”

L'obiettivo generale 10.3 consiste nel “Definire un **protocollo di intesa** tra ASL della Regione Sardegna, Aziende Ospedaliere e Miste (con i rispettivi Servizi diagnostici e ospedalieri, unitamente ai Dipartimenti di Prevenzione), IZS della Sardegna e ARPAS, per l'adozione di un set diagnostico standardizzato e relative procedure ai fini dell'integrazione del sistema di sorveglianza (e allerta) delle malattie zoonotiche, in particolare quelle di origine alimentare”.

Le zoonosi, sia a trasmissione alimentare che non, costituiscono da sempre un importante problema di Sanità Pubblica e lo saranno sempre di più, soprattutto nell'attuale contesto di globalizzazione, in quanto il trend di nuove malattie e di numero di casi sono in aumento, rappresentando le zoonosi nel loro complesso il 75% delle malattie emergenti e riemergenti a livello mondiale (OMS, 2004). Negli ultimi decenni in particolare, le principali cause di trasmissione di malattie umane, spesso precedentemente sconosciute, sono da attribuirsi a patogeni veicolati da animali e/o da prodotti di origine animale. Considerando l'ampia varietà di specie animali domestiche e selvatiche coinvolte come serbatoio nei complessi cicli biologici dei patogeni, per la Sanità Pubblica (quella “unica”: umana e veterinaria insieme) rappresenta quindi una vera e propria sfida l'implementazione di azioni efficaci di sorveglianza, prevenzione e controllo delle zoonosi. La risposta a tale sfida è diventata ancora più urgente in ragione dei rapidi cambiamenti climatici che viviamo, co-determinanti spesso di eventi epidemiologici “anomali” e/o della correlata estensione di areale e della diffusione di vettori di vecchie e “nuove” zoonosi. A fronte della complessità di tale problematica, emerge la necessità di attivare percorsi di cooperazione interdisciplinare anche in tal senso. È infatti evidente che soltanto attraverso percorsi integrati, in particolare tra i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, i Predidi Ospedalieri del territorio e l'IZS della Sardegna attraverso la sua rete di Sezioni, si possa ottenere un'appropriata e tempestiva rilevazione dei potenziali rischi per la salute umana nei confronti delle zoonosi, la limitazione della diffusione di tali patologie e la messa in campo di efficaci strategie di prevenzione.

In Sardegna, come nelle restanti Regioni italiane, le informazioni sulla diffusione delle zoonosi provengono sia dalle notifiche obbligatorie d'ambito veterinario, attraverso il SIMAN (Sistema Informativo Malattie Animali Nazionale), che medico, attraverso il SIMI (Sistema informativo delle malattie infettive), e dalle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera). Dai dati disponibili, anche a causa della scarsa integrazione tra i predetti sistemi informativi, non è però a tutt'oggi possibile conoscere il reale impatto delle zoonosi sul territorio regionale (incluse le malattie di origine alimentare) in quanto, con elevata probabilità, le segnalazioni, anche nella Regione Sardegna, presentano il grande limite della rilevante sottonotifica che caratterizza la sorveglianza delle zoonosi e di quelle a trasmissione alimentare in particolare, a partire dalle tossinfezioni (EFSA, 2008). A ciò si aggiunge il fatto che le indagini epidemiologiche svolte a seguito dei focolai di malattia di origine alimentare, già di per sé sotto notificate, non risultano spesso adeguatamente approfondite e/o non seguono procedure che permettano di individuarne o ipotizzarne l'origine.

Richiamando le principali linee di intervento cui fare riferimento, in particolare le raccomandazioni internazionali derivanti dalla conferenza congiunta OMS/FAO/OIE del 2004, tra le più efficaci modalità per la prevenzione e il contenimento delle zoonosi possono essere identificate le seguenti: (a) coordinamento delle attività di sanità umana e veterinaria, in particolare nelle fasi di indagine epidemiologica e nella capacità di migliorarne la metodologia e l'integrazione multidisciplinare; (b) miglioramento delle attività di sorveglianza integrata delle zoonosi tra i sistemi di sorveglianza epidemiologica umana e veterinaria (anche attraverso lo sviluppo di protocolli), promuovendo nel contempo l'attività di notifica delle sospette zoonosi secondo la normativa specifica.

Sulla base di tali premesse, è previsto lo sviluppo dei seguenti progetti specifici o azioni:

- elaborare e diffondere Protocolli regionali sulle modalità di corretta notifica e appropriata indagine epidemiologica da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL in caso di emergenze dovute a malattie zoonotiche, con particolare riguardo a quelle trasmesse con gli alimenti;
- ampliare la capacità diagnostica dei laboratori analisi e di utilizzo di Protocolli regionali condivisi tra l'IZS della Sardegna ed i laboratori diagnostici dei Presidi Ospedalieri del territorio, per facilitare l'interfaccia nell'effettuazione degli approfondimenti diagnostici e per migliorare l'appropriatezza degli interventi e la capacità di risposta.





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## PROGRAMMA P10. 1 OBIETTIVO GENERALE 10.3

### Obiettivi e Indicatori

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.3	Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/ sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	10.3.1 Protocolli di collaborazione che garantiscano un <i>panel</i> di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali	Non rilevato	Non rilevato	100% Esistenza in ogni Regione di un protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA	100% Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro multidisciplinare tra i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL ed i Laboratori di Diagnostica dei Presidi Ospedalieri e dell'IZS della Sardegna, per la collaborazione nella sorveglianza delle zoonosi e delle malattie a trasmissione alimentare
						100% Predisposizione, da parte del gruppo tecnico di lavoro costituito allo scopo, di uno o più Protocolli regionali finalizzati all'integrazione delle indagini epidemiologiche per le zoonosi e le malattie trasmesse con gli alimenti, in particolare quelle tossinfettive



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Quadro delle azioni:

Azione/progetto	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
P 10.1.3.1 <b>Costituzione di un gruppo tecnico</b> di lavoro multidisciplinare tra i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL ed i Laboratori di Diagnostica dei Presidi Ospedalieri e dell'IZS della Sardegna, per la collaborazione nella sorveglianza delle zoonosi e delle malattie a trasmissione alimentare.	Creare uno gruppo tecnico di lavoro tra le componenti regionali coinvolte nella sorveglianza delle zoonosi e delle malattie a trasmissione alimentare, al fine di integrare le attività in campo umano e veterinario, sia nei programmi che nelle metodologie.	Fasi di attuazione: 1. Analisi del contesto 2. Incontri preliminari 3. Riesame scenario 4. Stesura atto formale di costituzione del gruppo tecnico	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione di norme, linee-guida e Intese Stato-Regioni	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4		2/4	4/4	
P 10.1.3.2 <b>Predisposizione</b> , da parte del gruppo tecnico di lavoro costituito allo scopo, <b>di uno o più Protocolli</b> regionali finalizzati all'integrazione delle indagini epidemiologiche per le zoonosi e le malattie trasmesse con gli alimenti, in particolare quelle tossinfettive.	Realizzare una o più procedure (corredate/e di eventuali manuali operativi e/o linee-guida e protocolli condivisi) in modo da poter integrare le indagini epidemiologiche nel settore umano e veterinario, corredandole di un <i>panel</i> di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti	Fasi di attuazione: 1. Analisi 2. Stesura delle bozze 3. Revisione e validazione 4. Stesura dei Protocolli regionali e adozione atto formale	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione di norme, linee-guida e Intese Stato-Regioni	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4			2/4	4/4



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Pianificazione delle azioni

<b>Azione P 10.1.3.1</b>	<b>Costituzione di un gruppo tecnico</b> di lavoro multidisciplinare tra i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL ed i Laboratori di Diagnostica dei Presidi Ospedalieri e dell'IZS della Sardegna, per la collaborazione nella sorveglianza delle zoonosi e delle malattie a trasmissione alimentare.
Descrizione	Individuare, all'interno dei sistemi di sorveglianza in ambito umano e veterinario, aree di cooperazione ed integrazione relativamente alle regole (e criteri analitici) che supportano la notifica di sospetto, l'indagine epidemiologica e la gestione appropriata dei focolai di zoonosi, in particolare quelle a trasmissione alimentare, con l'obiettivo di analizzare il contesto regionale per la costituzione di un gruppo tecnico di lavoro multidisciplinare finalizzati alla stesura di procedure regionali
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori pubblici dei Servizi regionali competenti per la sorveglianza e l'epidemiologia delle zoonosi e delle malattie a trasmissione alimentare, gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, il personale tecnico dei laboratori dei Presidi Ospedalieri della Regione Sardegna di diagnostica/ sorveglianza umana e dei laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario
Setting identificato per l'azione	Operatori d'ambito sanitario e informatico della Sardegna coinvolti nelle procedure, epidemiologiche ed analitiche, finalizzate alla sorveglianza delle zoonosi e delle malattie trasmesse con gli alimenti
Gruppi di interesse	Rappresentanze istituzionali dell'Assessorato Regionale alla Sanità e dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, dei laboratori diagnostici dei Presidi Ospedalieri e dell'IZS della Sardegna, coinvolti nella sorveglianza delle zoonosi e delle malattie trasmesse con gli alimenti, in particolare quelle tossinfettive
Prove di efficacia	Confronto con modelli/standard di livello nazionale e/o con esperienze di altre Regioni
Trasversalità (inter- multi-settoriale) per l'azione	Almeno multidisciplinare, in quanto è comunque necessaria la compartecipazione degli operatori coinvolti nei sistemi di sorveglianza d'ambito umano e veterinario
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile della specifica "azione" (che, in senso lato, assume il ruolo di RM) sarà individuato con l'affidamento della fase di "analisi di contesto" propedeutica all'azione nel suo complesso
Sostenibilità	In stretta correlazione delle risorse umane disponibili e della condivisione delle componenti coinvolte

<b>Azione P 10.1.3.2</b>	<b>Predisposizione</b> , da parte del gruppo tecnico di lavoro costituito allo scopo, <b>di uno o più Protocolli</b> regionali finalizzati all'integrazione delle indagini epidemiologiche per le zoonosi e le malattie trasmesse con gli alimenti, in particolare quelle tossinfettive.
Descrizione	Sviluppare gli ambiti di cooperazione ed integrazione al fine di definire protocolli regionali condivisi in modo da poter integrare le indagini epidemiologiche nel settore umano e veterinario, corredandole di un <i>panel</i> di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori pubblici di prevenzione della salute e di altri settori coinvolti a livello regionale nella sorveglianza delle zoonosi e delle malattie trasmesse con gli alimenti
Setting identificato per l'azione	Operatori d'ambito sanitario e informatico della Sardegna coinvolti nelle procedure, epidemiologiche ed analitiche, finalizzate alla sorveglianza delle zoonosi e delle malattie trasmesse con gli alimenti
Gruppi di interesse	Rappresentanze istituzionali e di Associazioni Scientifiche e professionali, sia d'ambito medico che veterinario, che operano nell'ambito della sorveglianza e notifica delle zoonosi e malattie alimentari
Prove di efficacia	Confronto con modelli/standard di livello nazionale e/o con esperienze di altre Regioni
Trasversalità (inter- multi-settoriale) per l'azione	Almeno multidisciplinare, in quanto è comunque necessaria la compartecipazione degli operatori coinvolti nei sistemi di sorveglianza d'ambito umano e veterinario
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile della specifica "azione" (che, in senso lato, assume il ruolo di RM) sarà individuato contestualmente all'istituzione del gruppo tecnico di lavoro
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane disponibili e della condivisione delle componenti del sistema coinvolte





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

#### **PROGRAMMA P10. 1 OBIETTIVO GENERALE 10.4 “Completare i sistemi anagrafici”**

Tra i compiti dell’Autorità Competente vi è quello di elaborare e tenere aggiornato l'elenco degli operatori del settore dei mangimi e degli alimenti soggetti a registrazione poiché l'implementazione di una anagrafica completa di tali attività è un prerequisito ai fini dell'esercizio dei controlli ufficiali, programmati o effettuati a seguito di condizioni di sospetto o di allerta.

Per lo sviluppo dell’obiettivo centrale **10.4 Completare i sistemi anagrafici**, saranno posti in essere diversi progetti specifici ed azioni, mirati a:

- implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi;
- adeguamento delle anagrafiche gestite dalle autorità competenti alla “*Master List 852/04*”.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## PROGRAMMA P10. 1 OBIETTIVO GENERALE 10.4

### Obiettivi e Indicatori

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valore di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.4	Completare i sistemi anagrafici	10.4.1 Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi <b>(a)</b>	4 Regioni operative al 100%	Non rilevato	100% In ogni regione è implementato in modo informatizzato , il sistema informativo nazionale SINVSA per la gestione delle anagrafiche degli OSM, anche in cooperazione applicativa	100% Implementazione del sistema informatizzato SINVSA per la gestione della anagrafica relativa agli operatori riconosciuti e registrati ai sensi dell'art 9 e 10 del reg 183/05
		10.4.2 Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/04" <b>(b)</b>	In Italia non rilevato in maniera standardizzata	Non rilevato	100% In ogni regione conformità completa delle anagrafi regionali, o in alternativa delle ASL, alla Master List 852/04	100% Conformità completa delle anagrafi regionali e delle ASL alla Master List 852/04

#### **Definizioni operative:**

(a) Inserimento nel Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVSA) di tutti i nuovi operatori del settore dei mangimi (OSM) registrati o riconosciuti a partire dal 2015 e trasferimento delle anagrafiche preesistenti in possesso di Regioni e P.A. secondo le tempistiche e le modalità dettate dal Piano Nazionale Alimentazione Animale 2015-2017

(b) La classificazione delle attività soggette a registrazione ai sensi del Regolamento 852/2004 (di seguito Master List 852) è stata elaborata dal gruppo di lavoro " Anagrafi e Nomenclatore" del Ministero della Salute e trasmessa con nota prot. DGSAF 9875-p-15 15/05/2013



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

#### Quadro delle azioni:

Azione/progetto	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
<p>P 10.1.4.1</p> <p><b>Trasferimento nella piattaforma SINVSA</b> della anagrafica relativa agli operatori riconosciuti e registrati ai sensi dell'art 9 e 10 del reg 183/05</p>	<p>Inserimento nel Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM ( piattaforma SINVSA) di tutti i nuovi operatori del settore dei mangimi (OSM) registrati o riconosciuti a partire dal 2015 e trasferimento delle anagrafiche preesistenti in possesso della Regione secondo le tempistiche e le modalità dettate dal PRAA 2015-2017.</p>	<p>Fasi di attuazione:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Analisi del contesto</li><li>2. Verifiche dati</li><li>3. Caricamento dati in SINVSA</li><li>4. Aggiornamento costante del sistema</li></ol>	<p>Sistema informativo nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVSA</p>	<p>Fase attuata(x)/fasi da attuare (3)</p>	0/4	3/4	4/4	4/4	4/4
<p>P 10.1.4.2</p> <p><b>Classificazione delle attività</b> soggette a registrazione ai sensi del Regolamento 852/2004 secondo le indicazioni della <b>Master List 852/04</b> elaborata dal gruppo di lavoro "Anagrafi e Nomenclatore" del Ministero della Salute e trasmessa con nota prot. DGSAF 9875-p-15 15/05/2013</p>	<p>Classificazione, a livello regionale, delle attività soggette a registrazione ai sensi del Regolamento 852/2004 secondo le indicazioni della Master List 852/04 e implementazione in SISAR.</p>	<p>Fasi di attuazione:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Analisi del contesto</li><li>2. Adeguamento delle anagrafi ASL alla Master List 852/04</li><li>3. Implementazione del Sistema SISAR secondo la Master List 852/04</li><li>4. Caricamento dell'anagrafica delle ASL sul Sistema SISAR</li></ol>	<p>Verbali di riunioni, comunicazioni tra ASL, Regione e gestore del Sistema Informativo Regionale, integrazione con il Piano Regionale di Programmazione e Coordinamento degli Interventi in materia di Controllo Ufficiale degli Alimenti. Quadriennio 2014-2018. Implementazione Anagrafica SISAR</p>	<p>Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)</p>	0/4	1/4	2/4	3/4	4/4



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Pianificazione delle azioni

<b>Azione P 10.1.4.1</b>	<b>Trasferimento nella piattaforma SINVSA</b> della anagrafica relativa agli operatori riconosciuti e registrati ai sensi dell'art 9 e 10 del Reg 183/05
Descrizione	Il PRAA prevede l'implementazione del sistema informativo nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM al fine di creare una banca dati completa, aggiornata e fruibile così come richiesto dal reg 183/05, 999/01, 767/09,1069/09. Gli OSM riconosciuti ai sensi degli art 9 e 10 del reg 183/05 saranno pertanto puntualmente inseriti o trasferiti in maniera massiva in SINVSA, secondo le tempistiche stabilite nel Piano medesimo.
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori del settore dei mangimi
Setting identificato per l'azione	Tutto il territorio regionale ASL e Regione
Gruppi di interesse	OSM, Allevatori, Veterinari, Enti regionali di assistenza all'agricoltura
Prove di efficacia	Confronto con modelli/standard di livello nazionale e/o con esperienze di altre Regioni
Trasversalità (intersectoriale, multi-settoriale) per l'azione	Multidisciplinare e multisettoriale
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del RM sarà il Responsabile del settore nel competente Servizio di prevenzione regionale
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane disponibili





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Azione P 10.1.4.2</b>	<b>Classificazione delle attività</b> soggette a registrazione ai sensi del Regolamento 852/2004 secondo le indicazioni della <b>Master List 852/04</b> e implementazione nel sistema SISAR
Descrizione	L'adeguamento e la standardizzazione delle anagrafiche delle attività soggette a registrazione in conformità alla Master List, in collaborazione con le ASL, il Gestore dei sistemi informatizzati regionali e nazionali, sarà strumentale ai fini della categorizzazione dei rischi, della programmazione e della rendicontazione dei controlli ufficiali eseguiti in materia di sicurezza alimentare in conformità alle disposizioni del Reg. CE 852/2004.
Gruppo beneficiario prioritario	ASL – Regione – Ministero
Setting identificato per l'azione	Tutto il territorio regionale
Gruppi di interesse	Operatori degli stabilimenti registrati ai sensi del Regolamento CE 852/2004
Prove di efficacia	Reportistica delle ASL
Trasversalità (intersectoriale, multi-settoriale) per l'azione	Multisetoriale
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Difficoltà ad adeguare le anagrafiche secondo i tempi stabiliti.
Sostenibilità	In funzione delle risorse economiche, strumentali e umane disponibili





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**PROGRAMMA P10. 1 OBIETTIVO GENERALE 10.7 “Assicurare un’appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici”**

**Obiettivi e Indicatori**

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valore di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.7	Assicurare un’appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	10.7.1 Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità Competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all’Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013 (b).	Non rilevato in maniera standardizzata.	Non rilevato in maniera standardizzata.	In ogni Regione vi è evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l’analisi soddisfa le esigenze previste.	Predisposizione di una procedura operativa per il riesame della capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici nella Regione Sardegna.  Svolgimento di un riesame annuale, operativamente proceduralizzato, della capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici da parte dell’Autorità Competente della Regione Sardegna.

**Definizioni operative:**

(b) Adeguamento del processo di pianificazione regionale dei campionamenti per l’analisi, al fine di soddisfare le esigenze emerse in sede di riesame delle attività di controllo ufficiale.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Quadro delle azioni:**

Azione/progetto	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
P 10.1.7.1 Predisposizione di una <b>procedura operativa per il riesame</b> della capacità di laboratorio in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013.	Realizzare una procedura documentata per la pianificazione e l'attività di riesame del contratto tra Autorità Competente Regionale e laboratori preposti al controllo ufficiale.	Fasi di attuazione: 1- Analisi ed elaborazione 2- Stesura della procedura di riesame della capacità di laboratorio e adozione con atto formale	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione di norme cogenti e di sistemi di qualità ISO, atto formale di adozione della procedura	Fase attuata(x)/fasi da attuare (2)	0/2	2/2			
P 10.1.7.2 Svolgimento da parte dell'Autorità Competente Regionale, secondo le procedure operative predisposte allo scopo, di un <b>riesame annuale della capacità di laboratorio</b> della rete dei laboratori pubblici.	Eeguire un esame a cadenza annuale della capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici della Regione Sardegna.	Svolgimento a cadenza annuale del riesame della capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	Documento di riesame	Annualità attuata(x)/triennio 2016-2018 (3)	0/3		1/3	2/3	3/3



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Pianificazione delle azioni

<b>Azione P 10.1.7.1</b>	Predisposizione di una <b>procedura operativa per il riesame</b> della capacità di laboratorio in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013.
Descrizione	Elaborazione e formalizzazione di una procedura operativa che consenta, all'Amministrazione regionale da un lato ed alla rete dei laboratori pubblici dall'altro (come da richiamo nella "Appendice descrittiva" che segue), di poter adeguare il processo di pianificazione regionale dei campionamenti per l'analisi, attraverso il riesame della capacità di laboratorio, al fine di soddisfare le esigenze qualitative che dovessero emergere in sede di revisione annuale delle attività di controllo ufficiale
Gruppo beneficiario prioritario	Referenti dell'Amministrazione regionale e dei sistemi di assicurazione della qualità dei laboratori d'analisi della rete regionale dei laboratori pubblici
Setting identificato per l'azione	Operatori istituzionalmente chiamati a interfacciarsi nei "contratti/accordi" di fornitura di prestazioni analitiche per i controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare
Gruppi di interesse	Responsabili della programmazione regionale dei controlli ufficiali e dei laboratori d'analisi della rete dei laboratori pubblici per i controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare, nonché altri portatori di interesse (come gli Enti di Certificazione ISO eventualmente coinvolti)
Prove di efficacia	Confronto con procedure operative sperimentate in altre Regioni.
Trasversalità (intersectoriale, multi-sectoriale) per l'azione	Multisettoriale, in quanto è necessario il coinvolgimento delle Autorità competenti di livello regionale e dei responsabili (e/o dei referenti per l'assicurazione della qualità) dei laboratori pubblici designati per le analisi sulla sicurezza alimentare
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del RM sarà individuato in funzione della costituzione del gruppo tecnico che dovrà elaborare la procedura operativa
Sostenibilità	Agevole, considerato il beneficio che ne deriverebbe alle parti, in termini di reciproche obbligazioni, ed il numero limitato e convergente dei portatori d'interesse ( <i>stakeholders</i> )



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Azione P 10.1.7.2</b>	Svolgimento da parte dell'Autorità Competente Regionale, secondo le procedure operative predisposte allo scopo, di un <b>riesame annuale della capacità di laboratorio</b> della rete dei laboratori pubblici.
Descrizione	Attuazione a cadenza annuale del processo di pianificazione regionale dei campionamenti per le prove d'analisi in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, attraverso l'applicazione della procedura operativa di riesame della capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici
Gruppo beneficiario prioritario	Referenti dell'Amministrazione regionale e dei sistemi di assicurazione della qualità dei laboratori d'analisi della rete regionale dei laboratori pubblici
Setting identificato per l'azione	Operatori istituzionalmente chiamati a interfacciarsi nei "contratti/accordi" di fornitura di prestazioni analitiche per i controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare
Gruppi di interesse	Responsabili della programmazione regionale dei controlli ufficiali e dei laboratori d'analisi della rete dei laboratori pubblici per i controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare, nonché altri portatori di interesse (come gli operatori della prevenzione delle AA.SS.LL. e dei laboratori pubblici, le rappresentanze degli operatori del settore alimentare, sia delle produzioni primarie agro-zootecniche che della distribuzione/commercializzazione, nonché altri parti interessate sotto il profilo delle politiche di prevenzione e della programmazione sanitaria)
Prove di efficacia	Analisi critica dei risultati pianificati gli anni precedenti e confronto con procedure operative sperimentate in altre Regioni.
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	Multisetoriale, in quanto è necessario il coinvolgimento delle Autorità competenti di livello regionale e dei responsabili (e/o dei referenti per l'assicurazione della qualità) dei laboratori pubblici designati per le analisi sulla sicurezza alimentare, oltre che altri portatori di interesse (come gli operatori della prevenzione e altri parti interessate sotto il profilo delle politiche di prevenzione e della programmazione sanitaria)
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del RM per il triennio 2016-2018 sarà individuato in funzione della costituzione del gruppo tecnico che svolgerà annualmente la procedura di riesame della capacità di laboratorio
Sostenibilità	Necessaria, perché la procedura andrà a costituire un'attività "cogente" nel contesto della pianificazione dei controlli ufficiali in ambito regionale



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cronoprogramma azione P 10.1.7.1 **Predisposizione di una procedura operativa** per il riesame della capacità di laboratorio

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Analisi ed elaborazione	Gruppo di programmazione	■													
2. Stesura della procedura e adozione formale	Gruppo di programmazione e Assessorato		■												

Cronoprogramma azione P 10.1.7.2 **Riesame annuale della capacità di laboratorio** della rete dei laboratori pubblici

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1. Riesame annuale (prima annualità di 3)	Gruppo di programmazione			■	■										
2. Riesame annuale (seconda annualità di 3)	Gruppo di programmazione							■	■						
3. Riesame annuale (terza annualità di 3)	Gruppo di programmazione											■	■		



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**PROGRAMMA P10. 1 OBIETTIVO GENERALE 10.11** “Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale”

Relativamente all'obiettivo 10.11 occorre prevedere uno specifico **percorso di formazione** e mantenimento nel tempo di una adeguata qualificazione degli operatori addetti al controllo ufficiale/*audit*.

Tale percorso formativo è, tra l'altro previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 07/02/2013 recante Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza alimentare e di sanità pubblica veterinaria, recepita con Deliberazione n. 19/31 del 14/5/2013.

Le ricadute attese riguardano il miglioramento e la diffusione delle buone pratiche per l'erogazione di importanti prestazioni di Sanità Pubblica, la razionalizzazione e l'aumento di efficacia degli interventi svolti, con risvolti di economicità, la promozione della collaborazione e miglioramento delle sinergie tra Servizi.

Verranno pertanto sviluppati i seguenti progetti specifici:

- un primo percorso destinato a tutti gli operatori coinvolti nel Controllo Ufficiale (Regione e ASL), per approfondire “gli elementi informativi comuni” e per eseguire tutte le tecniche di controllo previste dall'art. 10 del Regolamento (CE) n. 882/2004;
- un secondo percorso destinato a coloro che devono svolgere audit sugli operatori del settore alimentare di cui all'art. 10 del Regolamento (CE) n. 882/2004 e dall'art. 4 del Regolamento (CE) n. 854/2004;
- un terzo percorso per gli auditor che svolgono audit ai sensi dell'art. 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/04.





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Obiettivi e Indicatori

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.11	Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale.	10.11.1 Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai servizi dell'Autorità competente.	Non rilevato in maniera standardizzata	Corso per auditor sugli OSA e sulle AC rivolto agli operatori coinvolti nel controllo ufficiale, svolto nel 2010 - 2011.	100% In ogni Regione è completato il percorso formativo previsto dall'accordo stato regioni del 07/02/2013 recante Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza alimentare e di sanità pubblica veterinaria.	Completare il percorso formativo previsto dall'accordo stato regioni del 07/02/2013 recante Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza alimentare e di sanità pubblica veterinaria, recepito dalla RAS con Deliberazione n. 19/31 del 14 maggio 2013.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Quadro delle azioni:**

Azione/progetto	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
P10.1.711.1 <b>Corso base</b> destinato a tutti gli <b>operatori</b> coinvolti nel Controllo Ufficiale	Realizzare un primo percorso, previsto dall'Accordo Stato Regioni del 07/02/2013 destinato a tutti gli operatori coinvolti nel Controllo Ufficiale (Regione e ASL), per approfondire "gli elementi informativi comuni" e per eseguire tutte le tecniche di controllo previste dall'art. 10 del Regolamento (CE) n. 882/2004	Fasi di attuazione: 1- analisi del fabbisogno 2- organizzazione dell'evento 3- realizzazione dell'evento 4- valutazione	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione dei sistemi di qualità ISO 9001, evidenza della realizzazione del corso.	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4	1/4	4/4		
P10.1.11.2 <b>Corso auditor</b> sugli <b>Operatori</b> Settore Alimentare	Realizzare un secondo percorso, previsto dall'Accordo Stato Regioni del 07/02/2013, destinato a coloro che devono svolgere audit sugli operatori del settore alimentare di cui all'art. 10 del Regolamento (CE) n. 882/2004 e dall'art. 4 del Regolamento (CE) n. 854/2004;	Fasi di attuazione: 1- analisi del fabbisogno 2- organizzazione dell'evento 3- realizzazione dell'evento 4- valutazione	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione dei sistemi di qualità ISO 9001, evidenza della realizzazione del corso.	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4		4/4		
P10.1.11.3 <b>Corso auditor</b> sulle <b>Autorità Competenti</b>	Realizzare un terzo percorso previsto dall'Accordo Stato Regioni del 07/02/2013, per gli auditor che svolgono audit ai sensi dell'art. 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/04.	Fasi di attuazione: 1- analisi del fabbisogno 2- organizzazione dell'evento 3- realizzazione dell'evento 4- valutazione	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione dei sistemi di qualità ISO 9001, evidenza della realizzazione del corso.	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4		1/4	4/4	



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Pianificazione delle azioni

<b>Azione P10.1.11.1</b>	Realizzare il <b>corso base</b> destinato a tutti gli <b>operatori</b> coinvolti nel controllo ufficiale
Descrizione	Realizzazione di un progetto finalizzato al miglioramento dell'attività di controllo ufficiale attraverso uno specifico percorso di formazione e mantenimento nel tempo di una adeguata qualificazione degli operatori addetti al controllo ufficiale/audit, per approfondire "gli elementi informativi comuni" e per eseguire tutte le tecniche di controllo previste dall'art. 10 del Regolamento (CE) n. 882/2004  Il progetto sarà accreditato ai fini ECM
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori della prevenzione che eseguono attività di controllo ufficiale (Regione – ASL). Gli operatori verranno individuati dalla Regione.
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Operatori della prevenzione, OSA e cittadino.	Operatori della prevenzione, OSA e cittadino.
Prove di efficacia	L'efficacia dell'intervento formativo verrà valutata sul superamento della prova prevista ai fini ECM e sulla capacità dei corsisti di svolgere in maniera corretta le esercitazioni in aula. Lo strumento di valutazione sarà una lista di riscontro delle azioni compilata al momento dell'esercitazione, da un gruppo di "osservatori".
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	multisettoriale, in quanto è fondamentale la compartecipazione degli operatori del settore della prevenzione
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	In applicazione dell'accordo stato regioni del 07/02/2013 recante Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza alimentare e di sanità pubblica veterinaria.
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Azione P10.1.11.2</b>	Realizzare il <b>corso</b> auditor sugli <b>Operatori Settore Alimentare</b>
Descrizione	Realizzazione di un progetto finalizzato al miglioramento dell'attività di controllo ufficiale attraverso uno specifico percorso di formazione e mantenimento nel tempo di una adeguata qualificazione rivolto a coloro che devono svolgere audit sugli operatori del settore alimentare di cui all'art. 10 del Regolamento (CE) n. 882/2004 e dall'art. 4 del Regolamento (CE) n. 854/2004  Il progetto sarà accreditato ai fini ECM
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori della prevenzione che eseguono attività di controllo ufficiale (Regione – ASL). Gli operatori verranno individuati dalla Regione.
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione, OSA e cittadino.
Prove di efficacia	L'efficacia dell'intervento formativo verrà valutata sul superamento della prova prevista ai fini ECM e sulla capacità dei corsisti di svolgere in maniera corretta le esercitazioni in aula. Lo strumento di valutazione sarà una lista di riscontro delle azioni compilata, al momento dell'esercitazione, da un gruppo di "osservatori".
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	multisettoriale, in quanto è fondamentale la compartecipazione degli operatori del settore della prevenzione
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	In applicazione dell'accordo stato regioni del 07/02/2013 recante Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza alimentare e di sanità pubblica veterinaria.
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Azione P10.1.11.3</b>	Realizzare il <b>corso</b> per gli auditor sulle <b>Autorità Competenti</b>
Descrizione	Realizzazione di un progetto finalizzato al miglioramento dell'attività di controllo ufficiale attraverso uno specifico percorso di formazione e mantenimento nel tempo di una adeguata qualificazione rivolto a coloro che svolgono audit ai sensi dell'art. 4, paragrafo 6, del Regolamento CE 882/04. Il progetto sarà accreditato ai fini ECM.
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori della prevenzione che eseguono attività di controllo ufficiale (Regione – ASL). Gli operatori verranno individuati dalla Regione.
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione, OSA e cittadino.
Prove di efficacia	L'efficacia dell'intervento formativo verrà valutata sul superamento della prova prevista ai fini ECM e sulla capacità dei corsisti di svolgere in maniera corretta le esercitazioni in aula. Lo strumento di valutazione sarà una lista di riscontro delle azioni compilata, al momento dell'esercitazione, da un gruppo di "osservatori".
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Multisettoriale, in quanto è fondamentale la compartecipazione degli operatori del settore della prevenzione
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	In applicazione dell'accordo stato regioni del 07/02/2013 recante Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza alimentare e di sanità pubblica veterinaria.
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**PROGRAMMA P10.1 OBIETTIVO GENERALE 10.12** “Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004”

Per l'attuazione del piano di **miglioramento dell'attività di controllo ufficiale** è necessario prevedere un sistema di valutazione del funzionamento dell'AC mediante gli audit svolti ai sensi dell'art. 4(6) del Reg. (CE) 882/04.

Verranno pertanto sviluppati i seguenti progetti specifici:

- 1 realizzazione di un programma di audit di sistema sulle ACL basato sul rischio e tenendo conto delle esigenze operative;
2. realizzazione di un programma di audit di settore sulle ACL, basato sul rischio e tenendo conto delle esigenze operative.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## PROGRAMMA P10.1 OBIETTIVO GENERALE 10.12

### Obiettivi e Indicatori

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valori di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.12	Realizzare gli audit previsti dall'art. 4(6) del Regolamento CE 882/2004.	10.12.1 Rendicontazione dell'attività di audit di sistema svolta.	Rendicontazione del PNI con relazione annuale del Ministero della salute.	Registrazioni relative agli audit sull'AC effettuati nel corso del 2014.	100% In ogni Regione è realizzato il programma audit sull'AC.	100% Realizzazione del programma di audit sull'AC da parte della Regione Sardegna.





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Quadro delle azioni:

Azione/progetto	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
P10.1.12.1 <b>Realizzare gli audit di sistema</b> previsti dall'art. 4(6) del Regolamento CE 882/2004	Realizzazione di uno specifico programma di audit di sistema sulle ACL	Il progetto è valutato sulla base delle fasi di attuazione: 1- programmazione degli audit 2-3-4 realizzazione degli audit (2016-2017-2018) 5 -revisione del programma di audit	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione dei sistemi di qualità ISO 9001 e ISO 19011 e Dec. CE 677/2006, pubblicazione degli esiti degli audit, rendicontazione al Ministero della Salute	Fase attuata(x)/fasi da attuare (3)	0/5	1/5	2/5	3/5	5/5
P10.1.12.2 <b>Realizzare gli audit di settore</b> previsti dall'art. 4(6) del Regolamento CE 882/2004	Realizzazione di uno specifico programma di audit di settore sulle ACL	Il progetto è valutato sulla base delle fasi di attuazione: 1- programmazione degli audit 2-3-4 realizzazione degli audit (2016-2017-2018) 5 -revisione del programma di audit	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione dei sistemi di qualità ISO 9001 e ISO 19011 e Dec. CE 677/2006, pubblicazione degli esiti degli audit, rendicontazione al Ministero della Salute	Fase attuata(x)/fasi da attuare (3)	0/5	1/5	2/5	3/5	5/5

I valori attesi riguardano la realizzazione del programma di audit.

Gli audit in fase di realizzazione dovranno essere conclusi entro un anno. In ogni caso occorre comunicare le informazioni relative all'attività di audit svolta sulle autorità competenti nel tempo previsto (fine febbraio dell'anno successivo) utile per la Relazione Annuale al PNI.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Pianificazione delle azioni

<b>Azione P10.1.12. 1</b>	<b>Realizzare gli audit di sistema</b> previsti dall'art. 4(6) del Regolamento CE 882/2004
Descrizione	Sarà sviluppato uno specifico programma di audit tenendo conto dei principali dati epidemiologici e delle allerte sanitarie, delle attività e delle strutture produttive del territorio, degli esiti delle verifiche ministeriali, comunitarie e degli altri organi di controllo, nonché degli elementi organizzativi e gestionali previsti dalle norme per il Servizio Sanitario Nazionale.
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori della prevenzione
Setting identificato per l'azione	Autorità competenti locali (ASL)
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione, OSA, cittadino in generale ( <i>stakeholders</i> )
Prove di efficacia	Audit Ministero della Salute e FVO
Trasversalità (intersectoriale, multisectoriale) per l'azione	Almeno multisectoriale, in quanto è necessaria la compartecipazione degli operatori dei diversi settori della prevenzione
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il RM può essere individuato nel Responsabile del Programma di audit come definito dalla Dec. CE 2066/677 e dalla norma ISO 19011
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili

<b>Azione P10.1.12.2</b>	<b>Realizzare gli audit di settore</b> previsti dall'art. 4(6) del Regolamento CE 882/2004
Descrizione	Sarà sviluppato uno specifico programma di audit tenendo conto dei principali dati epidemiologici e delle allerte sanitarie, delle attività e delle strutture produttive del territorio, degli esiti delle verifiche ministeriali, comunitarie e degli altri organi di controllo, nonché degli elementi organizzativi e gestionali previsti dalle norme per il Servizio Sanitario Nazionale.
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori della prevenzione
Setting identificato per l'azione	Autorità competenti locali (ASL)
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione, OSA, cittadino in generale ( <i>stakeholders</i> )
Prove di efficacia	Audit Ministero della Salute e FVO
Trasversalità (intersectoriale, multisectoriale) per l'azione	Almeno multisectoriale, in quanto è necessaria la compartecipazione degli operatori dei diversi settori della prevenzione
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il RM può essere individuato nel Responsabile del Programma di audit come definito dalla Dec. CE 2066/677 e dalla norma ISO 19011
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## PROGRAMMA P - 10.2 PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NUTRIZIONALE

### Introduzione

Poiché l'alimentazione svolge un ruolo importante nella prevenzione di numerose patologie (in particolare di quelle cronico degenerative), negli ultimi anni a livello nazionale, regionale e locale sono state pianificate campagne educative e informative rivolte alla popolazione in generale ed al mondo della scuola in particolare; sono state formulate e divulgate Linee Guida nazionali per una sana alimentazione italiana, e linee guida nazionali per la ristorazione scolastica, ospedaliera e assistenziale.

Un fondamentale obiettivo di salute, è rappresentato dall'offerta di alimenti sicuri a particolari categorie di cittadini con intolleranze e/o allergie alimentari, per i quali è fondamentale fornire un'adeguata e completa informazione circa i contenuti e le proprietà degli alimenti.

Da qui la necessità di sviluppare la **strategia** "Promozione della sicurezza nutrizionale", nell'ambito del macro obiettivo del PNP "Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli" (Macro Obiettivo 10).

Gli **Obiettivi centrali** da perseguire sono i seguenti:

- **10.9** Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi incluse le persone celiache.
- **10.10** Ridurre i disordini da carenza iodica.

Per il loro sviluppo sono stati individuati i seguenti **indicatori centrali**:

- **10.9.1** Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare.
- **10.10.1** Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale in ottemperanza all'Intesa Stato-Regioni del 22/02/2009.
- **10.10.2** Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva.

Per perseguire gli obiettivi centrali, è stato scelto di sviluppare il **programma P 10.2** "Promozione della sicurezza nutrizionale".

### Descrizione del programma

La promozione di uno stile di vita sano e gli interventi finalizzati a correggere le errate abitudini alimentari e l'abbandono di comportamenti a rischio, rappresentano una delle principali priorità nelle strategie di educazione alla salute. L'alimentazione fa parte di quel patrimonio culturale che risulta difficile da modificare soprattutto quando stili comportamentali fanno parte integrante del proprio essere sociale. Il presente programma prevede la progettazione di interventi di promozione della salute e di educazione alimentare con un approccio multisettoriale scientifico, al fine di ridurre i disordini da carenza iodica e di aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti (includere le persone celiache).

### Azioni da attuare per lo sviluppo del programma

La promozione della sicurezza nutrizionale verrà sviluppata attraverso l'elaborazione delle seguenti linee guida e programmi specifici:

- Linee guida regionali per la **ristorazione scolastica**, con particolare attenzione ai soggetti con allergie e/o intolleranze e promozione dell'utilizzo del sale iodato;
- Linee guida regionali per la **ristorazione collettiva** extrascolastica e extraospedaliera, con particolare attenzione ai soggetti con allergie e/o intolleranze e promozione dell'utilizzo del sale iodato.
- Linee guida regionali per la **ristorazione pubblica** ai fini della tutela dei soggetti con allergie e intolleranze alimentari e per la promozione dell'utilizzo del sale iodato.
- Programma che preveda almeno un **evento formativo**/anno rivolto agli OSA, in materia di alimenti idonei a soggetti allergici e/o con intolleranze, con particolare riferimento alla celiachia e alla prevenzione dei disordini da carenza iodica.
- **Programma dei controlli** sulla disponibilità di **sale iodato** presso i punti vendita la ristorazione collettiva.
- Implementazione di un **flusso informativo** per la comunicazione del **TSH** neonatale.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Obiettivi e Indicatori

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valore di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.9	Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi incluse le persone celiache	10.9.1 Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare	Non rilevato in maniera standardizzata	Non rilevato in maniera standardizzata.	Predisposizione di un programma che preveda almeno un evento formativo all'anno	Predisposizione di un programma che preveda almeno un evento formativo all'anno
Obiettivo 10.10	Ridurre i disordini da carenza iodica.	10.10.1 Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale in ottemperanza all'Intesa Stato-Regioni del 22/02/2009	Regioni e PPAA 3:21	Non rilevato	Attivazione del sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in uso	Attivazione del sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in Excel predisposto dall'ISS
Obiettivo 10.10	Ridurre i disordini da carenza iodica.	10.10.2 Proporzioni di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	Non rilevato	Non rilevato	Adozione di un percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato al Ministero della salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi)	Adozione di un percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato al Ministero della salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi)

### **SPECIFICHE PER LA NOMENCLATURA CHE SEGUE:**

**P10.2 identifica il programma 10.2**

**P10.2.9.1 - P10.2.9.2 - P10.2.9.3 - P10.2.9.4 - P10.2.10.5 - P10.2.10.6: identifica le 6 azioni nell'ambito degli obiettivi centrali 10.9 e 10.10, che saranno sviluppate nel programma P10.2**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Quadro delle azioni

Azione/Progetto	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Baseline	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
P10.2.9.1 Linee guida regionali per la <b>ristorazione scolastica</b> , con particolare attenzione ai soggetti con allergie e/o intolleranze (comprese le persone celiache) e promozione dell'utilizzo del sale iodato;	Fornire a OSA ed Enti appaltatori strumenti utili per la formulazione di menù base e per la corretta gestione del rischio "allergeni" nella preparazione/somministrazione di diete specifiche.	1) Analisi 2) Stesura bozza 3) Riesame 4) Stesura definitiva e adozione 5) Presentazione ai portatori di interesse	Convocazioni incontri, verbali incontri, bozze, documenti, evidenza dell'elaborato finale, pubblicazione atti sul portale della regione e delle ASL.	Fase attuata (x)/ fase da attuare (5)	0	1/5	4/5	5/5	
P10.2.9.2 Linee guida regionali per la <b>ristorazione collettiva</b> extrascolastica e extraospedaliera, con particolare attenzione ai soggetti con allergie e/o intolleranze (comprese le persone celiache) e promozione dell'utilizzo del sale iodato.	Fornire a OSA ed Enti appaltatori strumenti utili per la formulazione di menù base e la corretta gestione del rischio "allergeni" nella preparazione/somministrazione di diete specifiche.	1) Analisi 2) Stesura bozza 3) Riesame 4) stesura definitiva e adozione 5) Presentazione ai portatori di interesse	Convocazioni incontri, verbali incontri, bozze, documenti, evidenza dell'elaborato finale, pubblicazione atti sul portale della regione e delle ASL.	Fase attuata (x)/ fase da attuare (5)	0	0	0	2/5	5/5
P10.2.9.3 Linee guida regionali per la <b>ristorazione pubblica</b> ai fini della tutela dei soggetti con allergie e intolleranze alimentari (comprese le persone celiache) e per la promozione dell'utilizzo del sale iodato.	Fornire agli OSA della ristorazione pubblica uno strumento per la gestione del rischio sanitario correlato con allergie e intolleranze; favorire la promozione dell'utilizzo del sale iodato.	1) Analisi 2) Stesura bozza 3) Riesame 4) Stesura definitiva e adozione 5) Presentazione ai portatori di interesse	Convocazioni incontri, verbali incontri, bozze, documenti, evidenza dell'elaborato finale, pubblicazione atti sul portale della regione e delle ASL.	Fase attuata (x)/ fase da attuare (5)	0	0	3/5	5/5	



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

P10.2.9.4	Predisposizione e realizzazione di un programma che preveda almeno un <b>evento formativo</b> /anno rivolto agli OSA, in materia di alimenti idonei a soggetti allergici e/o con intolleranze, con particolare riferimento alla celiachia e alla prevenzione dei disordini da carenza iodica.	Accrescere la conoscenza e le competenze degli OSA sulla preparazione/somministrazione di alimenti per soggetti allergici e intolleranti, e per promuovere l'uso di sale iodato.	1) Analisi 2) Stesura bozza 3) Riesame 4) Stesura definitiva 5) 6) Realizzazione dell'evento formativo (2017/2018)	Convocazioni incontri, verbali incontri, bozze, documenti, evidenza dell'elaborato finale e dell'esecuzione dell'evento formativo, eventuale pubblicazione atti sul portale della regione e delle ASL.	Fase attuata (x)/ fase da attuare (6)	0	2/6	4/6	5/6	6/6
P10.2.10.1	Implementazione di un <b>flusso informativo</b> per la comunicazione del <b>TSH</b> neonatale.	Contribuire all'ottenimento di un quadro nazionale sullo stato nutrizionale iodico della popolazione.	1) Predisposizione della bozza del protocollo operativo con l'indicazione della modalità di trasmissione dei dati all'ISS. 2) Riesame 3) Stesura definitiva e adozione. 4) 5) Trasmissione dei dati all'ISS.	Convocazioni incontri, verbali incontri, bozze, documenti, evidenza dell'elaborato finale, evidenza della trasmissione del flusso all'ISS.	Fase attuata (x)/ fase da attuare (5)	0	0/5	2/5	4/5	5/5
P10.2.10.2	Predisposizione e realizzazione di un <b>programma dei controlli</b> sulla disponibilità di <b>sale iodato</b> presso i punti vendita la ristorazione collettiva.	Verifica della presenza di sale iodato presso i punti vendita e la ristorazione pubblica e collettiva	1) Predisposizione della bozza del programma con l'indicazione della modalità di trasmissione dei dati al Ministero e all'ISS 2) Riesame ed integrazione del programma nel <i>"Piano Regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti. Anni 2015-2018."</i> 3) Stesura definitiva e adozione. 4) 5) 6) Trasmissione dei dati al Ministero ed all'ISS.	Convocazioni incontri, verbali incontri, bozze, documenti, evidenza dell'elaborato finale e pubblicazione sul portale della regione, evidenza della trasmissione del flusso al Ministero e all'ISS.	Fase attuata (x)/ fase da attuare (6)	0	3/6	4/6	5/6	6/6



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### **Pianificazione delle azioni**

<b>Azione P10.2.9.1</b>	Linee guida regionali per la <b>ristorazione scolastica</b> , con particolare attenzione ai soggetti con allergie e/o intolleranze (comprese le persone celiache) e promozione dell'utilizzo del sale iodato.
Descrizione	Le linee guida regionali per la ristorazione scolastica permetteranno di fornire agli OSA ed agli Enti appaltatori strumenti utili per la formulazione di menù base e per la corretta gestione del rischio "allergeni" nella preparazione/somministrazione di diete specifiche, nonché di: promuovere la diffusione e l'adozione di corretti stili alimentari; tutelare e favorire l'integrazione nelle mense dei soggetti allergici e intolleranti; promuovere l'uso del sale iodato come strumento per la prevenzione delle tireopatie.
Gruppo beneficiario prioritario	OSA – gestori e appaltatori mense scolastiche - soggetti sensibili
Setting identificato per l'azione	Ciclo di vita (3 - 14 anni)– scuole dell'obbligo
Gruppi di interesse	OSA, Comuni, famiglie, studenti
Prove di efficacia	CCM – epicentro – CDC - WHO
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	ASL - enti locali – scuole – Associazioni
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Esiguità delle risorse umane e strumentali
Sostenibilità	Correlata alla disponibilità delle risorse umane, strumentali e finanziarie

<b>Azione P10.2.9.2</b>	Linee guida regionali per la <b>ristorazione collettiva</b> extrascolastica e extraospedaliera, con particolare attenzione ai soggetti con allergie e/o intolleranze (comprese le persone celiache) e promozione dell'utilizzo del sale iodato.
Descrizione	Le linee guida regionali permetteranno di fornire a OSA ed Enti appaltatori strumenti utili per la formulazione di menù base e la corretta gestione del rischio "allergeni" nella preparazione/somministrazione di diete specifiche. Consentiranno inoltre una fattiva collaborazione tra gli operatori dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e gli operatori del settore della Ristorazione Collettiva per: a) promuovere la diffusione e l'adozione di corretti stili alimentari; b) tutelare la salute dei soggetti allergici e intolleranti che a qualsiasi titolo siano fruitori di mense collettive; c) promuovere l'uso del sale iodato come strumento per la prevenzione delle tireopatie, da parte di tutti gli utenti della Ristorazione Collettiva.
Gruppo beneficiario prioritario	OSA, gestori e appaltatori mense collettivo – assistenziali, fruitori delle mense
Setting identificato per l'azione	Tutte le fasce d'età che usufruiscono di mense collettivo-assistenziali (RSA, Case di riposo, Mense aziendali e comunità)
Gruppi di interesse	OSA, Comuni, Enti assistenziali
Prove di efficacia	CCM - epicentro-CDC-WHO
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	ASL -enti locali – Enti assistenziali - Associazioni
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Esiguità delle risorse umane e strumentali;
Sostenibilità	Correlata alla disponibilità delle risorse umane, strumentali e finanziarie





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Azione P10.2.9.3</b>	Linee guida regionali per la <b>ristorazione pubblica</b> ai fini della tutela dei soggetti con allergie e intolleranze alimentari (comprese le persone celiache) e per la promozione dell'utilizzo del sale iodato.
Descrizione	Attraverso la predisposizione e capillare divulgazione delle linee guida ci si prefigge di fornire agli OSA uno strumento che consenta di avviare e gestire correttamente dal punto di vista del rischio sanitario le attività di ristorazione pubblica per i soggetti celiaci, allergici e intolleranti e promuovere l'utilizzo del sale iodato.
Gruppo beneficiario prioritario	OSA, CONSUMATORI, soggetti sensibili
Setting identificato per l'azione	Consumatori
Gruppi di interesse	Associazioni, organizzazioni di categoria, Associazione Italiana Celiachia, Comuni (SUAP)
Prove di efficacia	Non applicabile
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Assessorato Sanità, SIAN, Associazione dei consumatori, AIC
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Esiguità delle risorse umane e strumentali;
Sostenibilità	Correlata alla disponibilità delle risorse umane, strumentali e finanziarie

<b>Azione P10.2.9.4</b>	Predisposizione e realizzazione di un programma che preveda almeno <b>un evento formativo/anno</b> rivolto agli OSA, in materia di alimenti idonei a soggetti allergici e/o con intolleranze, con particolare riferimento alla celiachia ed alla prevenzione dei disordini da carenza iodica.
Descrizione	Attraverso la realizzazione del programma di formazione ci si prefigge di fornire agli OSA uno strumento che consenta di accrescere la conoscenza e le competenze in merito alla preparazione/somministrazione di alimenti per soggetti allergici e intolleranti, e per promuovere l'uso di sale iodato.
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori del settore alimentare (OSA)
Setting identificato per l'azione	OSA
Gruppi di interesse	destinatari: OSA sostenitori: associazioni di categoria Operatori: personale ASL
Prove di efficacia	Attualmente N.A.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Regione, ASL, OSA
Attività principali	vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Esiguità delle risorse umane e strumentali; Scarso interesse all'iniziativa
Sostenibilità	Correlata alla disponibilità delle risorse umane, strumentali, logistiche e finanziarie



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Azione P10.2.10.1</b>	Implementazione di un <b>flusso informativo</b> per la comunicazione del <b>TSH</b> neonatale.
Descrizione	L'attivazione del sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il format in Excel predisposto dall'ISS, consentirà di contribuire all'ottenimento di un quadro nazionale sullo stato nutrizionale iodico della popolazione. Pertanto sarà necessario predisporre un protocollo operativo che preveda l'invio dei valori di TSH neonatale misurato in tutti i nati annualmente nel territorio regionale.
Gruppo beneficiario prioritario	Neonati
Setting identificato per l'azione	Ciclo di vita (neonati)
Gruppi di interesse	Associazioni, Famiglie
Prove di efficacia	NA
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Ministero della Salute, ISS, strutture Ospedaliere, punti nascita, Regione, ASL
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Esiguità delle risorse umane e strumentali;
Sostenibilità	Correlata alla disponibilità delle risorse umane, strumentali, logistiche e finanziarie

<b>Azione P10.2.10.2</b>	Predisposizione e realizzazione di un <b>programma dei controlli</b> sulla disponibilità di <b>sale iodato</b> presso i punti vendita la ristorazione collettiva.
Descrizione	Realizzare un programma di controlli ufficiali per la verifica della presenza del sale iodato nella ristorazione scolastica e nei punti vendita
Gruppo beneficiario prioritario	popolazione di tutte le fasce d'età
Setting identificato per l'azione	punti vendita e mense
Gruppi di interesse	popolazione di tutte le fasce d'età, comuni, associazioni/organizzazioni di categoria settore alimentare.
Prove di efficacia	Documenti ISS
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	ASL, Assessorato Sanità, Ministero, ISS
Attività principali	vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Esiguità delle risorse umane e strumentali;
Sostenibilità	Correlata alla disponibilità delle risorse umane, strumentali, logistiche e finanziarie



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cronoprogramma azione P10.2.9.1 Linee guida regionali per la **ristorazione scolastica**, con particolare attenzione ai soggetti con allergie e/o intolleranze (comprese le persone celiache) e promozione dell'utilizzo del sale iodato.

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018				2019
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I
1. Analisi	Gruppo di programmazione		■													
2. Stesura bozza	Gruppo di programmazione			■												
3. Riesame	Gruppo di programmazione				■											
4. Stesura definitiva e adozione	Gruppo di programmazione-Assessorato						■									
5. Presentazione ai portatori di interesse	ASL						■	■	■							

Cronoprogramma azione P10.2.9.2 Linee guida regionali per la **ristorazione collettiva** extrascolastica e extraospedaliera, con particolare attenzione ai soggetti con allergie e/o intolleranze (comprese le persone celiache) e promozione dell'utilizzo del sale iodato.

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018				2019
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I
1) Analisi	Gruppo di programmazione								■							
2) Stesura bozza	Gruppo di programmazione									■	■					
3) Riesame	Gruppo di programmazione												■	■		
4) Stesura definitiva e adozione	Gruppo di programmazione-Assessorato													■	■	
5) Presentazione ai portatori di interesse	ASL													■	■	





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cronoprogramma azione P10.2.10.1 Implementazione di un **flusso informativo** per la comunicazione del **TSH** neonatale.

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018				2019
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I
1 Predisposizione della bozza del protocollo operativo con l'indicazione della modalità di trasmissione dei dati all'ISS.	Gruppo di programmazione				■	■										
2 Riesame	Gruppo di programmazione					■	■									
3 Stesura definitiva e adozione.	Gruppo di programmazione							■	■							
4 – 5 Trasmissione dei dati all'ISS	Assessorato								■				■			

Cronoprogramma azione P10.2.10.2 Predisposizione e realizzazione di un **programma dei controlli** sulla disponibilità di **sale iodato** presso i punti vendita la ristorazione collettiva.

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018				2019
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I
1 Predisposizione della bozza del programma con l'indicazione della modalità di trasmissione dei dati al Ministero e all'ISS	Gruppo di programmazione	■														
2 Riesame ed integrazione del programma nel <i>"Piano Regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti. Anni 2015-2018."</i>	Gruppo di programmazione	■														
3 Stesura definitiva e adozione	Gruppo di programmazione	■	■													
4 – 5 – 6 Trasmissione dei dati al Ministero ed all'ISS	Assessorato			■				■				■				



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## PROGRAMMA P - 10.3 GESTIONE DELLE EMERGENZE EPIDEMICHE E NON EPIDEMICHE

### Introduzione

Il miglioramento di vari aspetti relativi alla qualità igienico-sanitaria delle produzioni alimentari e le garanzie di tutela della salute dei consumatori rappresentano obiettivi chiave di specifici programmi di sicurezza alimentare. Da qui la necessità di individuare, tra i macro obiettivi del PNP quello di "Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli" (Macro Obiettivo 10).

Obiettivo centrale è il **10.5 - Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non epidemiche e degli eventi straordinari.**

Per il suo sviluppo sono stati individuati i seguenti **indicatori** centrali:

- **10.5.1** Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari.
- **10.5.2** Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del Piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare.
- **10.5.3** Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del Piano di emergenza, riguardante una malattia animale.

Per perseguire l'obiettivo centrale, si è scelto di sviluppare il Programma P - 10.3 Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche.

### Descrizione del programma

La predisposizione di piani di preparazione e risposta alle emergenze e dei relativi manuali operativi devono essere considerati come la chiave per la disposizione di una precoce ed efficace azione a fronte di una situazione di emergenza. È necessario stabilire le azioni da mettere in atto nella fase di emergenza e la linea di comando gerarchica, allo scopo di ristabilire le condizioni iniziali, proteggere l'ambiente e limitare l'impatto economico. In quest'ottica, considerando che a livello nazionale è stato predisposto un piano per le emergenze epidemiche, risulta necessaria la predisposizione di un piano regionale per le emergenze non epidemiche, non essendo ancora disponibile quello nazionale.

Le ricadute attese riguardano il miglioramento e la diffusione delle buone pratiche per l'erogazione di importanti prestazioni di Sanità Pubblica, la razionalizzazione e l'aumento di efficacia degli interventi svolti, con risvolti di economicità, la promozione della collaborazione ed il miglioramento delle sinergie tra Servizi.

### Azioni da attuare per lo sviluppo del programma

Unitamente alla adozione di un manuale operativo per la gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche e gli eventi straordinari, è previsto lo sviluppo dei seguenti progetti specifici o azioni:

- aggiornamento del "*Piano di emergenza per la sicurezza alimentare. Direttive per la gestione delle Emergenze*" approvato con Determinazione n. 658/det/10 del 12-01-2013;
- realizzazione di un manuale operativo per le emergenze non epidemiche;
- realizzazione di un manuale operativo per le emergenze legate all'Afta epizootica;
- svolgimento di un evento esercitativo regionale in applicazione del piano di emergenza riguardante la sicurezza alimentare;
- svolgimento di un evento esercitativo regionale in applicazione del piano di emergenza riguardante l'Afta Epizootica.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Obiettivi e Indicatori

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valore di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.5	Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare e degli eventi straordinari.	10.5.1 Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari.	Non rilevato in maniera standardizzata	Legge Regionale 25 novembre 2014, n. 24 - art. 10 "Unità di Progetto". Determinazione del Direttore del Servizio prevenzione n. 658/det/10 del 12-01-2013 "Piano di emergenza per la sicurezza alimentare Direttive per la gestione delle emergenze".	100% In ogni Regione è predisposto un piano di intervento per la gestione delle emergenze con elevato livello di integrazione.	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari.
		10.5.2 Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del Piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare.	Nel triennio 2010-2012 sono stati svolti tre eventi esercitativi di scala nazionale (con simulazione in aula di gestione di emergenze di sicurezza alimentare) che hanno coinvolto 300 rappresentanti regionali, delle ASL, IZS, operatori del settore alimentare e NAS	Non rilevato in maniera standardizzata	100% In ogni Regione è realizzato un evento esercitativo, di scala regionale, che coinvolga il personale dei servizi veterinari, dei SIAN, degli IZS e delle ARPA, tramite la simulazione della gestione di un'emergenza nel campo della sicurezza alimentare (esercitazione di campo, table-top exercise, ecc...)	Simulazione della gestione di un'emergenza nel campo della sicurezza alimentare



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	<p>10.5.3 Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del Piano di emergenza, riguardante una malattia animale.</p>	<p>Dal 2006 al 2011 sono stati svolti tre esercizi di simulazione, che hanno riguardato la gestione di un'emergenza per Influenza aviaria, Peste equina e Afta epizootica e che hanno coinvolto circa 250 rappresentanti regionali, delle ASL, IZS, operatori del settore zootecnico</p>	<p>Corso di 1 livello afta epizootica 2014 Esperienza della simulazione focolaio peste equina asl 1</p>	<p>100% In ogni Regione è realizzato un evento esercitativo, di scala regionale, recante la simulazione della gestione di un'emergenza relativa ad una malattia animale (esercitazione di campo, table-top exercise, ecc...)</p>	<p>Simulazione di un evento epidemico afta epizootica</p>
--	--	--	---	--	---





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Quadro delle azioni:

Azione/progetto	Obiettivo specifico	Indicatore: Proporzione delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
P10.3.5.1 <b>Aggiornamento del Piano di emergenza</b> per la sicurezza alimentare.	Il Piano delle emergenze in sicurezza alimentare sarà aggiornato in funzione della integrazione con gli altri piani, in modo da uniformare le procedure d'intervento sotto un'unica regia e con la stessa metodologia	1- Analisi 2- Stesura bozza 3- Riesame 4- Stesura definitiva e adozione formale	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione dei sistemi di qualità ISO 9001, evidenza dell'elaborato finale ed eventuale pubblicazione sul portale RAS	Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4	2/4	4/4		
P10.3.5.2 Realizzazione di un <b>manuale operativo per le emergenze non epidemiche</b> ;	Realizzazione di un manuale che uniformi tutte le procedure esistenti, in modo armonico al fine di realizzare un Piano Integrato Regionale per la gestione delle Emergenze	1- Analisi 2- Stesura bozza 3- Riesame 4- Stesura definitiva e adozione formale		Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4	1/4	2/4	3/4	4/4
P10.3.5.3 Realizzazione di un <b>manuale operativo</b> per le emergenze legate all' <b>Afta epizootica</b> ;	Realizzare il Manuale che organizzi le azioni da mettere in atto al presentarsi di una epidemia di Afta Epizootica	1- Analisi 2- Stesura bozza 3- Riesame 4- Stesura definitiva e adozione formale		Fase attuata(x)/fasi da attuare (4)	0/4	1/4	4/4		
P10.3.5.4 Svolgimento di un <b>evento esercitativo</b> regionale in applicazione del piano di emergenza riguardante la <b>sicurezza alimentare</b> ;	Simulare un evento tossinfettivo e verificare la capacità di risposta del sistema	1- Analisi 2- Stesura bozza programma 3- riesame 4- stesura definitiva programma 5-esecuzione dell'evento 6-valutazione	Documenti, verbali, bozze agli atti in applicazione dei sistemi di qualità ISO 9001, evidenza dello svolgimento dell'evento	Fase attuata(x)/fasi da attuare (6)	0/6	<b>1/6</b>	4/6	5/6	6/6
P10.3.5.5 Svolgimento di un <b>evento esercitativo</b> regionale in applicazione del piano di emergenza riguardante l' <b>Afta Epizootica</b> .	Simulare un evento epidemico di afta epizootica, valutare la risposta del sistema	1- Analisi 2- Stesura bozza programma 3- riesame 4- stesura definitiva programma 5-esecuzione dell'evento 6-valutazione		Fase attuata(x)/fasi da attuare (6)	0/6	1/6	4/6	6/6	



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**SPECIFICHE PER LA NOMENCLATURA CHE SEGUE:**

**P10.3 identifica il programma P10.3**

**P10.3.5.1 – P10.3.5.2 – P10.3.5.3 – P10.3.5.4 - P10.3.5.5 identifica le 5 azioni nell'ambito dell'obiettivo centrale 10.5, che saranno sviluppate nel programma P10.3**

**Pianificazione delle azioni**

<b>Azione P10.3.5.1</b>	<b>Aggiornamento del Piano di emergenza per la sicurezza alimentare.</b>
Descrizione	Il Piano delle emergenze in sicurezza alimentare sarà aggiornato in funzione della integrazione con gli altri piani, in modo da uniformare procedure d'intervento sotto una unica regia e con la stessa metodologia
Gruppo beneficiario prioritario	cittadino in generale ( <i>stakeholders</i> )
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione, OSA
Prove di efficacia	Confronto con documenti di livello nazionale e/o con esperienze di altre Regioni
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Almeno multisettoriale, in quanto è necessaria la compartecipazione degli operatori del settore, ma anche dell'apporto attivo dei produttori, o OSA in generale.
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	In applicazione delle linee guida OIE-EFSA della analisi del rischio nella sicurezza alimentare, il RM sarà individuato in funzione della precisa stesura della linea di comando
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili

<b>Azione P10.3.5.2</b>	<b>Realizzazione di un manuale operativo per le emergenze non epidemiche</b>
Descrizione	Realizzazione di un manuale che uniformi tutte le procedure esistenti, in modo armonico al fine di realizzare un Piano Integrato Regionale per la gestione delle Emergenze
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori della prevenzione e di tutti i settori che possono essere interessati da una emergenza (Alcuni esempi: Protezione civile, Assessorato all'Ambiente)
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Gruppi di interesse	Autorità centrali, Autorità locali, Protezione Civile, Operatori della prevenzione, tutta la popolazione ( <i>stakeholders</i> )
Prove di efficacia	Confronto con documenti di livello nazionale e/o con esperienze di altre Regioni
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Almeno multisettoriale, in quanto è necessaria la compartecipazione degli operatori del settore, ma anche dell'apporto attivo dei produttori, o OSA in generale.
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Realizzazione di un manuale che uniformi tutte le procedure esistenti, in modo armonico al fine di realizzare un Piano Integrato Regionale per la gestione delle Emergenze
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Azione P10.3.5.3</b>	Realizzazione di un <b>manuale operativo per le emergenze legate all'Afta</b>
Descrizione	Realizzare il Manuale che organizza le azioni da mettere in atto al presentarsi di una epidemia di Afta Epizootica
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori della prevenzione
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione dell'area di Sanità Animale, OSA
Prove di efficacia	Confronto con documenti di livello nazionale e/o con esperienze di altre Regioni
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	Trasversale e multisetoriale, in quanto è necessario il coinvolgimento delle Autorità competenti e degli OSA
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del RM sarà individuato in funzione della precisa stesura della linea di comando
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili

<b>Azione P10.3.5.4</b>	Svolgimento di un <b>evento esercitativo</b> regionale in applicazione del piano di emergenza riguardante la <b>sicurezza alimentare</b> .
Descrizione	Realizzazione di un progetto formativo finalizzato allo studio e all'applicazione pratica delle procedure contenute nel manuale operativo regionale. Il corso prevede una parte teorica di analisi del manuale ed una parte pratica nella quale verranno applicate le linee guida mediante la simulazione di un evento tossinfettivo. Il progetto sarà accreditato ai fini ECM
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori della prevenzione (regione – ASL – IZS - ARPAS). Gli operatori verranno individuati dalla regione in numero proporzionale alla ampiezza del territorio di provenienza.
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione, OSA, cittadino in generale (stakeholders)
Prove di efficacia	L'efficacia dell'intervento formativo verrà valutata sulla capacità dei corsisti di mettere in atto, in modo corretto, le procedure previste nelle linee guida. Lo strumento di valutazione sarà una check list delle azioni compilata, al momento dell'esercitazione, da un gruppo di "osservatori". Tali valutazioni saranno fondamentali per la revisione delle linee guida
Trasversalità (intersettoriale, multisetoriale) per l'azione	multisetoriale, in quanto è fondamentale la compartecipazione degli operatori del settore, ma anche dell'apporto attivo degli OSA e della protezione civile
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	In applicazione delle linee guida OIE-EFSA della analisi del rischio nella sicurezza alimentare, il RM sarà individuato in funzione della precisa stesura della linea di comando
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Azione P10.3.5.5</b>	Svolgimento di un <b>evento esercitativo</b> regionale in applicazione del piano di emergenza riguardante <b>l'Afta Epizootica</b> .
Descrizione	Realizzazione, con il supporto del Centro di Referenza Nazionale per le Malattie Vescicolari /Centro di referenza OIE/FAO per Afta, di un progetto formativo finalizzato allo studio e all' applicazione pratica delle procedure contenute nel piano di emergenza regionale riguardante l'Afta Epizootica. Il corso prevede una parte teorica di analisi del Piano Regionale ed una parte pratica nella quale verranno applicate le linee guida mediante la simulazione di un evento epidemico di afta epizootica
Gruppo beneficiario prioritario	Operatori della prevenzione (regione – ASL - IZS). Gli operatori verranno individuati dalla regione in numero proporzionale alla ampiezza del territorio di provenienza e suddivisi in gruppi omogenei multisettoriali (Regione, IZS, ASL).
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione, OSA
Prove di efficacia	L'efficacia dell'intervento formativo verrà valutata sulla capacità dei corsisti di mettere in atto, in modo corretto, le procedure previste nelle linee guida. Lo strumento di valutazione sarà una check list delle azioni compilata, al momento dell'esercitazione, da un gruppo di "osservatori. Tali valutazioni saranno fondamentali per la revisione delle linee guida. Confronto con le altre regioni.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	multisettoriale, in quanto è necessaria la compartecipazione degli operatori del settore
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	In applicazione al Piano di emergenza Nazionale e legislazione di riferimento nonché alle disposizioni contenute nel Manuale Operativo AFTA .
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cronoprogramma azione P10.3.5.4 Svolgimento di un **evento esercitativo** regionale in applicazione del piano di emergenza riguardante la **sicurezza alimentare**

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 Analisi	Gruppo di programmazione		■												
2 Stesura bozza	Gruppo di programmazione				■										
3 Riesame	Gruppo di programmazione					■									
4 Stesura definitiva	Gruppo di programmazione						■								
5 Esecuzione dell'evento	Assessorato							■	■	■	■			■	■
6 Valutazione	Gruppo di programmazione														■

Cronoprogramma azione P10.3.5.5 Svolgimento di un **evento esercitativo** regionale in applicazione del piano di emergenza riguardante l'**Afta Epizootica**.

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 Analisi	Gruppo di programmazione		■												
2 Stesura bozza	Gruppo di programmazione			■											
3 Riesame	Gruppo di programmazione				■										
4 Stesura definitiva	Gruppo di programmazione					■									
5 Esecuzione dell'evento	Assessorato							■	■						
6 Valutazione	Gruppo di programmazione									■					



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## **PROGRAMMA P - 10.4 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI TRAMITE VETTORI ANIMALI**

### **Introduzione**

Per tutelare la salute dell'uomo, attraverso un capillare lavoro sul mondo animale, è necessario garantire la salvaguardia della salute del patrimonio zootecnico attraverso la prevenzione, il controllo e l'eradicazione delle malattie infettive. Tale salvaguardia è svolta anche mediante l'attuazione di programmi di sorveglianza che permettano sia di individuare precocemente l'introduzione di nuovi agenti patogeni, sia di garantirne una rapida eliminazione.

Le attività di prevenzione e controllo delle malattie animali sul territorio nazionale sono il frutto di un insieme di attività svolte quotidianamente dalle Autorità Sanitarie delle Regioni e delle ASL, in stretta e costante collaborazione con il Ministero della Salute, la Commissione Europea e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali. Le attività di Sanità Animale sono generalmente organizzate in piani di Sorveglianza, di controllo e di eradicazione.

Questi piani hanno valenza Nazionale, e vengono dispiegati adattandoli al contesto epidemiologico Regionale, come indicato nel Piano Nazionale della Prevenzione.,

Da qui la necessità di predisporre un piano di sorveglianza per l'attuazione del macro obiettivo P10.6 del PNP che è quello di "Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali".

### **Descrizione del programma**

La predisposizione di un piano di sorveglianza per alcune malattie infettive sul selvatico, deve essere considerata come la chiave per una precoce ed efficace azione di prevenzione. In relazione a ciò si stabiliscono le azioni da mettere in atto, la tempistica, le competenze, la linea di comando e il budget a disposizione.

Le ricadute attese riguardano il miglioramento della prevenzione sull'introduzione di patogeni e la definizione della diffusione geografica dei patogeni già presenti.

### **Azioni da attuare per lo sviluppo del programma**

In sintonia con il PNP il Sistema Sanitario Regionale mette in atto il seguente Piano di sorveglianza su quattro patologie indicate nel PNP, con l'obiettivo di rilevare rapidamente la presenza degli agenti eziologici, la contestuale raccolta di dati sanitari per la valutazione del rischio circa la trasmissione di tale agente alle popolazioni domestiche e agli esseri umani e, sulla base di questa, l'adozione di idonee misure di gestione. Questo Piano, come verrà riportato nelle tabelle che seguono, è articolato in fasi e interessa le seguenti malattie: West Nile Disease, Influenza Aviaria, Brucellosi e Tubercolosi.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Obiettivi e Indicatori

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valore di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.6.	Prevenire le malattie infettive e diffuse di Interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	10.6.1 Attuazione del Piano di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici per la West Nile Disease (WND)	Non rilevato in maniera standardizzata	Determinazione del Direttore Generale della Sanità 7 aprile 2015, n. 245 Piano Regionale integrato per la sorveglianza della WND	100% In ogni Regione è attuato un piano di sorveglianza per almeno 4 malattie	Attuazione del Piano di sorveglianza per la West Nile Disease
		10.6.2 Attuazione del Piano di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici per l'Influenza Aviaria	Non rilevato in maniera standardizzata	Non rilevato		Attuazione del Piano di sorveglianza per l'influenza aviaria
		10.6.3 Attuazione del Piano di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici per la Brucellosi	Non rilevato in maniera standardizzata	Determinazione del Direttore Generale della Sanità 30 dicembre 2010, n. 1318		Attuazione del Piano di sorveglianza per la Brucellosi
		10.6.4 Attuazione del Piano di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici per Tubercolosi	Non rilevato in maniera standardizzata	Determinazione del Direttore Generale della Sanità 30 dicembre 2010, n. 1318		Attuazione del Piano di sorveglianza per la Tubercolosi

#### **SPECIFICHE PER LA NOMENCLATURA CHE SEGUE:**

**P10.4 identifica il programma 10.4**

**P10.4.6.1 - P10.4.6.2 - P10.4.6.3 - P10.4.6.4 : identifica le 4 azioni nell'ambito dell'obiettivo centrale 10.6, che saranno sviluppate nel programma P10.4**





**Quadro delle azioni:**

Azione/progetto	Obiettivo specifico	Indicatori Il Piano è valutato sulla base delle fasi di attuazione:	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
P10.4.6.1 Attuazione del Piano di sorveglianza per la West Nile Disease (WND) in popolazioni di animali selvatici,	Al fine dell'individuazione precoce della circolazione virale il Piano prevede un'attività di sorveglianza attiva sugli uccelli sintropici e una di sorveglianza passiva sugli uccelli migratori selvatici. Il Piano verrà attuato nel 2016 e proseguirà nel 2017 e nel 2018	1 – Piano esistente Determina D.G. 7 aprile 2015, n. 245 2 - Analisi dei dati 3 - Riesame del Piano ed eventuale rimodulazione 4 - Attuazione del Piano	Verbali, bozze Documenti agli atti	Fase attuata (x)/ fasi da attuare (4)	1/4	3/4	4/4		
10.4.6.2 Attuazione del Piano di sorveglianza per l'Influenza Aviaria in popolazioni di animali selvatici	Realizzazione dell'attività di controllo dell'avifauna stanziale e migratoria per l'individuazione precoce del virus dell'Influenza Aviaria	1- Analisi 2- Stesura bozza 3- Riesame 4- Stesura definitiva 5 Adozione e attuazione	Documenti agli atti, verbali, bozze	Fase attuata (x)/ fasi da attuare (5)	0/5	1/5	2/5	4/5	5/5
10.4.6.3 Attuazione del Piano di sorveglianza per la Brucellosi in popolazioni di animali selvatici;	Il Piano di sorveglianza sulla brucellosi si propone di individuare la presenza di brucella su specie selvatiche. Si attuerà un'azione di sorveglianza attiva sui cinghiali, ed eventualmente sulle popolazioni suine brade, controllate con il Piano di eradicazione della PSA, e sulle lepri. Lo scopo è quello di definire il ruolo di queste specie animali quali ospiti di brucella SPP, anche al fine di classificare le specie di brucella presenti	1- Analisi 2- Stesura bozza 3- Riesame 4- Stesura definitiva 5 Adozione e attuazione	Documenti agli atti, verbali, bozze	Fase attuata (x)/ fasi da attuare (5)	0/5	1/5	2/5	4/5	5/5
10.4.6.4 Attuazione del Piano di sorveglianza per Tuberculosis in popolazioni di animali selvatici	Il Piano sulla tubercolosi si propone di verificare attraverso la sorveglianza attiva sui cinghiali, ed eventualmente sulle popolazioni suine brade controllate attraverso il Piano di eradicazione della PSA, l'eventuale positività al micobatterio su tutto il territorio e in aree in cui la TBC è stata segnalata nel selvatico e/o nel domestico	1- Analisi 2- Stesura bozza 3- Riesame 4- Stesura definitiva 5 Adozione e attuazione	Documenti agli atti, verbali, bozze	Fase attuata (x)/ fasi da attuare (5)	0/5	1/5	2/5	4/5	5/5



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Pianificazione delle azioni

<b>Azione P10.4.6.1</b>	Attuazione del <b>Piano di sorveglianza</b> in popolazioni di animali selvatici per la <b>West Nile Disease (WND)</b>
Descrizione	Al fine dell'individuazione precoce della circolazione virale il Piano prevede un'attività di sorveglianza attiva sugli uccelli sintropici e una di sorveglianza passiva sugli uccelli migratori selvatici. Il Piano verrà attuato nel 2016 e proseguirà nel 2017 e nel 2018
Gruppo beneficiario prioritario	Cittadini, in generale
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione dell'area di sanità animale, allevatori di equini, associazioni di tutela della fauna, Centro regionale trasfusioni e trapianti, province
Prove di efficacia	Controllo periodico delle attività svolte sulla base dell'analisi dei dati raccolti
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per l'azione	Multisettoriale: varietà dei soggetti coinvolti come attori e beneficiari
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi (RM)	Il responsabile del RM sarà individuato in funzione della stesura, all'interno del Piano, della linea di comando.
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili

<b>Azione P10.4.6.2</b>	Attuazione del <b>Piano di sorveglianza</b> per l' <b>Influenza Aviaria</b> in popolazioni di animali selvatici
Descrizione	Realizzazione dell'attività di controllo dell'avifauna stanziale e migratoria per l'individuazione precoce del virus dell'influenza aviaria
Gruppo beneficiario prioritario	Cittadini, in generale
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione dell'area di sanità animale, allevatori di avicoli, associazioni di tutela della fauna, Province.
Prove di efficacia	Controllo semestrale delle attività svolte sulla base della rispondenza del numero dei capi esaminati agli obiettivi del Piano
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per l'azione	Multisettoriale, in relazione alla compartecipazione dei vari operatori del Sistema sanitario, degli Enti locali e delle Istituzioni Regionali
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi (RM)	Il responsabile del RM sarà individuato in funzione della stesura, all'interno del Piano, della linea di comando
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Azione P10.4.6.3</b>	Attuazione del <b>Piano di sorveglianza</b> per la <b>Brucellosi</b> in popolazioni di animali selvatici
Descrizione	Il Piano di sorveglianza sulla brucellosi si propone di individuare la presenza di brucella sul selvatico, attraverso un'azione di sorveglianza attiva sui cinghiali, ed eventualmente sulle popolazioni suine brade controllate attraverso il Piano di eradicazione della PSA, il ruolo di questa specie animale quale ospite di brucella SPP, anche al fine di classificare le specie di brucella presenti
Gruppo beneficiario prioritario	Cittadini, in generale
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione dell'area di sanità animale, allevatori, cacciatori.
Prove di efficacia	Controllo periodico delle attività svolte sulla base della rispondenza del numero dei capi esaminati agli obiettivi del Piano
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per l'azione	Multisettoriale, in relazione alla compartecipazione dei vari operatori del Sistema sanitario, degli Enti locali e delle Istituzioni Regionali
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del RM sarà individuato in funzione della precisa stesura della linea di comando
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili

<b>Azione P10.4.6.4</b>	Attuazione del <b>Piano di sorveglianza</b> per la <b>Tubercolosi</b> in popolazioni di animali selvatici
Descrizione	Il Piano sulla tubercolosi si propone di verificare attraverso la sorveglianza attiva sui cinghiali, ed eventualmente sulle popolazioni suine brade controllate attraverso il Piano di eradicazione della PSA, l'eventuale positività al micobatterio su tutto il territorio e in aree in cui la TBC è stata segnalata nel selvatico e/o nel domestico.
Gruppo beneficiario prioritario	Cittadini, in generale
Setting identificato per l'azione	Intero territorio regionale
Gruppi di interesse	Operatori della prevenzione dell'area di sanità animale, allevatori, cacciatori.
Prove di efficacia	Controllo periodico delle attività svolte sulla base della rispondenza del numero dei capi esaminati agli obiettivi del Piano
Trasversalità (intersectoriale, multisettoriale) per l'azione	Multisettoriale, in relazione alla compartecipazione dei vari operatori del Sistema sanitario, degli Enti locali e delle Istituzioni Regionali
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del RM sarà individuato in funzione della precisa stesura della linea di comando.
Sostenibilità	In funzione delle risorse umane ed economiche disponibili



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cronoprogramma azione P10.4.6.1 Attuazione del **Piano di sorveglianza** in popolazioni di animali selvatici per la **West Nile Disease (WND)**

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 Piano esistente di cui alla Determina del D.G della Sanità 7 aprile 2015, n. 245	Gruppo di programmazione Assessorato -ASL-IZS														
2 Analisi dei dati	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS														
3 Riesame, verifica, rimodulazione,	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS														
4 Attuazione nel 2016. Il Piano proseguirà nel 2017 e nel 2018	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS														

Cronoprogramma azione P10.4.6.2 Attuazione del **Piano di sorveglianza** per l'**Influenza Aviaria** in popolazioni di animali selvatici

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 Analisi	Gruppo di programmazione Assessorato -ASL-IZS														
2 Stesura bozza	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS														
3 Riesame	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS														
4 Stesura definitiva	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS														
5 Adozione e attuazione del piano	Gruppo di programmazione Assessorato -ASL-IZS														



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cronoprogramma azione P10.4.6.3 Attuazione del **Piano di sorveglianza** per la **Brucellosi** in popolazioni di animali selvatici

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 Analisi	Gruppo di programmazione Assessorato -ASL-IZS	■	■												
2 Stesura bozza	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS			■	■	■	■								
3 Riesame	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS							■	■						
4 Stesura definitiva	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS									■	■				
5 Adozione e attuazione del piano	Gruppo di programmazione Assessorato -ASL-IZS											■	■	■	■

Cronoprogramma azione P10.4.6.4 Attuazione del **Piano di sorveglianza** per la **Tubercolosi** in popolazioni di animali selvatici

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 Analisi	Gruppo di programmazione Assessorato -ASL-IZS	■	■												
2 Stesura bozza	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS			■	■	■	■								
3 Riesame	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS							■	■						
4 Stesura definitiva	Gruppo di programmazione Assessorato ASL - IZS									■	■				
5 Adozione e attuazione del piano	Gruppo di programmazione Assessorato -ASL-IZS											■	■	■	■



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**PROGRAMMA P 10.5 OBIETTIVO GENERALE 10.8** “Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi”

## **Descrizione del programma**

### **Introduzione**

Nell'ambito del Piano Nazionale Prevenzione 2014 - 2018, la Prevenzione del Randagismo costituisce Obiettivo Centrale, con conseguente programmazione e messa in campo di tutti gli strumenti che possano, se non eliminarlo, sicuramente controllare un fenomeno che ogni anno comporta alla collettività tutta una serie di conseguenze, che vanno da quelle sanitarie a quelle economiche, passando per quelle sociologiche, che non si possono più ignorare.

Il raggiungimento di questo Obiettivo prevede il coinvolgimento di Comuni, Associazioni di volontariato, e veterinari libero professionisti.

Obiettivo centrale è: **prevenire il randagismo, comprese le misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali d'affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi.**

Per il suo sviluppo sono stati individuati, rispettivamente, i seguenti indicatori centrali:

- Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target;
- Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe canina regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero dei cani catturati
- Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio.

Per perseguire l'obiettivo centrale, si è scelto di sviluppare il Programma P-10.5

La Regione Sardegna si è dotata, oltre alla L.R. 21 del 18 maggio 1994 e al DPG n° 1/1999, di Direttive in materia di Lotta al randagismo e protezione degli animali da affezione, approvate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 17/39 del 27 aprile 2010, che costituiscono le “linee guida” e prescrivono obiettivi, azioni, procedure per affrontare il problema randagismo.

Malgrado i notevoli progressi non si è ancora ottenuta, in ambito regionale, una uniforme standardizzazione delle procedure. Con il presente programma si vuole raggiungere tutta la popolazione che ha interessi verso i cani (*stakeholders*), con l'informazione, garantire l'implementazione dell'anagrafe canina e garantire il benessere dei cani ospitati nei canili.

### **Azioni da attuare per lo sviluppo del programma**

In merito alla attività di formazione rivolta a popolazioni target questa sarà sviluppata con azioni specifiche e mirate all'aumento della consapevolezza dei doveri dei proprietari dei cani e soprattutto alla formazione del personale che a pieno titolo opera nel campo del randagismo. In particolare saranno coinvolte le popolazioni scolastiche, con interessamento degli Uffici Scolastici, i proprietari dei cani col rilascio del così detto “patentino”, le polizie municipali e le guardie zoofile, pieni attori sulla vigilanza della L.R. n.21/94, il personale che opera all'interno dei canili e le associazioni di volontariato ed infine il coinvolgimento dei veterinari LL.PP.

L'aumento delle attività di identificazione dei cani verrà realizzata facilitando l'accesso dell'utenza al servizio pubblico di anagrafe, con il coinvolgimento delle associazioni di categoria, venatorie e di volontariato. Azioni particolari verranno indirizzate all'incremento dell'identificazione dei cani delle aziende zootecniche. Verrà creato un sistema per il rilevamento della entità dei cani anagrafati restituiti al proprietario rispetto al totale cani catturati, che rappresenta un indicatore accertato per valutare l'incremento nel territorio del numero dei cani anagrafati.

Per l'implementazione delle attività che garantiscano l'utilizzo dell'indicatore “Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio” è prevista la realizzazione di una check-list che garantisca una standardizzazione dei controlli considerando che le Direttive regionali prescrivono un minimo di due controlli/anno in ciascun canile.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## PROGRAMMA P 10.5 OBIETTIVO GENERALE 10.8

### Obiettivi e Indicatori

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valore di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.8	Prevenire il randagismo, comprese le misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi.	10.8.1 Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione e rivolti alle popolazioni target	Campagne di comunicazione contro l'abbandono degli animali 2008-2009-2011-2012 (a)	Negli anni scorsi sono stati organizzati e realizzati nelle diverse ASL della Sardegna corsi di formazione per popolazioni target : proprietari di cani (patentino), scuole, guardie zoofile, e incontri con veterinari liberi professionisti e rappresentanti delle amministrazioni comunali. Il numero e la frequenza degli eventi non è stata omogenea in tutto il territorio regionale	100% In ogni Regione è realizzato un Piano di informazione/comunicazione rivolto alla popolazione, finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale.	100% Realizzazione di : 1) n 1/anno/ASL interventi di educazione sanitaria nelle scuole 2) n 1/3 anni/ASL corsi di formazione destinati ai proprietari dei cani (patentino) 3) n 1/anno/ASL incontri di formazione destinati alla polizia municipale e alle guardie zoofile 4) Organizzazione n 1 incontro/3 anni/ASL con veterinari liberi professionisti 5) Realizzazione n 1 corso/3 anni/ASL di formazione per gestori e operatori dei canili 6) Organizzazione n 1 incontro /anno /ASL con personale delle associazioni di volontariato 7) Campagna regionale di informazione rivolta a tutta la popolazione
		10.8.2 Proporzioni di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario rispetto al numero dei cani catturati	32,33% - media nazionale su 17 Regioni e Province autonome che hanno trasmesso il dato ( Attualmente la situazione si presenta con un notevole grado di eterogeneità tra le regioni) (b)	Non rilevato. Tale dato non è stato registrato e valutato adeguatamente in tutto il territorio regionale	Incremento assoluto di almeno il 10% su base nazionale, valore ottenibile definendo obiettivi differenziati secondo il valore baseline regionale 2014: almeno il raggiungimento della media nazionale rilevata al 2014 (32,33%) per le regioni al di	100% Raggiungimento della media nazionale rilevata al 2014 (32,33%)



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## PROGRAMMA P 10.5 OBIETTIVO GENERALE 10.8

### Obiettivi e Indicatori

	Obiettivi generali	Indicatori di programma	Valore di partenza (2015)		Valore atteso per il 2018	
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
Obiettivo 10.8					sotto del 25%; Incremento del 15% per le regioni tra il 25% e il 35%, incremento del 10% per le regioni tra il 35,01% e il 45%; Incremento del 5% per le regioni tra il 45,01% e il 55,00%; mantenimento del valore attuale per le regioni con valore > 55%	
		10.8.3. Proporzioni di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	Il numero dei controlli attualmente non è rilevato in maniera standardizzata. Il numero di strutture (904) discende dalla rendicontazione 2011 <b>(c)</b>	Non rilevato in maniera standardizzata.	100% In ogni Regione è svolto almeno un controllo/anno per ciascun rifugio e canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario della ASL	100% Costituzione della Commissione tecnica e stesura di una check-list standard 100 % Esecuzione di due controlli/anno documentati in ciascun canile/rifugio

#### **Definizioni operative :**

- (a)** Realizzazione nell'ambito del programma di prevenzione del randagismo (art 3 della Legge 281/91) di un piano di informazione ed educazione circa il possesso responsabile degli animali da affezione, degli obblighi di identificazione e delle condizioni di benessere animale;
- (b)** L'identificazione dei cani attraverso un microchip e la conseguente iscrizione nell'anagrafe degli animali da affezione costituiscono uno dei principali strumenti di prevenzione del randagismo. All'interno della popolazione di cani vaganti sul territorio l'identificazione consente la restituzione al legittimo proprietario ed il richiamo a forme di possesso responsabile degli animali. La percentuale di cani vaganti catturati già microchippati - pertanto restituibili ai proprietari - sul totale dei catturati è un indicatore che misura il grado di diffusione dello strumento "anagrafe" sul territorio regionale. L'indicatore si ritiene soddisfatto se il numero di cani catturati nel territorio regionale, risultati identificati ed iscritti, è in incremento rispetto al numero dei cani catturati totali;
- (c)** Ai sensi dell' articolo 24 del regolamento di polizia veterinaria i canili/rifugi sono soggetti a controlli da parte dei servizi veterinari competenti con una frequenza appropriata

#### **SPECIFICHE PER LA NOMENCLATURA CHE SEGUE:**

**P10.5** identifica il programma **P10.5**

**P10.5.8.1 - P10.5.8.2 - P10.5.8.3 - P10.5.8.4 - P10.5.8.5 P10.5.8.6 - P10.5.8.7, ecc.:** identifica le 11 azioni nell'ambito dell'obiettivo centrale 10.8, che saranno sviluppate nel programma **P10.5**





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Quadro delle azioni: Pianificazione delle azioni

Azione/progetto	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Formola calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
PROGETTO P 10.5.8 Realizzazione di <b>un piano di formazione/informazione/</b> educazione circa il possesso responsabile degli animali da affezione, degli obblighi di identificazione e delle condizioni di benessere animale  AZIONI DA 1 A 7 (come meglio descritto nella pianificazione delle azioni)	1) Realizzazione di interventi di <b>educazione sanitaria rivolto alla popolazione scolastica</b>	Fasi di attuazione: 1) analisi contesto 2) pianificazione con ufficio scolastico regionale e uffici scolastici provinciali 3) riunioni scuole e attuazione interventi 4) attuazione interventi	Documenti e Verbali incontri	Fase attuata (x)/fasi da attuare (3)	0/4	1/4	2/4	3/4	4/4
	2) Realizzazione corsi di <b>formazione</b> destinati ai <b>proprietari dei cani</b> (patentino)	Fasi di attuazione: 1) analisi contesto 2) pianificazione e organizzazione corsi i tra ASL e comuni 3) attuazione corsi	Documenti e Verbali incontri Patentino rilasciato	Fase attuata (x)/fasi da attuare (3)	0/3	2/3	3/3		
	3) Realizzazione corsi di <b>formazione</b> destinati alla <b>Polizia Municipale e alle Guardie Zoofile</b>	Fasi di attuazione: 1) analisi contesto 2) pianificazione e coinvolgimento interessati 3) attuazione corsi ed incontri	Documenti, atti e attestati	Fase attuata (x)/fasi da attuare (3)	0/3	1/3	3/3		
	4) Organizzazione <b>incontri</b> con <b>veterinari</b> libero professionisti	Fasi di attuazione: 1) organizzazione incontri con coinvolgimento Presidenti degli Ordini 2) attuazione incontri	Verbali degli incontri	Fase attuata (x)/fasi da attuare (2)	0/2	1/2	2/2		
	5) Realizzazione corsi di <b>formazione per gestori e operatori dei canili</b>	Fasi di attuazione: 1) analisi contesto e valutazione gradimento dell'iniziativa 2) pianificazione corsi 3) attuazione corsi	Documenti verbali e attestati	(x)/fasi da attuare (3)	0/3	1/3	3/3		



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Formola calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
Azione/progetto	6) Realizzazione <b>incontri</b> con personale delle <b>associazioni di volontariato</b>	Fasi da attuare: 1) analisi contesto 2) pianificazione incontri 3) realizzazione incontri 4) realizzazione incontri 5) realizzazione incontri	Verbali incontri	(x)/fasi da attuare (3)	0/5	1/5	3/5	4/5	5/5
	7) <b>Campagna di informazione regionale</b>	Fasi di attività: 1) analisi contesto 2) pianificazione interventi 3) realizzazione attività	Verbali, documenti	(x)/fasi da attuare (3)	0/3	1/3	3/3		
P 10.5.8.8 Incremento della identificazione dei cani mediante aumento della fruibilità del servizio attraverso orari diversificati, prenotazioni telefoniche, informazioni specifiche sul sito web aziendale; incremento della <b>anagrafe dei cani</b> da pastore	Incremento delle attività di anagrafe canina in tutti i comuni della Sardegna con giornate dedicate a utenze specifiche (associazioni venatorie, associazioni di volontariato, aziende zootecniche ).	Fasi di attività : 1)analisi contesto 2)pianificazione interventi 3) realizzazione attività 4) realizzazione attività 5) realizzazione attività  Incremento della % di cani anagrafati/abitante	BDR/ISTAT documenti e verbali	(x)/fasi da attuare (3)	0/5	2/5	3/5	4/5	5/5
				N. cani anagrafati / abitanti	0,22	0,22	0,23	0,24	0,25
P 10.5.8.9 Redigere una <b>procedura per la rilevazione puntuale del dato</b> con coinvolgimento degli attori interessati	Miglioramento della rilevazione dell' incremento del rapporto cani microcchippati restituiti al proprietario e cani introdotti in canile	Fasi di attività 1) analisi contesto 2) redazione della procedura 3) applicazione procedura e rendicontazione 4) rendicontazione 5) rendicontazione	Documenti, verbali e procedure	Adozione della procedura con atto formale. Evidenza della sua applicazione con la rendicontazione e trasmessa dalle ASL (8 ASL/8 ASL)	0/5	1/5	3/5	4/5	5/5



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azione/progetto	Obiettivo specifico	Indicatori	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
						2015	2016	2017	2018
P 10.5.8.10 Costituzione della Commissione tecnica per la <b>stesura</b> di una <b>check-list</b> al fine della rilevazione standardizzata dei controlli svolti.	Realizzare una check-list in modo da assicurare giudizi uniformi sulla variegata tipologia di strutture di accoglienza (38 nel 2014)	Fasi di attuazione: 1- Costituzione commissione 2- Analisi di un campione rappresentativo di canili 3- Stesura della bozza di check-list 4- Revisione e validazione	Norme cogenti, Direttive regionali, Documenti, verbali dei controlli a campione	Fase attuata (x)/fasi da attuare (4)	0/4	2/4	3/4	4/4	
P 10.5.8.11 <b>Svolgimento</b> da parte dei Servizi veterinari competenti, secondo le procedure operative predisposte allo scopo, di due <b>controlli/anno in ciascun canile</b> sanitario o rifugio.	Eseguire due controlli a cadenza semestrale sul mantenimento dei requisiti strutturali e gestionali dei canili che svolgono funzioni pubbliche.	Fasi di attuazione: 1) Analisi contesto e programmazione 2) Esecuzione controlli 3) Esecuzione controlli 4) Esecuzione controlli	Check-list, SISAR-VET relazione annuale	Controlli effettuati/ N° canili registrati - triennio 2016-2018	0/4	1/4	2/4	3/4	4/4



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Pianificazione delle azioni

Azione P 10.5.8: 1-2-3-4-5-6-7	<b>Realizzazione di un piano di formazione/informazione/ educazione circa il possesso responsabile degli animali da affezione, degli obblighi di identificazione e delle condizioni di benessere animale</b>
Descrizione	1) Realizzazione di almeno n.1 intervento/anno/ASL all'anno di educazione sanitaria rivolto alla popolazione scolastica 2) Realizzazione di almeno n 1 corso di formazione/triennio/ASL destinato ai proprietari dei cani (patentino) per triennio per ASL 3) Realizzazione di almeno n.1 corso di formazione/triennio/ASL destinati alla polizia municipale e alle guardie zoofile per ASL 4) Organizzazione di almeno n.1 incontro/triennio/ASL, con veterinari liberi professionisti 5) Realizzazione di almeno n.1 corso di formazione/triennio/ASL, per gestori e operatori dei canili 6) Organizzazione di almeno n.1 incontro/anno/ASL con personale delle associazioni di volontariato 7) Campagna regionale di informazione rivolta a tutta la popolazione
Gruppo beneficiario prioritario	Popolazione target destinataria delle attività di formazione, formazione ed educazione sanitaria: ragazzi in età scolare; proprietari di cani; amministrazioni comunali, guardie zoofile, compagnie barraccellari; veterinari LLPP che si occupano di cani; operatori dei canili; associazioni di volontariato e la popolazione tutta
Setting identificato per l'azione	Tutto il territorio della Sardegna
Gruppi di interesse	I gruppi di interesse coincidono con i destinatari della formazione,
Prove di efficacia	Confronto con procedure operative realizzate in altre regioni
Trasversalità (intersettoriale, multi-settoriale) per l'azione	L'azione è caratterizzata da interventi trasversali con la caratteristica della multisettorialità e la intersettorialità, mirata al raggiungimento del medesimo obiettivo da parte delle diverse istituzioni e settori
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del servizio competente dell'Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale
Sostenibilità	In funzione delle risorse disponibili

Azione P 10.5.8.8	<b>Incremento della identificazione dei cani mediante aumento della fruibilità del servizio attraverso orari diversificati, prenotazioni telefoniche, informazioni specifiche sul sito web aziendale; incremento della anagrafe dei cani da pastore.</b>
Descrizione	Incremento delle attività di anagrafe canina in tutti i comuni della Sardegna, con giornate dedicate a utenze specifiche (associazioni. venatorie, associazioni di volontariato, aziende zootecniche ).
Gruppo beneficiario prioritario	Proprietari di cani
Setting identificato per l'azione	Tutto il territorio regionale
Gruppi di interesse	Amministrazioni locali, associazioni di volontariato, ambientaliste, venatorie, servizi AASSLL, veterinari LL.PP.
Prove di efficacia	Confronto con procedure operative e risultati realizzati in altri contesti nazionali e valutazione incremento della % dei cani restituiti sui catturati
Trasversalità (intersettoriale, multi-settoriale) per l'azione	Multisettoriale per il coinvolgimento dei comuni, AASSLL, associazioni e veterinari LL.PP.
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del servizio competente dell'Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale
Sostenibilità	In funzione delle risorse disponibili



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Pianificazione delle azioni

Azione P 10.5.8.9	<b>Redigere una procedura per la rilevazione puntuale del numero dei cani identificati e restituiti al proprietario rispetto al numero di cani catturati, con coinvolgimento degli attori interessati</b>
Descrizione	Redazione della procedura, distribuzione, applicazione e rendicontazione
Gruppo beneficiario prioritario	Proprietari di cani
Setting identificato per l'azione	Tutto il territorio regionale
Gruppi di interesse	Amministrazioni locali, associazioni di volontariato, ambientaliste, venatorie, servizi AASSLL, veterinari LL.PP.
Prove di efficacia	Confronto con procedure operative e risultati realizzati in altri contesti nazionali e valutazione incremento della % dei cani restituiti sui catturati
Trasversalità (intersettoriale, multi-settoriale) per l'azione	Multisetoriale per il coinvolgimento dei comuni, AASSLL, associazioni, veterinari LL.PP.
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del servizio competente dell'Assessorato Igiene, Sanità e Assistenza Sociale
Sostenibilità	In funzione delle risorse disponibili

Azione P 10.5.8.10	<b>Costituzione della Commissione tecnica per la stesura di una check-list al fine della rilevazione standardizzata dei controlli svolti.</b>
Descrizione	Individuare i componenti della Commissione tecnica prevista al paragrafo 17 delle Direttive regionali approvate con D.G.R. 17/39 del 27.04.2010. Esecuzione delle verifiche, da parte dei componenti, su un numero rappresentativo dei canili presenti in Regione, al fine della stesura di una check-list che consenta redazione di una procedura standardizzata per la valutazione qualitativa e quantitativa delle prestazioni offerte dalle strutture.
Gruppo beneficiario prioritario	Comuni che devono valutare i canili nelle gare d'appalto per le convenzioni
Setting identificato per l'azione	Tutto il territorio regionale
Gruppi di interesse	Cittadini in generale ( <i>stakeholders</i> ), in quanto possibili proprietari di animali che occasionalmente possono essere ospitati nelle strutture, attraverso le loro rappresentanze istituzionali (Comuni) e attraverso le Associazioni animaliste e protezionistiche. Stampa, mezzi di informazione, social network.
Prove di efficacia	Confronto con modelli/standard di altre Regioni
Trasversalità (intersettoriale, multi-settoriale) per l'azione	Almeno multidisciplinare, in quanto fra gli esperti sono coinvolti funzionari dell' Amministrazione regionale (sanità e ambiente), veterinari delle AASSLL
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile del RM sarà il Responsabile del settore nel competente Servizio di prevenzione regionale
Sostenibilità	Necessaria la condivisione delle amministrazioni pubbliche da cui dipendono i componenti della Commissione



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Pianificazione delle azioni

Azione P 10.5.8.11	<b>Svolgimento da parte dei Servizi veterinari competenti, secondo le procedure operative predisposte allo scopo, di due controlli/anno in ciascun canile sanitario o rifugio.</b>
Descrizione	Esecuzione a cadenza semestrale dei controlli documentati dei canili che svolgono funzioni pubbliche per verificare il mantenimento dei requisiti strutturali e gestionali.
Gruppo beneficiario prioritario	Gestori dei canili (Comuni, associazioni di categoria e privati)
Setting identificato per l'azione	Tutto il territorio regionale
Gruppi di interesse	Cittadini in generale ( <i>stakeholders</i> ), in quanto possibili proprietari di animali che occasionalmente possono essere ospitati nelle strutture, attraverso le loro rappresentanze istituzionali (Comuni) e attraverso le Associazioni animaliste e protezionistiche. Stampa, mezzi di informazione, social network.
Prove di efficacia	Analisi critica dei risultati pianificati gli anni precedenti.
Trasversalità (intersettoriale, multisettoriale) per l'azione	Multisettoriale, in quanto è necessario il coinvolgimento dei Comuni (responsabili di procedimento per la lotta al randagismo e polizie locali), dei gestori privati, delle associazioni di volontariato che operano o come gestori o come portatori di interessi (adozioni).
Attività principali	Vedi cronoprogramma
Rischi e management dei rischi	Il responsabile regionale del RM sarà il Responsabile del settore nel competente Servizio di prevenzione regionale, a livello locale sarà il Responsabile di procedimento per la Lotta al randagismo di ciascuna ASL.
Sostenibilità	Necessaria, perché la procedura costituisce un'attività "cogente" nel contesto delle attività finalizzate alla lotta al randagismo.













REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cronoprogramma azione P 10.5.8.10 Costituzione della Commissione tecnica per la **stesura** di una **check-list** al fine della rilevazione standardizzata dei controlli svolti.

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 Atti formali costituzione Commissione	Gruppo di programmazione		■												
2 Analisi canili campione	Commissione tecnica prevista dall'art.17 delle Direttive regionali del 27.04.2010.		■	■	■										
3 Stesura check-list	Commissione tecnica prevista dall'art.17 delle Direttive regionali del 27.04.2010.(Assessorato)				■	■									
4 Revisione e validazione	Commissione tecnica- ASL- Assessorato					■									

Cronoprogramma azione P 10.5.8.11 **Svolgimento** da parte dei Servizi veterinari competenti, secondo le procedure operative predisposte allo scopo, di due **controlli/anno in ciascun canile** sanitario o rifugio.

Attività	Responsabile	2015		2016				2017				2018			
		III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1 Esecuzione controlli (prima annualità di 3)	ASL					■	■								
2 Esecuzione controlli (seconda annualità di 3)	ASL							■	■	■	■				
3 Esecuzione controlli (terza annualità di 3)	ASL											■	■	■	■



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

# **PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018**

## **SEZIONE B:**

### **PIANO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

## PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018

### SEZIONE B: PIANO DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

L'Intesa Stato-Regioni n. 156/CRS del 13.11.2014, nell'approvare il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, ha stabilito, tra l'altro, all'art. 1, c. 6, che i criteri per la valutazione e la certificazione dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP) sarebbero stati individuati con apposito Accordo Stato-Regioni entro il 31.01.2015.

Tale Accordo Stato-Regioni è stato sancito in data 25.03.2015, Rep. n. 56/CSR, sul documento recante "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 – Documento di valutazione", che esplicita gli obiettivi, i requisiti, i criteri, l'oggetto della valutazione e le regole e la tempistica della certificazione dei PRP.

Il suddetto Documento stabilisce, tra l'altro, che la struttura del PRP deve prevedere il Piano di monitoraggio e valutazione che definisce:

- gli indicatori centrali dei Quadri Logici centrali (QLc);
- gli standard regionali al 2018 degli indicatori centrali dei QLc, individuati tenuto conto degli standard riportati all'Allegato 1 del Documento medesimo, con la precisazione che tutte le regioni definiscono il valore dello standard regionale tenendo conto della differenza tra il rispettivo valore baseline regionale e lo standard nazionale e fermo restando che tutte le Regioni devono concorrere al raggiungimento dello standard nazionale;
- gli indicatori sentinella, da individuare tra gli indicatori di processo di ogni programma - che devono essere idonei a valutare e documentare l'avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici - esplicitandone, secondo quanto indicato nel punto 16 dell'Allegato 2 del Documento medesimo, definizione, fonte informativa (che deve essere, ove possibile, costituita da registri, sorveglianze e sistemi informativi a dimensione nazionale - ISTAT, PASSI, OKKIO, SDO, sistema informativo screening etc. - o quanto meno regionale), numeratore (ove applicabile), denominatore (ove applicabile), formula di calcolo (ove applicabile), valore baseline (ove applicabile) ed i relativi standard per ogni anno.

In coerenza con quanto stabilito nel punto 3.5.2 del succitato Documento di valutazione facente parte integrante dell'Accordo Stato-Regioni n. 56/CSR del 25.03.2015 e nel punto 16 dell'Allegato 2 di tale Documento, il presente Piano di monitoraggio e valutazione del PRP comprende per ciascuno dei 24 Programmi gli elementi riportati nelle apposite griglie di questa sezione.

Gli Indicatori Sentinella sono stati individuati in funzione della loro idoneità a misurare/documentare lo stato di avanzamento dei Programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici e rispondono anche all'esigenza di essere facilmente e rapidamente misurabili, anche a livello aziendale, consentendo di apportare, nell'immediato, le eventuali misure correttive alle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

Il monitoraggio sarà svolto a livello locale dai referenti per l'attuazione di ciascun Programma individuati con specifico atto della Direzione Generale aziendale. Tali referenti di programma riferiranno in merito al monitoraggio, con cadenza minima semestrale, ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione ai quali fa capo la stewardship e governance del PRP. I Direttori dei Dipartimenti dovranno, sulla base dei dati di monitoraggio raccolti, individuare, in accordo con i referenti del programma e con i responsabili delle strutture organizzative interessate, le eventuali azioni correttive.

Il monitoraggio sarà svolto a livello regionale attraverso la costituzione di una cabina di regia composta sia da personale regionale, sia da personale delle Aziende Sanitarie acquisito anche con progetto obiettivo regionale o appositamente selezionato con l'utilizzo delle risorse finanziarie destinate al coordinamento delle attività del PRP 2014 – 2018.



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La cabina di regia sarà costantemente supportata nelle attività di monitoraggio dai componenti dei Gruppi di programmazione.

La cabina di regia e i Gruppi di programmazione avranno il compito di:

- raccogliere, entro il 28 febbraio di ciascun anno, adeguata e documentata rendicontazione, relativa all'annualità precedente, inerente lo stato di avanzamento del PRP a livello locale;
- predisporre, entro il 20 marzo di ciascun anno, adeguata e documentata rendicontazione, relativa all'annualità precedente, inerente lo stato di avanzamento del PRP, ai fini della certificazione.

A supporto del monitoraggio e valutazione del PRP dovranno essere utilizzati e/o approntati i necessari strumenti, quali:

- la rete epidemiologica della Sardegna (Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) e Centri Epidemiologici aziendali (CEA),
- sistemi di sorveglianza,
- sistemi informativi,
- registri di patologia, compreso il registro tumori.

Il presente Piano di monitoraggio e valutazione del PRP comprende, per ciascuno dei 24 Programmi, i seguenti elementi riportati in apposite griglie:

- gli indicatori centrali del QLc con
  - i valori baseline nazionali e regionali;
  - i valori attesi al 2018 (standard) a livello nazionale, corrispondenti a quelli riportati nell'Allegato 1 del predetto Documento di valutazione, e a livello regionale, individuati tenuto conto dei suddetti standard nazionali, della differenza tra il rispettivo valore baseline regionale e lo standard nazionale, dei programmi messi in campo;
- gli indicatori sentinella del Quadro Logico regionale (QLr) con esplicitazione di
  - definizione;
  - fonte informativa;
  - formula di calcolo;
  - valore baseline;
  - relativi standard per ogni anno.

## Programma P-1.1 Una scuola in salute

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
1.1 Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	1.1.1 Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	Da definire nell'ambito delle Azioni centrali di supporto al PNP di cui al Paragrafo 1.3 del PNP 2014-2018 (Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014)				numero di Enti/ Istituzioni che hanno stipulato accordi/ protocolli d'intesa con la RAS	Documentazione comprovante gli accordi /protocolli d'intesa stipulati	numero di Enti/ Istituzioni che hanno stipulato accordi/ protocolli d'intesa con la RAS	0	0	1	2	3
	1.1.2 Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi												
1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol) nella popolazione giovanile ed adulta	1.3.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Ogni regione individua il proprio valore baseline	Non rilevato	Ogni regione individua il suo standard <sup>1</sup>	+15%	Proporzione Istituzioni scolastiche (Istituti comprensivi, circoli didattici, singole scuole) che aderiscono al network NeSS per area territoriale	Documentazione comprovante l'adesione al network NeSS	Numeratore: Numero di Istituzioni scolastiche (Istituti comprensivi, circoli didattici, singole scuole) che aderiscono al network NeSS per area territoriale Denominatore: numero totale di Istituzioni scolastiche per area territoriale	0		10%	25%	40%
3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	3.1.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Ogni regione individua il proprio valore baseline	Non rilevato	Ogni regione individua il suo standard <sup>1</sup>	+15%	Numero di iniziative di formazione e comunicazione sulla metodologia e gli strumenti del NeSS realizzati a favore degli operatori delle Istituzioni ed Enti aderenti al network	Registri di raccolta firme di partecipazione agli eventi informativi e documentazione inerente le iniziative di	Numero di iniziative di formazione e comunicazione sulla metodologia e gli strumenti del NeSS realizzati a favore degli operatori delle Istituzioni ed enti aderenti al network	0	0	1	2	3
4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	4.1.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Ogni regione individua il proprio valore baseline	Non rilevato	Ogni regione individua il suo standard <sup>1</sup>	+30%								

<sup>1</sup> Lo standard naz. è: 100% delle regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
<b>7.6</b> Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	<b>7.6.1</b> Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Ogni regione individua il proprio valore baseline	Non rilevato	Ogni regione individua il suo standard <sup>1</sup>	+15%	Numero di Interventi inseriti nel catalogo regionale NESS	comunicazione  Evidenza documentale degli interventi inseriti nel catalogo regionale NeSS	Numero di interventi inseriti nel catalogo regionale NeSS	0	3	4	5	6
<b>8.11</b> Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	<b>8.11.1</b> Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica	Non rilevato	Non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Evidenza di almeno un intervento come da indicatore 8.11.1								
<b>8.12</b> Sensibilizzare la popolazione soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	<b>8.12.1</b> Interventi informativi alla popolazione in particolare ai giovani e giovanissimi sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	Non rilevato	Non rilevato	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Evidenza di almeno un intervento informativo come da indicatore 8.12.1								



## Programma P-1.2 Comunità in salute

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
<b>1.1</b> Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	<b>1.1.1</b> Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti  <b>1.1.2</b> Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi	Da definire nell'ambito delle Azioni centrali di supporto al PNP di cui al Paragrafo 1.3 del PNP 2014-2018 (Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014)				Vedi P-1.1.Una Scuola in Salute							
<b>1.2</b> Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al 6° mese (180 giorni di vita)	Prevalenza dei bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	52.6 %	50.3%	+ 25 %	+ 25 %	Proporzione di operatori dei Consultori, della pediatria di libera scelta e dei punti nascita formati	Registri di raccolta firme di partecipazione agli eventi formativi	<i>Numeratore:</i> Numero di Operatori dei Consultori, della pediatria di libera scelta e dei punti nascita Format. <i>Denominatore</i> Tot. Operat. Consultori, punti nascita e Pediatri di libera scelta	Non rilevato	0%	30 %	50 %	70%
<b>1.4</b> Ridurre il numero dei fumatori	Prevalenza dei fumatori nella popolazione	27.2 %	27.1 %	- 10%	- 5 %	Atti di indirizzo regionale per la promozione della salute nel setting comunità	Documentazione inerente l'adozione e di indirizzi regionali specifici	Numero di atti di indirizzo regionale per la promozione della salute nel setting Comunità	0	0	2	4	6
<b>1.5</b> Estendere la tutela del fumo passivo	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	91.4 %	92,4 %	+ 5%	+4%								
<b>1.6</b> Ridurre il consumo di alcol a rischio	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	16.7 %	19.3 %	- 15 %	- 15%								
<b>1.7</b> Aumentare il consumo di frutta e verdura	Prevalenza delle persone che consumano 3 o più porzioni di frutta e verdura al giorno	46.7%	55,9%	+ 10%	+ 10%								
<b>1.8</b> Ridurre il consumo eccessivo di sale	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del sale	88.6%	88 %	+ 5%	+ 5%								



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale	33.1%	32,5	-30%	- 30%	Proporzione di ASL che hanno attivato i corsi di formazione per il counselling breve	Documentazione ASL (es registro che associa a nome, cognome e recapito della donna l'aver ricevuto informazioni sull'allattamento)	Numero di aziende sanitarie che hanno attivato i corsi di formazione per il counseling breve/numero di aziende sanitarie	0%	0%	30%	70%	100%
<b>1.9</b> Aumentare l'attività fisica delle persone	<b>1.9.1</b> Prevalenza di soggetti fisicamente attivi	33.4 %	37.7%	+ 30%	+ 30%								
	<b>1.9.2</b> Proporzione di ultra 64 anni fisicamente attivi	60% (punteggio PASE= 78 per il 40% degli over 65 anni 2012/2013)	67,1%	+ 15 %	+15%								
	<b>1.9.3</b> Tasso di ospedalizzazione per fratture ( soggetti di età < 75 anni )	13,04 ogni 1000 abitanti	12,86 ogni 1000 abitanti	-15%	-15%								
<b>6.2</b> Aumentare il livello di attività fisica negli ultra 64 anni	Vedi indicatore 1.9.2												

**Programma P-1.3 Identificazione precoce dei soggetti a rischio di malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e presa in carico sistemica**

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.1 Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia di età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	Non rilevato	Non presente	100% (tutte le regioni hanno realizzato lo studio di fattibilità entro il 2016)	Studi di fattibilità realizzati entro il 2016	Stato di avanzamento dello studio di fattibilità attraverso le seguenti fasi: 1. costituzione del Gruppo di progetto multidisciplinare 2. evidenza del documento di fattibilità	Documentazione inerente lo stato di avanzamento dello studio di fattibilità	NA	-	Evidenza 1° fase	Evidenza documento		
	1.10.2 Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e di adesione (entro il 2018)	Non rilevato	Non presente	100% (tutte le regioni hanno il programma)	Programma attivato nella ASL pilota	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma sulla popolazione target	Sistema informativo specifico /Software regionale specifico	Numero persone invitate/popolazione target	0	0%	0%	10%	20%
	1.10.3 Proporzioni di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	Anno 2013: 51,5%	Anno 2013: 68,6	+30%	+30%	Proporzioni di ASL che hanno formato il personale sanitario coinvolto nei percorsi	Registri di raccolta firme di partecipazioni e agli eventi informativi	Numero di ASL che hanno formato il personale sanitario coinvolto nei percorsi /numero totale di ASL	0			50%	100%
	1.10.4 Proporzioni di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	Anno 2013: 51,4%	Anno 2013: 50,9	+30%	+30%								
	1.10.5 Proporzioni di consumatori di alcol che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	Anno 2013: 6,2%	Anno 2013: 8,9	+300%	+300%								
	1.10.6 Proporzioni di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	Anno 2013: 40,9%	Anno 2013: 48,9	+30%	+30%								



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
1.11 Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	1.11.1 Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche entro il 2016 e loro attuazione entro il 2018	Non rilevato	Non presente	100% (tutte le regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016 e hanno attuato gli indirizzi regionali entro il 2018)	Indirizzi adottati entro il 2016 e attuati entro il 2018	Stato di avanzamento del documento di indirizzo regionale sulla promozione prescrizione dell'esercizio fisico attraverso le seguenti fasi: 1. costituzione del Gruppo di coordinamento regionale 2. Evidenza del documento di indirizzo regionale	Documentazione comprovante i lavori di elaborazione degli indirizzi (costituzione Gruppo tecnico Verbali riunioni ) e adozione del documento di indirizzo regionale	NA	-	Evidenza 1° fase	Evidenza documento		
						Proporzioni di ASL che hanno costituito e formato l'equipe multidisciplinare	Atti formali di costituzione delle equipe multidisciplinari e registri di raccolta firme di partecipazione e agli eventi informativi	Numero di ASL che hanno costituito e formato l'Equipe multidisciplinare/numero totale di ASL	0	0	0	50%	100%

**Programma P - 1.4 Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening organizzato e presa in carico sistemica**

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
1.12 Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	1.12.1 Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICE UTERINA sulla popolazione bersaglio	Anno 2012: 77%	Anno 2013: 65,7%	+30% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	+55% (per raggiungere il 100% della popolazione bersaglio)	Percentuale di donne che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della cervice uterina sulla popolazione bersaglio	Dati ONS Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> donne che ricevono l'invito a partecipare allo screening in un determinato anno <i>Denominatore:</i> popolazione target annuale	65,7%	68%	75%	85%	100%
	1.12.2 Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio	Anno 2012: 73%	Anno 2013: 63,7%	+37% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	+58% (per raggiungere il 100% della popolazione bersaglio)	Percentuale di donne che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening mammografico sulla popolazione bersaglio	Dati ONS Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> donne che ricevono l'invito a partecipare allo screening in un determinato anno <i>Denominatore:</i> popolazione target annuale	63,7%	65%	75%	85%	100%
	1.12.3 Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio	Anno 2012: 57%	Anno 2013: 61,0%	+75% (per raggiungere il 100% previsto dai LEA)	+ 65% (per raggiungere il 100% della popolazione bersaglio)	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening colo rettale sulla popolazione bersaglio	Dati ONS Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> persone che ricevono l'invito a partecipare allo screening in un determinato anno <i>Denominatore:</i> popolazione target annuale	61,00%	70%	75%	85%	100%
1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13.1 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (screening cervice uterina)	Anno 2012: 31,6 %	Anno 2013: 24,9%	+55% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)	+100% (per raggiungere il 50% della popolazione bersaglio)	Percentuale annua di donne che hanno aderito all'invito (screening cervice uterina)	Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> numero di donne che hanno aderito all'invito <i>Denominatore:</i> popolazione bersaglio annua	24,9%	25%	30%	40%	50%
	1.13.2 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (screening mammografico)	Anno 2012: 42,0 %	Anno 2013: 24,7%	+45% (per raggiungere il 60% previsto dai LEA)	+143% (per raggiungere il 60% della popolazione bersaglio)	Percentuale annua di donne che hanno aderito all'invito (screening mammografico)	Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> numero di donne che hanno aderito all'invito <i>Denominatore:</i> popolazione bersaglio annua	24,7%	25%	30%	40%	60%
	1.13.4 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (screening coloretale)	Anno 2012: 26%	Anno 2013: 19,9%	+95% (per raggiungere il 50% previsto dai LEA)	+150% (per raggiungere il 50% della popolazione bersaglio)	Percentuale annua di persone che hanno aderito all'invito (screening coloretale)	Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> numero di persone che hanno aderito all'invito <i>Denominatore:</i> popolazione bersaglio annua	19,9%	22%	30%	40%	50%



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
1.14 Riorganizzare/ avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1 Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina con l'introduzione dei test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)	Non rilevato	Non esistente	100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	Adozione indirizzi regionali programmatori entro il 2016	Adozione di indirizzi regionali programmatori entro il 2016	Documentazione le attività propedeutiche e l'adozione degli indirizzi regionali	NA			Ev.		
	1.14.2 Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	Non rilevato	NA	100% Tutte le Regioni hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA	Attivazione programma con test HPV-DNA in maniera esclusiva entro il 2018	Percentuale annua di donne che riceve l'invito ad eseguire lo screening con il test HPV-DNA quale test primario	Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> numero di donne che riceve l'invito a partecipare allo screening con HPV-DNA test <i>Denominatore:</i> popolazione target annua	0%	0%	0%	40%	100%
1.15 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per il tumore della mammella	1.15.1 Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	Non rilevato	Non esistenti	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	Adozione indirizzi regionali programmatori entro il 2016	Adozione di indirizzi regionali programmatori entro il 2016	Documentazione le attività propedeutiche e l'adozione degli indirizzi regionali	NA			Ev.		
	1.15.2 Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	Non rilevato	NA	100% Tutte le Regioni hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	Attivazione percorsi in tutte le aziende sanitarie entro il 2018	Proporzione di aziende sanitarie che attivano il percorso per la presa in carico dei soggetti a rischio per i tumori eredo-familiari della mammella	Database screening regionale (Aziende Sanitarie)	<i>Numeratore:</i> Aziende sanitarie che hanno attivato il percorso <i>Denominatore:</i> totale aziende sanitarie	0/8	0/8	0/8	3/8	8/8

## Programma P-2.1 Screening dei disturbi neurosensoriali neonatali

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
<b>2.1</b> Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	<b>2.1.1</b> Attivazione dello screening audiologico in tutti i punti nascita della Regione	Screening universale non attivato	Screening universale non attivato	Attivazione	Attivazione	Proporzione dei punti-nascita che hanno attivato lo screening audiologico neonatale	Documentazione comprovante l'avvio del percorso anche attraverso il sistema informativo screening neonatali	<i>Numeratore:</i> numero dei punti-nascita attivati  <i>Denominatore:</i> numero dei punti-nascita totali in Sardegna	NA	0	20%	70%	100%
<b>2.2</b> Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	<b>2.1.2</b> Attivazione dello screening oftalmologico in tutti i punti nascita della Regione	Screening universale non attivato	Screening universale non attivato	Attivazione	Attivazione	Proporzione dei punti-nascita che hanno attivato lo screening oftalmologico neonatale	Documentazione comprovante l'avvio del percorso anche attraverso il sistema informativo screening neonatali	<i>Numeratore:</i> numero dei punti-nascita attivati  <i>Denominatore:</i> numero dei punti-nascita totali in Sardegna	NA	0	20%	70%	100%

**Programma P-3.1 Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica**

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
<b>3.2</b> Favorire la salute psichica dei bambini e degli adolescenti e Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	<b>3.2.1</b> Proporzioni soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA, presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi Definizione operativa Numero di incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	Non rilevato	Non rilevato	100% Almeno un incontro/anno in ogni regione	100% Almeno un incontro/anno	Definizione di un format regionale per la organizzazione degli incontri informativi tra professionisti sanitari e professionisti della scuola e realizzazione di almeno un incontro in ambito regionale a partire dal 2016	Documentazione comprovante e l'adozione del format regionale e registri ASL di raccolta firme di partecipazione alle iniziative informative	NA	0		Ev +1 incontro	1 incontro	1 incontro
						Proporzioni di pediatri e MMG che hanno utilizzato le schede per la segnalazione per gli invii alle NPIA	Documentazione delle Unità Operativa di NPIA, del distretto cui afferiscono i pediatri e MMG comprovante e l'utilizzo delle schede	<i>Numeratore:</i> numero di pediatri -MMG del distretto che hanno utilizzato le schede per la segnalazione <i>Denominatore:</i> totale dei pediatri – MMG del distretto che hanno effettuato invii alle NPIA	0%	0%	10%	30%	60%





REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Programma P-5.1 Prevenzione degli incidenti stradali e riduzione della gravità dei loro esiti

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formola di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
5.1 Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1 Tasso di decessi per incidente stradale	Anno 2013: 56,2/1.000 .000 ab.	Anno 2013: 73,9/1.000 0.000	-20%	-20%	Percentuale di record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3- validati al controllo logico formale (se flusso L2, campo 14 “trauma rilevato” valorizzato 7 “incidente in strada”)	Sistema informativo del pronto soccorso (file EMUR)	<i>Numeratore:</i> numero di record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3- validati al controllo logico formale <i>Denominatore:</i> sul totale dei record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3	0%	0%	20%	50%	70%
5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1 tasso di ricoveri per incidente stradale	Anno 2013: 7,2%	Anno 2013: 12,3%	-10%	-10%	Produzione del report annuale sul fenomeno incidenti stradali	Produzione del report annuale da parte dell'Osservatorio regionale per la sicurezza e l'educazione stradale	NA	NA	0		ev	ev
5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.1 Proporzioni di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini  Definizione operativa:  - prevalenza di persone di età 18 – 69 anni che viaggiano in auto (città e fuori) e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori rispondono: “sempre”.  - prevalenza di persone di età 18 – 69 anni che negli ultimi 12 mesi sono saliti su una motocicletta/motorino, come guidatore o passeggero e che alla domanda sull'uso del casco quando vanno in motocicletta scooter motorino, sia in città sia fuori rispondono: “sempre”.	Anno 2013: 20,2%	Anno 2013: 25,1%	+50%	+50%	proporzioni di autoscuole che aderiscono ai seminari informativi	Documentazione dei Dipartimenti di prevenzione (es registri firme) comprovanti la realizzazione dei seminari informativi	<i>Numeratore:</i> numero di autoscuole che aderiscono ai seminari informativi <i>Denominatore:</i> totale delle autoscuole iscritte alla CCIAA	NA	0	20%	40%	80%
		Anno 2013: 95,3%	Anno 2013: 96,2%	>95%	>95%								
	5.3.2 guida sotto effetto dell'alcol (percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	Anno 2013: 8,7%	Anno 2013: 10,1%	-30%	-30%								

## Programma P-6.1 Prevenzione degli incidenti domestici

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	6.1.1 Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere Definizione operativa: numero di ricoveri per incidente domestico	Anno 2013: 89.868 ricoveri (in aumento del 27% negli ultimi 3 anni)	Anno 2013: 6.060 ricoveri (in aumento del 20,2% negli ultimi tre anni)	Fermare e il trend in ascesa	Fermare il trend in ascesa	Percentuale di record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3- validati al controllo logico formale (se flusso L2, campo 14 "trauma rilevato" valorizzato 4 "incidente domestico")	Sistema informativo del pronto soccorso (file EMUR)	<i>Numeratore:</i> numero di record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3- validati al controllo logico formale <i>Denominatore:</i> sul totale dei record del file EMUR – sezione pronto soccorso – flusso L3	0%	0%	20%	50%	80%
6.3 Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio nei genitori e nei caregiver	6.3.1 Adeguamento del sistema di sorveglianza (PASSI – PASSI D'Argento, OKkio alla Salute) entro 2 anni Definizione operativa: - estensione a tutte le regioni del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici. PASSI D'Argento, rileva la proporzione di anziani che hanno ricevuto informazioni su come prevenire le cadute, in particolare le cadute in casa.	Solo alcune in Regioni	Già Presente il modulo PASSI	100%	Già presente	Proporzione di ASL che hanno realizzato eventi informativi nei confronti di MMG e PLS	Registri ASL di raccolta firme di partecipazione all'evento	Numeratore: numero di ASL che hanno realizzato eventi informativi nei confronti di MMG e PLS Denominatore: totale ASL regionali	sconosciuto	0	20%	50%	100%
	6.3.2 Misurazione della percezione del rischio (PASSI – PASSI d'argento entro 5 anni)  Definizione operativa: - prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano che il rischio di infortunio nel loro ambiente domestico, per sé o i propri familiari, è alto o molto alto	Anno 2013: 5,7%	Anno 2013: 5,1%	+30%	+30%								



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
6.4 Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1 Proporzione di persone hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari  Definizione operativa: - prevalenza di persone di età 18 – 69 anni che dichiarano di aver ricevuto nei 12 mesi precedenti l'intervista informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici  - prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto nei 12 mesi precedenti l'intervista informazioni su come evitare le cadute in casa	Adulti 18 – 69 anni (Anno 2012 - solo 11 regioni): 13 % Anziani ultra 64enni: Anni 2012 - 2013: 17 %	Anno 2013: 14,9%  Anno 2013: 12,2%	+100%	+100%								
6.5 Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1 Potenziamento in tutte le regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico  Definizione operativa: produzione di un report sugli avvelenamenti in ambiente domestico	Non rilevato	Non presente	100% Produzione di un report in tutte le regioni	Produzione del report	Produzione del report annuale sul fenomeno incidenti domestici in Sardegna con un focus sugli avvelenamenti.	Produzione del report (Assessorato/Gruppo di esperti)	NA	NA			ev	ev

## Programma P-7.1 Prevenzione infortuni

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
7.7 Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	7.7.1 Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: - comparto agricoltura - comparto edilizia (Definizione operativa: Riduzione relativa dell'indice di frequenza totale degli infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5% (Inail, o mortali))	IF: 4,36 infortuni gravi e mortali ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura)	IF: 6,47 infortuni gravi e mortali ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura)	-10%	-7%	Proporzione di aziende agricole ispezionate con nuova scheda di sopralluogo integrata e standardizzata, e con registrazione dei relativi dati dell'attività di vigilanza nell'apposito data-base, rispetto a quelle stabilite	Schede di rilevazione dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL delle ASL	<i>Numeratore:</i> n. di aziende agricole controllate dagli SPreSAL delle ASL con nuova scheda di sopralluogo integrata e standardizzata e con registrazione dei relativi dati dell'attività di vigilanza x 100 <i>Denominatore:</i> n. di aziende agricole totali da controllare all'anno (pari complessivamente a livello regionale a 446, ossia a 470 – 5% controlli in rivendite di macchine agricole)	ND (non disponibile il dato con nuova scheda di sopralluogo)		100%	100%	100%
		Agricoltura valore assoluto: 11.417 infortuni gravi	Agricoltura valore assoluto: 629 infortuni gravi	-10%	-7%	Proporzione di cantieri edili ispezionati per i quali gli SPreSAL delle ASL hanno inviato la comunicazione post-ispezione, con l'apposito format condiviso, alle DTL nell'ambito del coordinamento della vigilanza	Schema monitoraggio attività svolte di cui all'art.2, c.4 del DPCM 21.12.2007	<i>Numeratore:</i> n. di cantieri edili ispezionati dagli SPreSAL delle ASL per i quali i medesimi hanno inviato la comunicazione post-ispezione alle DTL x 100 <i>Denominatore:</i> n. di cantieri edili ispezionati dagli SPreSAL	56%		70%	80%	90%
						Adozione - da parte del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/2008 - del Piano Operativo integrato di vigilanza e prevenzione annuale, definito dall'Ufficio Operativo del Comitato	Verbale della seduta del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/2008 da cui risulta l'adozione del Piano Operativo integrato di vigilanza e prevenzione annuale	Evidenza del Piano			1	1	1

## Programma P-7.2 Prevenzione malattie professionali

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle malattie professionali	7.2.1 Emersione del fenomeno tecnopatico misurata mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: - comparto agricolo forestale - comparto delle costruzioni - rischio cancerogeno e chimico - rischi per apparato muscolo scheletrico	+47% di incremento relativo delle denunce all'INAIL di malattie professionali nel periodo 2009-2013	+113% di incremento relativo delle denunce all'INAIL di malattie professionali nel periodo 2009-2013	+10%	+10%	Proporzione di iniziative informative realizzate dagli SPreSAL delle ASL - rivolte a associazioni di categoria, organismi paritetici, lavoratori, medici competenti - per promuovere, sviluppare e migliorare la sorveglianza sanitaria nel comparto agricolo-forestale e nel comparto edile, rispetto a quelle programmate	Registri ASL (SPreSAL) di raccolta firme di partecipazione all'iniziativa	<i>Numeratore:</i> n. iniziative informative realizzate dagli SPreSAL delle ASL x 100 <i>Denominatore:</i> n. iniziative informative programmate (1 all'anno in ciascuna ASL, a partire dal 2016)	0	0	100%	100%	100%
		N. di denunce di MP nel 2013: 51.243	N. di denunce di MP nel 2013: 3.709	N. di denunce di MP attese al 2018: 56.367	N. di denunce di MP attese al 2018: 4.080	Incremento del numero di tumori professionali denunciati/segnalati agli SPreSAL delle ASL indagati e inseriti dai medesimi nel Sistema di Sorveglianza MalProf rispetto al numero medio di tumori professionali inseriti dagli SPreSAL nel Sistema nel biennio 2013-2014	Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali MalProf	<i>Numeratore:</i> (n. di tumori professionali denunciati/segnalati agli SPreSAL indagati e inseriti nel Sistema di Sorveglianza MalProf nell'anno di riferimento <b>meno</b> il n. medio annuo di tumori professionali inseriti dagli SPreSAL nel Sistema di Sorveglianza MalProf nel biennio 2013-2014) x 100 <i>Denominatore:</i> n. medio annuo di tumori professionali inseriti dagli SPreSAL nel Sistema di Sorveglianza MalProf nel biennio 2013-2014 (n. 8,5)	-6% (Anno 2014)	+6%	+18%	+29%	



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
						Disponibilità di un report regionale annuale dei dati sugli ex esposti ad amianto da fornire al COR (da sviluppare trasversalmente nell'ambito del presente Programma P-7.2 e facente capo al Programma P-8.3 "Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche)	Report annuale prodotto dalla ASL capofila in materia di amianto, sulla base dei dati sugli ex esposti e sulle attività svolte forniti dagli SPreSAL delle ASL	Evidenza del documento		1	1	1	
						Proporzione di denunce/segnalazioni ex art. 139 DPR 1124/1965 di patologie muscolo scheletriche indagate e analizzate e inserite nel Sistema di Sorveglianza MalProf rispetto al totale di quelle pervenute agli SPreSAL, per i comparti edilizia e agricoltura	Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali MalProf (per il numeratore)  Registrazione SPreSAL delle denunce/ segnalazioni di malattie professionali pervenute (per il denominatore)	<i>Numeratore:</i> n. denunce/segnalazioni di patologie muscolo scheletriche pervenute agli SPreSAL per i comparti edilizia e agricoltura indagate e analizzate e inserite nel Sistema di Sorveglianza MalProf x 100 <i>Denominatore:</i> n. totale delle denunce/segnalazioni pervenute agli SPreSAL per i comparti edilizia e agricoltura	ND		20%	30%	50%

### Programma P-7.3: Consolidamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
7.3 Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	7.3-4-5.1 Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art. 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: -il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	Solo alcune Regioni programmano azioni di promozione	0	100% Tutte le regioni programmano azioni di promozione	Programmazione azioni di promozione	Proporzione di fasi svolte rispetto a quelle previste per la predisposizione e l'adozione del documento di programmazione di azioni di promozione del ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	Verbalri riunioni GdL, verbalri sedute CRC, evidenza del documento di programmazione	<i>Numeratore:</i> n. di fasi svolte x 100 <i>Denominatore:</i> n. complessivo di fasi stabilite (n. 5)	0%  (= 0 fasi su 5 fasi x 100)		60%  (= 3 fasi su 5 fasi x 100)	80%  (= 4 fasi su 5 fasi x 100)	100%  (= 5 fasi su 5 fasi x 100)
7.4 Promuovere/ favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale	-la promozione della responsabilità sociale d'impresa -la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative					Proporzione di fasi svolte rispetto a quelle previste per la predisposizione e l'adozione del documento di programmazione per le azioni di promozione delle buone prassi e dei percorsi di responsabilità sociale	Verbalri riunioni GdL, verbalri sedute CRC, evidenza del documento di programmazione	<i>Numeratore:</i> n. di fasi svolte x 100 <i>Denominatore:</i> n. complessivo di fasi stabilite (n. 4)	0%  (= 0 fasi su 4 fasi x 100)		50%  (= 2 fasi su 4 fasi x 100)	75%  (= 3 fasi su 4 fasi x 100)	100%  (= 4 fasi su 4 fasi x 100)
7.5 Promuovere/ favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende						Proporzione di iniziative informative realizzate dagli SPreSAL di ogni ASL nei confronti di aziende e figure della prevenzione aziendali, in particolare RLS, rispetto a quelle stabilite	Registri ASL (SPreSAL) di raccolta firme di partecipazione all'iniziativa	<i>Numeratore:</i> n. iniziative informative realizzate dagli SPreSAL delle ASL x 100 <i>Denominatore:</i> n. iniziative informative previste (1 all'anno in ciascuna ASL, a partire dal 2016)	0%		100%	100%	100%

### Programma P-7.4: Miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e della compliance

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
7.1 Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di Indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni	7.1.1 Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	Solo alcune Regioni	0	100% Un Report all'anno in tutte le Regioni	Produzione di un Report all'anno	Incremento del numero di malattie professionali inserite dagli SPreSAL delle ASL nel Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf" rispetto al numero medio annuo di malattie professionali inserite nel Sistema nel periodo 2013-2014	Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf"	<i>Numeratore:</i> (n. di Malattie Professionali inserite dagli SPRESAL nel Sistema di Sorveglianza MaProf nell'anno di riferimento meno il n. medio annuo di malattie professionali inserite dagli SPRESAL nel Sistema nel periodo 2013-2014) x 100 <i>Denominatore</i> n. medio annuo di malattie professionali inserite dagli SPRESAL nel Sistema di sorveglianza MalProf nel periodo 2013-2014 (N. 536)	+44% (Anno 2014) (= (771-536) x100/536)		+50%	+55%	+60%
						Incremento delle notifiche preliminari cantieri inserite, da committenti e responsabili dei lavori, nell'apposito applicativo web realizzato per la notifica preliminare cantieri on line "NPC WEB", rispetto alle notifiche inserite in tale applicativo nell'anno 2014	Report direzionali applicativo "NPC WEB"	<i>Numeratore</i> n. di notifiche preliminari cantieri inserite nell'applicativo "NPC WEB" nell'anno di riferimento meno il n. di notifiche inserite nell'applicativo nell'anno 2014) x 100 <i>Denominatore</i> n. di notifiche inserite nell'applicativo nell'anno 2014 (n. 81)	0% (Anno 2014) (= (81-81) x100/81)	+50%	+100%	+150%	+200%
7.8 Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di	7.8.1 Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di	Solo alcune Regioni	0	100% Tutte le Regioni adottano gli atti di indirizzo	Adozione di atti di indirizzo	Proporzione di procedure predisposte per uniformare l'attività di vigilanza e controllo, svolta dagli SPreSAL delle ASL, approvate in Comitato Regionale di Coordinamento ex art.	Verbalì sedute Comitato Regionale di Coordinamento, evidenza procedure approvate come atti di indirizzo	<i>Numeratore</i> n. di procedure predisposte e approvate come atti di indirizzo x 100 <i>Denominatore</i> n. di procedure programmate per il triennio 2016-2018 (n. 3)	0%	0%	33% (=1/3 x 100)	67% (=2/3 x 100)	100% (=3/3 x 100)





REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
strumenti di enforcement quali l'audit	vigilanza e controllo e loro monitoraggio (Definizione operativa: Proporzione di Regioni che adottano gli atti (Comma 3 lettera c) art. 5 Dlgs 81/08 e dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo))					7 D.Lgs. 81/2008 come atti di indirizzo, da adottare con appositi provvedimenti regionali, rispetto alle procedure complessive programmate per il periodo 2016-2018							

## Programma P-8.1: Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
8.2 Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	8.2.1 Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)	Non rilevato	Non esistono accordi interistituzionali	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Evidenza documentata dell'esistenza di accordi interistituzionali	Proporzione di fasi svolte rispetto a quelle stabilite per realizzare lo studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione nella Regione Sardegna	Accordi, documenti, studi esistenti aggiornati, verbali, progetto dello studio da realizzare, reportistica dello studio realizzato	<i>Numeratore:</i> n. di fasi svolte x 100  <i>Denominatore:</i> n. complessivo di fasi stabilite (n. 6)	0%	17% (= 1 fase su 6 fasi x100)	50% (= 3 fasi su 6 fasi x100)	67% (= 4 fasi su 6 fasi x100)	100% (= 6 fasi su 6 fasi x100)
	8.2.2 Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)	Non rilevato	0	100% Evidenza di almeno 1 studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione in ogni Regione	Evidenza di almeno 1 studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione nella Regione								
8.4 Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	8.4.1 Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	Non rilevato	Non esistenti atti di indirizzo regionali	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	Esistenza di atti di indirizzo regionali	Proporzione di fasi svolte rispetto a quelle stabilite per definire ed adottare atti di indirizzo regionali condivisi per la gestione coordinata di problematiche sanitarie (accertate o presunte) attribuibili all'inquinamento ambientale	Documenti, verbali, modelli, relazioni, evidenza degli atti di indirizzo	<i>Numeratore:</i> n. di fasi svolte x 100  <i>Denominatore:</i> n. complessivo di fasi stabilite (n. 6)	0% (= 0 fasi su 6 fasi x 100)	0% (= 0 fasi su 6 fasi x 100)	33% (= 2 fasi/6 fasi x100)	67% (= 4 fasi/6 fasi x100)	100% (= 6 fasi/6 fasi x100)

## Programma P-8.2: Supporto alle Politiche Ambientali

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	8.1.1 Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	Non rilevato	0	100% Almeno 1 documento in tutte le Regioni	Almeno 1 documento	Esistenza di report annuale di attività	Report disponibili presso Assessorato Sanità	Evidenza di report annuale	0	0	1	1	1
	8.1.2 Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute	Non rilevato	Non esistenti	100% Evidenza documentata in ogni Regione	Evidenza documentata di esistenza di rete di referenti e relativa attività								
8.3 Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	8.3.1 Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	Non rilevato	Non esistenti	100% Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	Esistenza di atti di indirizzo regionali	Proporzione di fasi svolte rispetto a quelle stabilite per la predisposizione e l'adozione di atti di indirizzo regionali in materia di VIS	Documenti, verbali, evidenza degli atti di indirizzo regionali in materia di VIS e dell'atto relativo alla loro adozione	<i>Numeratore:</i> n. di fasi svolte x 100  <i>Denominatore:</i> n. complessivo di fasi stabilite (n. 3)	0%  (= 0 fasi su 3 fasi x 100)		33%  (= 1 fase su 3 fasi x100)	67%  (= 2 fasi su 3 fasi x100)	100%  (= 3 fasi su 3 fasi x100)
8.5 Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno	8.5.1 Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016)	Non rilevato	Non esistente	100% Esistenza di un curriculum formativo in ogni Regione	Esistenza di un curriculum formativo	Predisposizione di curriculum formativo rivolto ai referenti di ambiente e salute dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, dell'ARPAS, MMG e PLS	Documento predisposto dal gruppo di programmazione d'intesa con la ASL capofila in materia di salute-ambiente	Evidenza curriculum formativo	0	0	Ev.		



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
sanitario e della comunicazione del rischio	8.5.2 Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)	Non rilevato	0	100% Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione	Almeno 1 corso di formazione per i formatori	Proporzione di corsi di formazione per formatori (operatori della sanità) effettuati rispetto a quelli previsti	Copia di attestati di partecipazione disponibili presso la ASL capofila	<i>Numeratore:</i> n. di corsi per formatori effettuati x 100 <i>Denominatore:</i> n. di corsi previsti (1 corso all'anno dal 2016)	0%	0%	100%	100%	100%
	8.5.3 Proporzioni di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)	Non rilevato	Non rilevato	50% in ogni Regione	<b>30%</b>	Proporzione di corsi di formazione a cascata per operatori appartenenti a Dipartimenti di Prevenzione, ARPAS, MMG e PLS effettuati, rispetto a quelli previsti	Copia di attestati di partecipazione disponibili presso le ASL	<i>Numeratore:</i> n. di corsi di formazione a cascata effettuati x 100 <i>Denominatore:</i> n. di corsi previsti (almeno 1 corso in ciascuna ASL per ognuno degli anni 2017 e 2018)	0%	0%	0%	100%	100%
8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	8.6.1 Regioni che hanno recepito le linee guida	Non rilevato	Non esistente	100% Esistenza di atto formale di recepimento in ogni Regione	Esistenza di atto formale regionale di recepimento	Recepimento delle Linee Guida nazionali o, in assenza, elaborazione di linee di Indirizzo regionali per la comunicazione del rischio	Documento di recepimento o documento elaborato	Evidenza documento	0				Ev.
8.10 Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	8.10.1 Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	Non rilevato	Non esistenti	100% Adozione di indirizzi specifici in ogni Regione	Adozione di indirizzi regionali specifici	Produzione di un report regionale annuale sulle attività realizzate per la predisposizione e l'adozione di Indirizzi regionali in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon.	Report prodotto dal Gruppo di Lavoro intersettoriale	Evidenza del documento	0	0	1	1	1

### Programma P-8.3 Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
8.7 Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente, basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	8.7.1 Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH/CLP tra Autorità Competenti per il controllo	Non Rilevato	Non esistente	100% Esistenza di un sistema di indicatori in ogni Regione che monitori la realizzazione e degli obiettivi del Piano Nazionale Controlli	Esistenza di un sistema di indicatori per monitorare la realizzazione degli obiettivi del Piano Nazionale Controlli	Proporzione di ASL che hanno inviato la scheda sulle risultanze del monitoraggio delle attività di controllo conforme alle linee di indirizzo regionali, entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento, rispetto al totale delle ASL	Schede sulle risultanze del monitoraggio delle attività di controllo inviate dalle ASL, disponibili presso l'Assessorato della Sanità	<i>Numeratore:</i> n. di ASL che hanno inviato la scheda sulle risultanze del monitoraggio delle attività di controllo conforme alle linee di indirizzo regionali <i>Denominatore:</i> n. totale ASL	0%	0%	12,5%	70%	100%
8.8 Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche.	8.8.1 Numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	Non Rilevato	0	Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione	Almeno 1 corso di formazione	Proporzione di corsi di formazione per formatori (già formati per effettuare i controlli ufficiali) effettuati, rispetto a quelli previsti	Copia di attestati di partecipazione rilasciati ai formatori disponibili presso la ASL capofila	<i>Numeratore:</i> n. di corsi di formazione per formatori effettuati x 100 <i>Denominatore:</i> n. di corsi previsti (1 corso per ognuno degli anni 2017 e 2018)	0%	0%	0%	100%	100%
8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della	8.9.1 Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri	Non rilevato	Dati disponibili presso gli	100% Produzione di un	Produzione di un Report dei dati sugli ex esposti ad amianto (che verrà	Disponibilità di un report regionale annuale dei dati sugli	Report prodotto dalla ASL capofila in	Evidenza del documento			1	1	1



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
problematica amianto sulla popolazione	Operativi Regionali (COR)		SPRESA L delle ASL	Report in ogni Regione	sviluppato trasversalmente nell'ambito del Programma P-7.2 "Prevenzione delle malattie professionali")	ex esposti ad amianto da fornire al COR (da sviluppare trasversalmente nell'ambito del Programma P-7.2 "Prevenzione delle malattie professionali" e facente capo al presente Programma P-8.3)	materia di amianto, sulla base dei dati sugli ex esposti e sulle attività svolte forniti dagli SPreSAL delle ASL						

## Programma P-9.1 Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
9.6 Completare l'informatizzazione e delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residenti/assistiti)	9.6.1 Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata Descrizione operativa Proporzione di regioni che hanno realizzato l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata (rif: PNV 2005- 2007; PNV 2010 – 2012; PNEMoRc 2003 e 2010 – 2015)	15/21 regioni completamente informatizzate	Nessuna anagrafe informatizzata	100% Regioni con anagrafe informatizzata	100% della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	Proporzion e della popolazion e regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	Anagrafe e vaccinale Regione, ASL	$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}}$ : popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata popolazione regionale assistibile	0%	0%	20%	70%	100%
9.7 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	9.7.1 Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status  Definizione operativa Definizione PASSI: Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni <i>affette da almeno una malattia cronica</i> (ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato)	18,5% (dato riferito alla campagna antinfluenzale stagionale 2012-2013)	18%	+100%	+100%	Copertura vaccinale anti influenzale nei soggetti 18-64 anni con patologia cronica	PASSI	$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}}$ : soggetti di età 18-64 anni con patologie croniche vaccinati contro l'influenza Denominatore: numero di soggetti di età 18-64 anni identificati con patologie croniche	18%	18%	24%	30%	36%
	9.7.2 Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti  Definizione operativa	Tabella 1	Tabella 1	100% delle regioni raggiungono i seguenti standard: ≥ 95% per vaccinazioni: anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati, e anti DTPa	Mantenimento delle coperture > 95% nei nuovi nati; anti DTPa e polio >95% a 5-6 anni	Scostamento annuo delle coperture vaccinali	Sistema informativo anagrafe	$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}}$ : copertura vaccinale per azienda sanitarie e	Sconosciuto	0%	7%	6%	5%



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
	Tutti gli indicatori di copertura previsti dal PNPV e relativi baseline e standard			e Poliomielite a 5-6 anni; ≥ 90% per vaccinazione dTpa negli adolescenti (range 11-18 anni); ≥ 95% per 1a dose di MPR entro i 2 anni di età e per 2a dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (11-18 anni); >75% (obiettivo minimo perseguibile) e >95% (obiettivo ottimale) per vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni; ≥ 95% per vaccinazione antipneumococcica e antimeningococcica nei nuovi nati; ≥ 95% per vaccinazione antimeningococcica negli adolescenti (range 11-18 anni); ≥ 80% per vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2002), ≥ 95% nelle dodicenni dalla coorte del 2003; ≥ 95% per 1a dose di antivaricella entro i 2 anni di età (dalla coorte 2014) e per 2a dose di nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (dalla coorte 2014); 100% di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo spiegata	MPR >95% per 1° e 2° dose ed adolescenti  Antinfluenzale over 65enni > 65%  <u>≥ 95% per vaccinazione antipneumococcica e antimeningo nei nuovi nati;</u> <u>≥ 85% per vaccinazione antimeningococcica negli adolescenti (11-18 anni);</u> HPV nelle 12enni: >85% dalla coorte del 2003 ≥ 95% per 1a dose di antivaricella entro i 2 anni di età (dalla coorte 2014) e per 2a dose di nei bambini di 5-6 anni di età e > 85% negli adolescenti 80% di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo spiegata	interaziendali per le vaccinazioni incluse nel PNPV	e vaccinale informata	per vaccino incluso nel PNPV <i>Denominatore:</i> copertura vaccinale media regionale per vaccino incluso nel PNPV					
<b>9.8</b> Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione	<b>9.8.1</b> Esistenza di un programma di comunicazione basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole	Non rilevato	Non realizzato	100% Tutte le Regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	Adozione del programma	Realizzazione del sito web dal 2016	Evidenza documentata del				Sito web	Sito web	Sito web





REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	<b>Definizione operativa</b> Proporzione di Regioni che realizzano un programma di comunicazione. Il programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto						funzionamento del sito web						



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Programma P-9.2 Sviluppo e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e risposta alle emergenze infettive

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
9.1 Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	9.1.1 Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	dato 2014  78,8% per morbillo 59,3% per rosolia	dato 2014  98,2% per morbillo 50% per rosolia	100% Regioni raggiung ano lo standard > 90%	>90% per morbillo  >75% per rosolia	Proporzione di ASL, AOU e AO che hanno attivato la sorveglianza di laboratorio	Sistema di sorveglianza malattie infettive (aziende)	<i>Numeratore:</i> N° Aziende che hanno attivato la sorveglianza di laboratorio <i>Denominatore:</i> N° totale Aziende	Non noto	20%	50%	80%	100%
9.2 Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce	9.2.1 Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati entro 24 ore dalla diagnosi e livello di completezza delle notifiche con informazioni su variabili chiave	Non noto	Non noto	>80%	>80%								
		Non noto	Non noto	>80%	>80%								
9.3 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	9.3.1 Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	Non rilevato	Non noto	100%	100%	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo regionale per le Malattie Infettive (sentinella)	Sistema di sorveglianza per le malattie infettive (regione)	<i>Numeratore:</i> N° di notifiche inserite nel sistema informativo <i>Denominatore:</i> N° totale di notifiche inviate all'OER	Non noto	0%	10%	60%	100%
9.4 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	9.4.1 Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica Definizione operativa Proporzione di casi di malattie invasive da meningococco e pneumococco, notificati al sistema MIB rispetto alle SDO	60%	Non noto	+50%	75%	Proporzione di ASL che hanno attivato la sorveglianza di laboratorio	Sistema di sorveglianza malattie infettive (aziende)	<i>Numeratore:</i> N° Aziende che hanno attivato la sorveglianza di laboratorio <i>Denominatore:</i> N° totale Aziende	Non conosciuto	20%	50%	80%	100%



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
9.9 Predisporre piani regionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)	9.9.1 Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali	Non rilevato	West Nile, Ebola (no piano generale)	100%	100%	Proporzione di aziende sanitarie, che hanno adottato disposizioni attuative del Piano generale regionale di preparazione/risposta alle emergenze infettive (preparedness)	Evidenza documentata dell'adozione delle disposizioni attuative del Piano generale regionale e, da parte delle Aziende sanitarie	Numeratore: N° di Aziende che hanno adottato disposizioni attuative del Piano generale regionale di preparazione/risposta alle emergenze infettive Denominatore: N° totale delle Aziende sanitarie	0	0	80%	100%	100%

### Programma P-9.3 Programma di lotta alla Tuberculosis e alle infezioni da HIV

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
9.5 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	9.5.1 Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up  Definizione operativa: proporzione di casi di tubercolosi polmonare bacillifera persi al follow up sul numero totale di casi di tubercolosi polmonare bacillifera notificati nell'anno (da rilevare ogni 2 anni)	25-30%	sconosciuto	- 50%	-30%	Proporzione di contatti con infezione tubercolare latente che completano il ciclo di profilassi	Sistema di sorveglianza per la tubercolosi (aziende)	<i>Numeratore:</i> numero di contatti avviati alla profilassi antitubercolare che completano il ciclo <i>Denominatore:</i> totale di contatti avviati alla profilassi antitubercolare	Sconosciuto	0%	50%	60%	70%
						Proporzione di casi di tubercolosi polmonare segnalati dai Servizi di Igiene e sanità pubblica (SISP) all'OER	Sistema di sorveglianza per la tubercolosi (regionale) Banca dati SDO	<i>Numeratore:</i> numero di casi di tubercolosi segnalati dai Servizi di Igiene e sanità pubblica (SISP) all'OER / numero totale di casi di tubercolosi polmonare ricoverati	Sconosciuto	70%	80%	90%	100%
	9.5.2 Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/iL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV	57%	53,5%	- 25%	-25%	Proporzione di laboratori che adottano la procedura standardizzata per l'offerta del test HIV	Sistema di sorveglianza (regione)	<i>Numeratore:</i> numero di lab che adottano la procedura standardizzata <i>Denominatore:</i> totale laboratori idonei all'esecuzione del test	0%	0%	20%	50%	100%
						Proporzione di Istituti scolastici superiori in cui sono stati attivati i percorsi di sensibilizzazione/informazione (in almeno l'80% di classi filtro)	Documentazione ASL inerente la organizzazione e la realizzazione degli eventi informativi/formativi (registri, lettere di adesione ecc)	<i>Numeratore:</i> numero di istituti scolastici superiori in cui sono stati attivati i percorsi di sensibilizzazione/informazione <i>Denominatore:</i> totale degli istituti medi superiori della Sardegna	NA	0%	0%	20%	50%

### Programma P-9.4 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibioticoresistenza

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna					2015	2016	2017	2018
9.10 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di Carbapenemasi (CPE)	Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE	Non rilevato	Non rilevato	100% regioni	Documento prodotto	Proporzione di aziende sanitarie che utilizza il nuovo sistema di sorveglianza	Sistema di sorveglianza per germi produttori di CPE (regione e aziende sanitarie)	<i>Numeratore:</i> numero di aziende sanitarie che utilizzano il sistema di sorveglianza <i>Denominatore:</i> totale aziende sanitarie	0%	--	40%	80%	100%
9.11 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie	Non rilevato	Non rilevato	100% tutte le regioni hanno prodotto o un report annuale	Report annuale prodotto	Definizione di una procedura condivisa di estrazione dei dati di consumo di antibiotici dalle banche dati regionali pertinenti	Produzione del documento "procedura condivisa di estrazione dei dati" da parte della Regione	NA	Non presente		ev		
						Produzione di un report annuale sul consumo di farmaci antimicrobici, a livello territoriale e ospedaliero individuati per codice ATC	Evidenza documentale relativa al report regionale	NA	Non presente			ev	ev
9.12 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Non rilevato	Non presente	100% tutte le regioni hanno realizzato un programma di comunicazione	Attivato	Realizzazione della campagna informativa rivolta alla popolazione generale	Documentazione relativa alla predisposizione e realizzazione della campagna informativa	NA				ev	ev
9.13 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie Definizione operativa Proporzione di CIO che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza	Non rilevato	Non presente	100% tutte le regioni hanno prodotto o un report annuale	Attivato	Proporzione di Ospedali che effettuano l'indagine di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Sistema di sorveglianza  CIO aziendali	<i>Numeratore:</i> Numero di Aziende/ Presidi ospedalieri che effettuano l'indagine di prevalenza sulle ICA <i>Denominatore:</i> Numero di Aziende/Presidi ospedalieri della Regione	0%	0%	30%	70%	100%
						Proporzione di CIO che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Sistema di sorveglianza CIO aziendali	<i>Numeratore:</i> N. di CIO aziendali che producono un report annuale sulle ICA <i>Denominatore:</i> N. di CIO aziendali	0%	0%	30%	70%	100%

## Programma P-10.1 Integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare

Programma	Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Azione/progetto	Indicatore sentinella (misura lo stato di avanzamento del programma verso tutti gli obiettivi specifici:	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
			Italia	Sardegna	Italia	Sardegna						2015	2016	2017	2018
P10.1 INTEGRAZIONE DEI CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE	10.1 Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura	10.1.1 Adozione di protocolli per l'intervento integrato	Non rilevato	Non rilevato	100% Ogni Regione adotta uno o più protocolli di intervento integrato, che descrivono i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l'obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.)	100% Costituzione di gruppi tecnici di lavoro multidisciplinari e tra le Amministrazioni pubbliche regionali coinvolte nelle attività di controllo ufficiale per la sicurezza alimentare nella Regione Sardegna.	P 10.1.1.1	Proporzione delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015- 2016 2017 e all'intero quadriennio per il 2018)	Verbali, bozze Documenti agli atti	Fasi attuate(x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/4	2/4	4/4		
						100% Predisposizione, da parte dei gruppi tecnici di lavoro costituiti allo scopo, di uno o più documenti (come: linee-guida, protocolli condivisi, procedure e sistemi operativi) finalizzati all'integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare nella Regione Sardegna.	P 10.1.1.2				0/6	1/6	4/6	5/6	6/6
<b>Totale fasi:</b>											0	3	5	1	1
<b>Misura dell'indicatore sentinella - Obiettivo Generale 10.1:</b>											--	2/3	4/5	1/1	10/10



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

P10.1 INTEGRAZIONE DEI CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE	10.2 Ridurre il fenomeno dell'antibiotic o resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	10.2.1 Adozione di iniziative finalizzate all'implement azione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	Non rilevato	Non rilevato	100% Miglioramento degli strumenti che garantiscono la tracciabilità del farmaco con implementazione del sistema SISAR VET per l'aspetto farmacosorveglianza in tutte le ASL della Regione Sardegna.	P 10.1.2.1	Proporzio ne delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015- 2016 2017 e all'intero quadriennio per il 2018)	Fasi attuato(x)/ fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/4	1/4	4/4		
					100% Svolgimento di almeno un evento/anno per Regione di sensibilizzazione/infor mazione/formazione sull'informatizzazione della gestione del farmaco, rivolto ai portatori di interesse (a partire dai distributori e grossisti fino a coinvolgere medici veterinari prescrittori se e quando l'obbligo di ricetta elettronica sarà a regime	P 10.1.2.2			0/6	0/6	2/6	5/6	6/6
					Realizzazione di eventi di sensibilizzazione /informazione/formazi one su corretto uso dell'antibiotico e sulla informatizzazione della gestione del farmaco, rivolti a: veterinari delle ASL; allevatori; veterinari prescrittori e farmacisti; tutta la popolazione.	P 10.1.2.3			0/4	0/4	3/4	4/4	
						P 10.1.2.4			0/4	0/4	3/4	4/4	
						P 10.1.2.5			0/4	0/4	3/4	4/4	
					P 10.1.2.6	0/4	0/4	3/4	4/4				
<b>Totale fasi:</b>								0	1	17	7	1	
<b>Misura dell'indicatore sentinella - Obiettivo Generale 10.2:</b>								--	1/1	14/17	6/7	26/26	



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

P10.1 INTEGRAZIONE DEI CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE	10.3 Sviluppare protocolli di collaborazione e tra ospedali/ laboratori di diagnostica/ sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/ sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	10.3.1 Protocolli di collaborazione e che garantiscono un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali	Non rilevato	Non rilevato	100% Esistenza in ogni Regione di un protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA	100% Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro multidisciplinare tra i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL ed i Laboratori di Diagnostica dei Presidi Ospedalieri e dell'IZS della Sardegna, per la collaborazione nella sorveglianza delle zoonosi e delle malattie trasmissioni alimentari	P 10.1.3.1	Proporzione delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015- 2016 2017 e all'intero quadriennio per il 2018)	Fasi attuate(x)/ fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/4	0/4	2/4	4/4	
						100% Predisposizione, da parte del gruppo tecnico di lavoro costituito allo scopo, di uno o più Protocolli regionali finalizzati all'integrazione delle indagini epidemiologiche per le zoonosi e le malattie trasmesse con gli alimenti, in particolare quelle tossinfettive	P 10.1.3.2			0/4	0/4	0/4	2/4	4/4
<b>Totale fasi:</b>										0	0	2	4	2
<b>Misura dell'indicatore sentinella - Obiettivo Generale 10.3:</b>										--	0	2/2	3/4	8/8





REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

P10.1 INTEGRAZIONE DEI CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE	10.4 Completare i sistemi anagrafici	10.4.1 Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi	4 Regioni operative al 100%	Non rilevato	100% In ogni regione è implementato in modo informatizzato, il sistema informativo nazionale SINVSA per la gestione delle anagrafiche degli OSM, anche in cooperazione applicativa	100% Implementazione del sistema informatizzato SINVSA per la gestione della anagrafica relativa agli operatori riconosciuti e registrati ai sensi dell'art 9 e 10 del Reg 183/05	P 10.1.4.1	Proporzione delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015-2016 2017 e all'intero quadriennio per il 2018)	Fasi attuate(x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/4	3/4	4/4		
		10.4.2 Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"	Non rilevato in modo standardizzato	Non rilevato	100% In ogni regione conformità completa delle anagrafi regionali, o in alternativa delle ASL, alla Master List 852/04	100% Conformità completa delle anagrafi regionali e delle ASL alla Master List 852/04	P 10.1.4.2			0/4	1/4	2/4	3/4	4/4
<b>Totale fasi:</b>										0	4	2	1	1
<b>Misura dell'indicatore sentinella - Obiettivo Generale 10.4:</b>										--	3/4	2/2	1/1	8/8
P10.1 INTEGRAZIONE DEI CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE	10.7 Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	10.7.1 Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità Competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013	Non rilevato in maniera standardizzata.	Non rilevato in maniera standardizzata.	In ogni Regione vi è evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfa le esigenze previste.	Predisposizione di una procedura operativa per il riesame della capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici nella RAS	P 10.1.7.1	Proporzione delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015-2016 2017 e all'intero quadriennio per il 2018)	Fasi attuate(x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/2	2/2			
						Svolgimento di un riesame annuale della capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici da parte dell'AC della Regione Sardegna.	P 10.1.7.2			0/3	0/3	1/3	2/3	3/3
<b>Totale fasi:</b>										0	2	1	1	1
<b>Misura dell'indicatore sentinella- Obiettivo Generale 10.7:</b>										--	1/2	1/1	1/1	5/5



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

P10.1 INTEGRAZIONE DEI CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE	10.11 Formare adeguamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale.	10.11.1 Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale affidente ai servizi dell'Autorità competente.	Non rilevato in maniera standardiz- zata	Corso per auditor sugli OSA e sulle AC rivolto agli operatori coinvolti nel controllo ufficiale, 2010 - 2011.	100% In ogni Regione è completato il percorso formativo previsto dall'accordo stato regioni del 07/02/2013 recante Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza alimentare e di sanità pubblica veterinaria.	Completare il percorso formativo previsto dall'accordo stato regioni del 07/02/2013 recante Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza alimentare e di sanità pubblica veterinaria, recepto dalla RAS con Deliberazione n. 19/31 del 14 maggio 2013.	P10.1.11.1	Proporzione delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015- 2016 2017 e all'intero quadriennio per il 2018)	Fasi attuato(x)/ fasi da attuare come previsto nei cronoprogr- ammi delle singole azioni	0/4	1/4	4/4		
							P10.1.11.2			0/4	0/4	4/4		
							P10.1.11.3			0/4	0/4	1/4	4/4	
<b>Totale fasi:</b>										0	1	8	3	
<b>Misura dell'indicatore sentinella - Obiettivo Generale 10.11:</b>										--	1/1	7/8	3/3	12/12
P10.1 INTEGRAZIONE DEI CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE	10.12 Realizzare gli audit previsti dall'art. 4(6) del Regolamento CE 882/2004.	10.12.1 Rendicontazi- one dell'attività di audit di sistema svolta.	Rendicont- azione del PNI con relazione annuale del Ministero della salute.	Registraz- ioni relative agli audit sull'AC effettuati nel corso del 2014.	100% In ogni Regione è realizzato il programma audit sull'AC.	100% Realizzazione del programma di audit sull'AC da parte della Regione Sardegna.	P10.1.12.1	Proporzione delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015- 2016 2017 e all'intero quadriennio per il 2018)	Fasi attuato(x)/ fasi da attuare come previsto nei cronoprogr- ammi delle singole azioni	0/5	1/5	2/5	3/5	5/5
							P10.1.12.2			0/5	1/5	2/5	3/5	5/5
<b>Totale fasi:</b>										0	2	2	2	4
<b>Misura dell'indicatore sentinella - Obiettivo Generale 10.12:</b>										--	2/2	2/2	2/2	10/10
<b>Totale fasi P10.1:</b>										<b>0</b>	<b>13</b>	<b>37</b>	<b>19</b>	<b>79</b>

**Indicatori sentinella per valutazione ex ante** Si considera coerente con il cronoprogramma delle azioni la realizzazione delle fasi indicate al numeratore dell'indicatore sentinella. Nel 2018 dovrà essere portato a termine il programma previsto per l'anno in corso ed effettuato il recupero delle fasi non realizzate negli anni precedenti. Pertanto il numeratore dell'indicatore sentinella, per il 2018 è dato dalla somma di tutte le fasi da attuare in tutti i cronoprogrammi.

## Programma P10.2 Promozione della sicurezza nutrizionale

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Azione/progetto	Indicatore sentinella (misura lo stato di avanzamento del programma verso tutti gli obiettivi specifici):	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna						2015	2016	2017	2018
10.9 Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti ivi incluse le persone celiache	10.9.1 Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare	Non rilevato in maniera standardizzata	Non rilevato in maniera standardizzata.	Predisposizione di un programma che preveda almeno un evento formativo all'anno	Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti ivi incluse le persone celiache	P10.2.9.1	Proporzione delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015 - 2016 2017 e all'intero quadriennio per il 2018)	Verbali, bozze Documenti e agli atti	Fasi attuate (x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/5	1/5	4/5	5/5	
						P10.2.9.2				0/5	0	0	2/5	5/5
						P10.2.9.3				0/5	0	3/5	5/5	
						P10.2.9.4				0/6	2/6	4/6	5/6	6/6
10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica.	10.10.1 Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale in ottemperanza all'Intesa Stato-Regioni del 22/02/2009	Regioni e PPAA 3:21	Non rilevato	Attivazione del sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il formato in uso	Attivazione del sistema di trasmissione dei dati all'ISS secondo il formato in Excel predisposto dall'ISS	P10.2.10.1	Proporzione delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015 - 2016 2017 e all'intero quadriennio per il 2018)	Verbali, bozze Documenti e agli atti	Fasi attuate (x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/5	0/5	2/5	4/5	5/5
	10.10.2 Proporzioni di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	Non rilevato	Non rilevato	Adozione di un percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato al Ministero della salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi)	Adozione di un percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato al Ministero della salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi)	P10.2.10.2				0/6	3/6	4/6	5/6	6/6
<b>Totali:</b>										<b>0</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>6</b>
<b>Misura dell'indicatore sentinella:</b>										<b>--</b>	<b>5/6</b>	<b>8/11</b>	<b>7/9</b>	<b>32/32</b>

**Indicatore sentinella per valutazione ex ante** Si considera coerente con il cronoprogramma delle azioni la realizzazione delle fasi indicate al numeratore dell'indicatore sentinella. Nel 2018 dovrà essere portato a termine il programma previsto per l'anno in corso ed effettuato il recupero delle fasi non realizzate negli anni precedenti. Pertanto il numeratore dell'indicatore sentinella, per il 2018 è dato dalla somma di tutte le fasi da attuare in tutti i cronoprogrammi.



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Programma P-10.3 Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Azione/progetto	Indicatore sentinella (misura lo stato di avanzamento del programma verso tutti gli obiettivi specifici:	Fonte verificata	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi				
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna						2015	2016	2017	2018	
10.5 Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non epidemiche e degli eventi straordinari	10.5.1 Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari	Non rilevato in maniera standardizzata	Legge Regionale 25 novembre 2014, n. 24 - art. 10 "Unità di Progetto". Determinazione del Direttore del Servizio prevenzione n. 658/det/10 del 12-01-2013 "Piano di emergenza per la sicurezza alimentare Direttive per la gestione delle emergenze".	100% In ogni Regione è predisposto un piano di intervento per la gestione delle emergenze con elevato livello di integrazione.	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari.	P10.3.5.1	Proporzioni delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015- 2016 2017 e all'intero quadriennio per il 2018)	Verbali, bozze Documenti agli atti	Fasi attuate (x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/4	2/4	4/4			
						P10.3.5.2				0/4	1/4	2/4	3/4	4/4	
						P10.3.5.3				0/4	1/4	4/4			
10.5 Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non epidemiche e degli eventi straordinari	10.5.2 Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del Piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare	Non rilevato in maniera standardizzata	Nel triennio 2010-2012 sono stati svolti tre eventi esercitativi di scala nazionale (con simulazione in aula di gestione di emergenze di sicurezza alimentare) che hanno coinvolto 300 rappresentanti regionali, delle ASL, IZS, operatori del settore alimentare e NAS	100% In ogni Regione è realizzato un evento esercitativo, di scala regionale, che coinvolga il personale dei servizi veterinari, dei SIAN, degli IZS e delle ARPA, tramite la simulazione della gestione di un'emergenza nel campo della sicurezza alimentare (esercitazione di campo, table-top exercise, ecc...)	Simulazione della gestione di un'emergenza nel campo della sicurezza alimentare	P10.3.5.4	Proporzioni delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015- 2016 2017 e all'intero quadriennio per il 2018)	Verbali, bozze Documenti agli atti	Fasi attuate (x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/6	1/6	4/6	5/6	6/6	
						P10.3.5.5				0/6	1/6	4/6	6/6		
<b>Totale:</b>										<b>0</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	
<b>Misura dell'indicatore sentinella – Obiettivo generale 10.5:</b>										--	4/5	8/10	4/5	24/24	

## Programma P10.4 Prevenzione delle malattie trasmissibili tramite vettori animali

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Azione/progetto	Indicatore sentinella (misura lo stato di avanzamento del programma verso tutti gli obiettivi specifici:	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore di partenza Anno 2015	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna						2015	2016	2017	2018
10.6 Prevenire le malattie infettive diffuse di Interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	10.6.1 Attuazione del Piano di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici per la West Nile Disease (WND)	Non rilevato in maniera standardizzata	Determinazione del Direttore Generale della Sanità 7 aprile 2015, n. 245 Piano Regionale integrato per la sorveglianza della WND	100% In ogni Regione è attuato un piano di sorveglianza per almeno 4 malattie	Attuazione del Piano di sorveglianza per la West Nile Disease	P10.4.6.1	Proporzione delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare (nell'anno di riferimento per il 2015- 2016 2017 e per l'intero quadriennio per il 2018)	Verbali, bozze Documenti agli atti	Fasi attuate(x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi	1/4	3/4	4/4		
	10.6.2 Attuazione del Piano di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici per l'Influenza Aviaria	Non rilevato in maniera standardizzata	Non rilevato		Attuazione del Piano di sorveglianza per l'influenza aviaria	P10.4.6.2				0/5	1/5	2/5	4/5	5/5
	10.6.3 Attuazione del Piano di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici per la Brucellosi	Non rilevato in maniera standardizzata	Determinazione del Direttore Generale della Sanità 30 dicembre 2010, n. 1318		Attuazione del Piano di sorveglianza per la Brucellosi	P10.4.6.3				0/5	1/5	2/5	4/5	5/5
	10.6.4 Attuazione del Piano di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici per Tubercolosi	Non rilevato in maniera standardizzata	Determinazione del Direttore Generale della Sanità 30 dicembre 2010, n. 1318		Attuazione del Piano di sorveglianza per la Tubercolosi	P10.4.6.4				0/5	1/5	2/5	4/5	5/5
<b>Totali fasi:</b>										<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Misura dell'indicatore sentinella – Obiettivo generale 10.6:</b>										<b>--</b>	<b>4/5</b>	<b>3/4</b>	<b>5/6</b>	<b>19/19</b>

**Indicatore sentinella per valutazione ex ante** Si considera coerente con il cronoprogramma delle azioni la realizzazione delle fasi indicate al numeratore dell'indicatore sentinella. Nel 2018 dovrà essere portato a termine il programma previsto per l'anno in corso ed effettuato il recupero delle fasi non realizzate negli anni precedenti. Pertanto il numeratore dell'indicatore sentinella, per il 2018 è dato dalla somma di tutte le fasi da attuare in tutti i cronoprogrammi.

## Programma P-10.5 Prevenzione del Randagismo

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Azioni Progetto	Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi							
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna						2015	2016	2017	2018				
10.8 Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi	10.8.1 Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target	Campagne e di comunicazione contro l'abbandono degli animali 2008-2009-2011-2012	Negli anni scorsi sono stati organizzati e realizzati nelle diverse ASL della Sardegna corsi di formazione per popolazioni target .La frequenza degli eventi non è stata omogenea in tutto il territorio regionale	100% In ogni Regione è realizzato un Piano di informazione/comunicazione rivolto alla popolazione, finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale	In ogni ASL è realizzato un Piano di informazione/comunicazione rivolto alla popolazione, finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale	P 10.5.8.1	Numero delle fasi effettuate rispetto al totale delle fasi da realizzare. per gli anni 2015-2016 2017 2018. 100% da raggiungere al termine del quadriennio ( 2015-2018)	Documenti e verbali degli incontri, rilascio patentino, campagne d'informazione. Documenti e verbali su corsi di informazione/comunicazione svolti nel territorio rivolti alle varie figure : popolazione scolastica, proprietari cani, polizia locale, guardie zoofile, gestori e operatori dei canili, veterinari liberi professionisti	Fasi attuate(x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/4	1/4	2/4	3/4	4/4				
						P 10.5.8.2				0/3	2/3	3/3						
						P 10.5.8.3				0/3	1/3	3/3						
						P 10.5.8.4				0/2	1/2	2/2						
						P 10.5.8.5				0/3	1/3	3/3						
						P 10.5.8.6				0/5	1/5	3/5	4/5	5/5				
						P 10.5.8.7				1/3	2/3	3/3						
	10.8.2 Proporzioni di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	32,33% - media nazionale su 17 Regioni e Province autonome che hanno trasmesso il dato ( Attualmente la situazione si presenta con un notevole grado di eterogeneità tra le regioni)	Tale dato non è stato registrato e valutato adeguatamente in tutto il territorio regionale	Incremento assoluto di almeno il 10% su base nazionale, valore ottenibile definendo obiettivi differenziati secondo il valore baseline regionale al 2014: -almeno il raggiungimento della media nazionale rilevata al 2014 (32,33%) per le regioni al di sotto del 25%; -incremento del 15% per le regioni tra il 25 % e il 35%, - incremento del 10% per le regioni tra il 35,01% e il 45%; -incremento del 5% per le regioni tra il 45,01% e il 55%; --mantenimento del valore attuale per le regioni con valore > 55%	Incremento dell'anagrafe canina in tutti i comuni della Sardegna con giornate dedicate a utenze specifiche (associazioni venatorie, associazioni di volontariato, aziende zootecniche ).	P 10.5.8.8	n. cani anagrafati /abitanti : -valore di partenza 0,22; -nel 2015 val. atteso 0,22; -nel 2016val atteso 0,23; -nel 2017 val atteso 0,24; - nel 2018 val atteso 0,25	( Anagrafe Canina) Banca Dati Regionale/(Popolazione) ISTAT	Fasi attuate(x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/5	2/5	3/5	4/5	5/5				
										P 10.5.8.9	Miglioramento della rilevazione dell'incremento del rapporto cani microcippati restituiti al proprietario e cani introdotti in canile	nel 2018 almeno il raggiungimento della media nazionale rilevata al 2014 (32,33%)	Rendicontazione delle AA.SS.LL. sul numero dei cani microcippati restituiti al proprietario e cani introdotti in canile	0/5	2/5	3/5	4/5	5/5



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Obiettivi Centrali o Generali	Indicatori Centrali o di Programma	Valore Baseline		Standard		Azioni Progetto	Indicatori sentinella	Fonte di verifica	Formula di calcolo	Valore Baseline	Valori attesi			
		Italia	Sardegna	Italia	Sardegna						2015	2016	2017	2018
	10.8.3 Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	Il numero dei controlli attualmente e non è rilevato in maniera standardizzata. Il numero di strutture (904) discende dalla rendicontazione 2011	Non rilevato in maniera standardizzata	100% In ogni Regione è svolto almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario della ASL	100 % Esecuzione di due controlli/anno documentati in ciascun canile/rifugio	P 10.5.8.10	Costituzione della commissione tecnica per la stesura di una check list al fine della rilevazione standardizzata dei controlli svolti	Norme cogenti, Direttive regionali, Documenti, verbali dei controlli a campione	Fasi attuate(x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/4	2/4	3/4	4/4	
						P 10.5.8.11	In ogni ASL è svolto almeno 1 controllo/anno per ciascun rifugio e canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario della ASL	Check-list, SISAR-VET, relazione annuale	Fasi attuate(x)/fasi da attuare come previsto nei cronoprogrammi delle singole azioni	0/4	1/4	2/4	3/4	4/4
<b>Totali fasi:</b>										1	15	15	14	12
<b>Misura dell'indicatore sentinella – Obiettivo generale 10.8:</b>										--	12/15	12/14	12/14	57/57

**Indicatore sentinella per valutazione ex ante** Si considera coerente con il cronoprogramma delle azioni la realizzazione delle fasi indicate al numeratore dell'indicatore sentinella. Nel 2018 dovrà essere portato a termine il programma previsto per l'anno in corso ed effettuato il recupero delle fasi non realizzate negli anni precedenti. Pertanto il numeratore dell'indicatore sentinella, per il 2018 è dato dalla somma di tutte le fasi da attuare in tutti i cronoprogrammi.