Anno XXXVII REPUBBLICA ITALIANA N. 43 Speciale
Sanità

BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE ABRUZZO

L'AQUILA, 3 MAGGIO 2006

PALAZZO CENTI

Spedizione in abbonamento postale - 70% Div. Corr. D.C.I. - AQ

BOLLETTINO UFFICIALE

INFORMAZIONI

Il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo è pubblicato in L'Aquila dalla Presidenza della Giunta Regionale presso cui ha sede il servizio Bollettino che ne cura la direzione, la redazione e l'amministrazione.

Le uscite sono differenziate a seconda del contenuto.

Il Bollettino Ordinario si compone di 3 parti:

I° PARTE: dove vengono pubblicate le leggi e i regolamenti della Regione, i decreti del Presidente della Giunta e del Consiglio e gli atti degli Organi regionali - integralmente o in sintesi - che possono interessare la generalità dei cittadini.

II° PARTE: dove vengono pubblicate le leggi e gli atti dello Stato che interessano la Regione.

III° PARTE: dove vengono pubblicati gli annunci e gli altri avvisi di interesse della Regione o di terzi la cui inserzione - gratuita o a pagamento - è prevista da leggi e da regolamenti della Regione e dello Stato (nonché quelli liberamente richiesti dagli interessati).

Nei **Supplementi** vengono pubblicati tutti gli atti riguardanti il personale regionale, gli avvisi e i bandi di concorso interno.
Questa tipologia di bollettino non è inclusa nell'abbonamento.

In caso di necessità si pubblicano altresì numeri **Straordinari** e **Speciali**.

ABBONAMENTO E PASSWORD

E' possibile sottoscrivere abbonamenti in qualunque periodo dell'anno. Il **costo annuale è di € 77,47** da versare sul **c.c.p. n° 12101671** specificando nella causale: "Nuovo abbonamento". L'attivazione dell'abbonamento decorrerà non prima della ricezione da parte della Redazione dell'attestazione di pagamento. Al fine di velocizzare la pratica è consigliabile inviare copia del versamento effettuato alla Redazione tramite fax al numero **0862 364665**.
L'abbonamento al cartaceo offre anche la possibilità di consultare i bollettini sul sito della Regione Abruzzo tramite l'apposita password da richiedere compilando la scheda sul sito **http://bura.regione.abruzzo.it** oppure specificando tale richiesta nel fax inviato.
Dopo questa operazione, il Servizio provvederà ad inviare tramite posta ordinaria una user e una password strettamente personali che consentiranno l'accesso al Bollettino on-line limitatamente al periodo di validità dell'abbonamento al bollettino cartaceo.

INSERZIONI

La pubblicazione di avvisi, bandi, deliberazioni, decreti ed altri atti in generale (anche quelli emessi da organi regionali) per conto di Enti, Aziende, Consorzi ed altri soggetti è effettuata a pagamento, tranne i casi in cui tali atti siano di interesse esclusivo della Regione e dello Stato.

Le richieste di pubblicazione di avvisi, bandi ecc. devono essere indirizzate con tempestività ed esclusivamente alla:
Direzione del Bollettino Ufficiale - Corso Federico II n. 51 - 67100 L'Aquila

Il testo da pubblicare deve pervenire:

- in originale o copia conforme regolarizzata ai fini del bollo;
- munito della ricevuta del versamento sul c.c.p. n. 12101671 intestato a: Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila, per un importo variabile in relazione all'atto da pubblicare e calcolato in base a quanto di seguito riportato:
  - per titoli ed oggetto che vanno in neretto pari a € 1,81 a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute)
  - per testo di ciascuna inserzione pari a €.1,29 a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute).

Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo dalla "data di pubblicazione sul B.U.R.A.".

AVVERTENZE

- Gli abbonamenti e le Inserzioni vengono effettuati esclusivamente tramite **c.c.p. n° 12101671** intestato a:
  Regione Abruzzo - Bollettino Ufficiale - 67100 L'Aquila. - n. fax 0862 364665
- Costo fascicolo: **€ 1,29** - Arretrati, solo se disponibili, **€ 1,29**.
- Le richieste dei numeri mancanti non verranno esaudite trascorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione
- Unico punto vendita: Ufficio B.U.R.A. - Corso Federico II n° 51 - 67100 L'Aquila
- Orario per il pubblico: dal lunedì al venerdì dalle **ore 9.00** alle **ore 13.00** ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

SOMMARIO

Parte I

Leggi, Regolamenti ed Atti della Regione

ATTI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 14.03.2006, n. 207:
Recepimento accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28/08/1997, n. 281 tra il Ministro della Salute e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento relativo alle "linee guida per la diagnostica per immagini"..... Pag. 4

DELIBERAZIONE 14.03.2006, n. 214:
Nona erogazione delle indennità di cui all'art. 2, comma 1, lett. c) della L.R. 23 ottobre 2003, n. 15, ad Aziende varie, ai sensi dell' Ordinanza Interministeriale 2 aprile 2004 e della L.R. 1 aprile 2004, n. 14 recante "Disposizioni urgenti in materia di zooetcnia". ..... Pag. 19

DELIBERAZIONE 20.03.2006, n. 248:
Protocollo d'intesa tra la Regione Abruzzo e l'Università degli Studi di Teramo. Triennio 2006/2009. ..... Pag. 19

DELIBERAZIONE 29.03.2006, n. 277:
Piano Regionale della Prevenzione Sanitaria 2005-2007: Adeguamento Deliberazione Giunta Regionale n. 683 del 18.7.2005. ..... Pag. 25

DETERMINAZIONI

Direttoriali

DIREZIONE SANITÀ

DETERMINAZIONE 21.03.2006, n. DGUUA/3:
Piano Preventivo anno 2006 in materia di prestazioni di riabilitazione specifica extraospedaliera (art. 26 della legge 833/1978) erogate dalle strutture private provvisoriamente accreditate - Definizione del budget complessivo per il 2006 e ripartizione dello stesso per singolo erogatore accreditato. ..... Pag. 114

Dirigenziali

DIREZIONE SANITÀ
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE, MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

DETERMINAZIONE 28.03.2006, n. DG1/10:
Giudizio di idoneità per l'inquadramento nel ruolo medico del Servizio Sanitario Nazionale di incaricati del servizio di guardia medica e/o medicina dei servizi ed emergenza territoriale. ... Pag. 117

PARTE I

LEGGI, REGOLAMENTI ED ATTI DELLA REGIONE

ATTI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 14.03.2006, n. 207:

Recepimento accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28/08/1997, n. 281 tra il Ministro della Salute e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento relativo alle "linee guida per la diagnostica per immagini".

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa che si intendono qui integralmente trascritte

- di recepire l'accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento relativo alle tematiche "Linee guida per la diagnostica per immagini" pubblicato sulla G.U. serie Generale n. 100 del 2 maggio 2005 supplemento ordinario n. 79;

- di formulare nei confronti delle aziende AUSL e nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche e private l'indirizzo espresso di attenersi alle precitate linee guida;

- di pubblicare la presente delibera sul *B.U.R.A.*

Segue allegato

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento relativo alle "Linee guida per la diagnostica per immagini".

Atto rep. n. 2113 del 28 ottobre 2004.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 28 ottobre 2004

PREMESSO che:

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1997 n.502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1997 n.421" e successive modifiche ed integrazioni, all'art. 11 comma 2, vincola l'erogazione delle prestazioni dei Livelli essenziali ed uniformi di assistenza al rispetto dei princìpi della dignità, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso, della qualità delle cure e dell'appropriatezza;

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001,"Definizione dei livelli essenziali di assistenza", all'allegato 4 richiama alla necessità di attuare adeguati interventi per promuovere l'appropriatezza;

- il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, nei dieci progetti per la strategia del cambiamento, al punto 1° individua tra gli obiettivi strategici la promozione di migliori protocolli di appropriatezza per i diversi livelli di assistenza;

CONSIDERATO che:

- la Diagnostica per Immagini (DPI) grazie soprattutto alla rivoluzione dei rilevatori di immagine e all'informatica, ha avuto uno sviluppo tumultuoso negli ultimi trenta anni;

- la rivoluzione delle tecnologie e delle conoscenze in campo medico hanno modificato in maniera sostanziale la possibilità di utilizzare le tecniche di Diagnostica per immagini quali necessari ed indispensabili supporti alla diagnosi, alla prognosi, al monitoraggio della malattia e alla realizzazione di procedure interventistiche sia diagnostiche che terapeutiche;

- l'accresciuta offerta di prestazioni di diagnostica per immagini ha però comportato negli anni una crescita della domanda non sempre del tutto giustificata, che ha contribuito in maniera significativa all'incremento delle liste di attesa;

- il ricorso inappropriato alle prestazioni di diagnostica per immagini che utilizzano radiazioni ionizzanti comporta tra l'altro un'indebita irradiazione del paziente ed un aumento della dose collettiva alla popolazione;

- il principio dell'appropriatezza delle prestazioni è alla base della definizione dei livelli essenziali di assistenza ed è più volte ribadito nelle disposizioni seguite all'emanazione del decreto di riordino della disciplina in materia sanitaria;

- con l'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, propedeutico all'emanazione del D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli di assistenza", al punto 4.3 sono stati demandati alle Regioni i criteri e le modalità per contenere il ricorso e l'erogazione di prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, ed analoghe indicazioni si ritrovano nell'allegato 4 al D.P.C.M. sopra citato;

- il richiamo alla necessità del rispetto dell'appropriatezza clinica, in particolare per quanto riguarda le prestazioni che utilizzano radiazioni ionizzanti e più in generale per quanto attiene all'utilizzo di radiazioni ionizzanti nella pratica clinica, è presente nella Direttiva 97/43 Euratom del Consiglio Europeo, recepita nella normativa italiana con il decreto legislativo n. 187 del 2000 che stabilisce i principi generali di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche;

RILEVATO che le Regioni e le Province autonome il 30 marzo 2004 hanno trasmesso una loro proposta in ordine all'argomento, allo scopo di pervenire unitamente alle Amministrazioni centrali interessate ad un documento congiunto, volto ad assolvere ad una funzione di miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di diagnostica per immagini, senza innovare sui previgenti "Livelli essenziali di assistenza" di cui al D.P.C.M. del 29 novembre 2001 e successive integrazioni e senza determinare alcun onere aggiuntivo di spesa;

CONSIDERATO che, nella riunione in sede tecnica del 22 giugno 2004, il Ministero della salute si è impegnato a valutare il documento regionale, al fine di concorrere alla sua stesura definitiva;

VISTA la proposta di accordo in oggetto come presentata dal Ministero della salute in data 15 settembre 2004, che tra l'altro:
- Costituisce frutto di un lavoro presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) da parte di una Commissione che ha rivisitato l'ultima edizione di "Making the best use of a department of Clinical Radiology. Guide lines for doctors", elaborato dal Royal College of Radiology unitamente alla Associazione Europea di Radiologia e all'Associazione Europea di Medicina Nucleare;

- è stata validata e condivisa dalla Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), dall'Associazione Italiana di

Medicina Nucleare (AIMN) e dall'Associazione Italiana di Neuroradiologia (AINR);

V1STO l'art 4 del decreto legislativo 28 agosto 19971 n. 281;

CONSIDERATO che in corso di seduta i Presidenti delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano si sono positivamente espressi ai fini del perfezionamento del presente accordo, con la richiesta di integrare il testo della pagina 9 dell'Allegato sub A) paragrafo 3, come segue:

- dopo le parole "- nelle sesta è riportata l'eventuale dose di esposizione alle radiazioni. Laddove la dose di esposizione non risulta indicata, significa che non ci sono dati sufficientemente disponibili per fornire un'indicazione", inserire le parole ", vista anche la grande variabilità nel tempo e nei modi di esecuzione";

ACQUISITO in corso di seduta l'assenso del Ministro della salute e dei Presidenti delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano sul presente accordo;

SANCISCE ACCORDO

sulle Linee guida inerenti la diagnostica per immagini, nei termini di cui agli allegati sub A e sub B > che costituiscono parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Dott. Riccardo Carpino

IL PRESIDENTE
Sen. Prof. Enrico La Loggia

Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ALLEGATO A

1. OBIETTIVI

L'obiettivo primario che si vuole perseguire con le seguenti linee guida, è una riduzione del numero di esami radiologici "inappropriatamente" richiesti ed eseguiti, e ritenuti tali, in quanto: - non aggiungono valore al sospetto diagnostico del clinico, né lo correggono; non sono utili a modificare la gestione clinica del paziente. L'inappropriatezza di tali esami conduce pertanto allo spreco di risorse già limitate, all'allungamento dei tempi di attesa e, quando eseguiti con radiazioni ionizzanti, ad un'assenza di beneficio rispetto al danno che l'esposizione a radiazioni potrebbe causare alla persona.

Le presenti linee guida pertanto si propongono di fornire ai medici prescriventi e ai medici specialisti in radiologia e medicina nucleare uno strumento formativo, per assicurare ai pazienti appropriate ed adeguate prestazioni di diagnostica per immagini, precisando tuttavia che esse non devono essere considerate alla stregua di regole inflessibili e che soprattutto non hanno lo scopo di stabilire uno standard legale di riferimento, né vanno usate a tal fine.

Il giudizio finale riguardante l'appropriatezza di qualunque indagine radiologica e medico nucleare spetta infatti allo spe-

cialista medico radiologo e medico nucleare alla luce di tutte le circostanze che si possono presentare, per cui possono essere responsabilmente adottati provvedimenti difformi da quanto previsto in queste linee guida, allorquando siano motivati dalle condizioni del paziente, dalla disponibilità delle risorse tecniche o da eventuali progressi nelle conoscenze scientifiche o tecnologiche susseguenti alla pubblicazione delle linee guida stesse.

Obiettivo secondario, ma non meno importante, è quello di contribuire a migliorare e incrementare i contatti tra il medico curante e lo specialista in Diagnostica per Immagini, nell'ottica della ottimizzazione dei percorsi diagnostici e quindi di una migliore utilizzazione delle risorse con rilevante beneficio sia per la salute individuale, sia per i costi sostenuti dal SSN.

2. METODOLOGIA PER L'EVIDENZA E RACCOMANDAZIONI

Il grado di evidenza circa le affermazioni riportate in questo lavoro, seguendo la classificazione di riferimento utilizzata a livello europeo nella diagnostica per immagini, è così indicato:

- ***A) studi a controllo random, meta-analisi, rassegne sistematiche;***
- ***B) studi sperimentali e osservazionali;***
- ***C) altre evidenze per le quali il parere si basa sull'opinione di esperti con l'approvazione di autorità riconosciute.***

Le raccomandazioni utilizzate sono le seguenti:

1) **Indagine indicata.** La/le indagine/i sono opportune in quanto contribuiscono con grande probabilità alla diagnosi clinica e alla gestione del paziente. È possibile che l'esame eseguibile sia diverso dall'indagine richiesta dal medico: per esempio impiego di US sostitutivi della flebografia in caso di trombosi venosa profonda.

2) **Indagine specialistica.** Si tratta di indagini complesse o costose che vengono eseguite, di norma unicamente su richiesta da parte di medici che dispongono dell'esperienza clinica atta a valutare i risultati dell'indagine e ad agire di conseguenza.

3) **Indagine inizialmente non indicata.** Questa situazione riguarda i casi nei quali l'esperienza dimostra che il problema clinico di solito si risolve con il tempo. Si consiglia pertanto, di rinviare lo studio e di eseguirlo unicamente qualora permangano i sintomi. I dolori alla spalla sono un tipico esempio di questa situazione.

4) **Indagine non indicata di routine.** Poiché nessuna raccomandazione ha carattere assoluto, la richiesta sarà soddisfatta unicamente qualora il medico la motivi in modo incontrovertibile. Un esempio è quello di un esame radiografico in un paziente con dolori di schiena per i quali i dati clinici lasciano pensare che vi possa essere una patologia diversa da quella degenerativa (per esempio: frattura vertebrale su base osteoporotica).

5) **Indagine non indicata.** Gli esami di questo gruppo sono quelli nei quali manca la base logica all'esecuzione dell'indagine (per esempio: urografia in caso di ipertensione arteriosa).

L'esposizione alle radiazioni ionizzanti delle persone può determinare effetti dannosi sulla salute. Gli effetti indotti in seguito ad esposizioni mediche, effettuate nella prevenzione e per la diagnosi di patologie, sono generalmente di natura stocastica. Tali effetti possono manifestarsi anche a dosi relativamente basse e non richiedono il superamento di un valore soglia. La probabilità di insorgenza di tali danni aumenta con la dose ricevuta, mentre la gravità degli effetti risulta essere indipendente da essa. È però evidente come sia rilevante per l'individuo e per la popolazione nel suo insieme limitare tali esposizioni ai casi indispensabili, e ridurre quelle necessarie al minimo compatibile con la formulazione di una diagnosi.
L'impiego medico delle radiazioni ionizzanti, che costituisce la

fonte principale di esposizione alle radiazioni ionizzanti della popolazione dovuta a sorgenti artificiali, è in continuo aumento in Italia così come in tutti i Paesi con un elevato grado di assistenza sanitaria. A fronte di una generale riduzione delle dosi associate alle pratiche diagnostiche più comuni ed alla sostituzione nella pratica medica di alcune procedure diagnostiche con tecniche che utilizzano radiazioni non ionizzanti, si è assistito in questi ultimi anni alla diffusione di nuove strumentazioni ed applicazioni, quali la Tomografia computerizzata (TAC), la Radiologia Interventistica e, in Medicina Nucleare, la Tomografia ad emissione di positroni (PET), che comportano alti valori di dose per le persone esposte.

L'ampia diffusione di tali tecniche è stata senza dubbio accelerata dal sensibile miglioramento che esse hanno determinato nella qualità dell'immagine e che portano ad estendere il loro impiego anche a casi in cui la diagnosi potrebbe essere effettuata con tecniche che erogano dosi minori o che non impiegano radiazioni ionizzanti.

Negli anni più recenti vi sono stati inoltre nuovi sviluppi nella conoscenza dei meccanismi di insorgenza del danno associato all'esposizione alle radiazioni e della diversa radiosensibilità degli individui, in particolare nel caso delle esposizioni in utero e nei soggetti in età pediatrica.

L'insieme di queste considerazioni fa sì che sia necessario operare per limitare le indagini che implicano l'uso di radiazioni ionizzanti e ridurre i rischi ad esse associati.

La Direttiva Euratom 97/43 ha espressamente citato il ruolo del prescrivente la procedura radiologica e ha raccomandato di mettere a punto "criteri di riferimento", di indirizzo nel processo di giustificazione. Tale raccomandazione è stata recepita nel D.Lgs 187 del 30 maggio 2000. Le linee guida presentate in questo documento rappresentano a questo proposito un possibile ed efficace strumento di supporto al medco nella valutazione delle richieste.

Effetti delle radiazioni ionizzanti ed ottimizzazione dell'impiego in medicina

In ordine agli effetti associati all'esposizione alle radiazioni ionizzanti, si evidenzia che i principali meccanismi che determinano danno biologico coinvolgono essenzialmente il nucleo delle cellule, dove è presente il DNA. Le radiazioni ionizzanti inducono lesioni del DNA (tra cui interruzione della catena, danni alle basi) che, se non sono riparate, possono determinare conseguenze più o meno rilevanti nelle funzioni cellulari. Gli effetti possono manifestarsi dopo un tempo breve o lungo a seconda della quantità di radiazione assorbita e delle modalità con cui la radiazione è somministrata.

Effetti deterministici

Gli effetti deterministici derivano dal danneggiamento di un numero consistente di cellule e si manifestano al di sopra di un valore soglia.

Nell'adulto questi effetti corrispondono, a seconda delle dosi all'eritema, ad ulcerazioni cutanee, a leucopenia, a danni al cristallino.

Nel caso dell'irraggiamento del feto si tratta di effetti letali, malformazioni, anomalie della crescita e dello sviluppo, compresi i ritardi mentali gravi.

Effetti stocastici

Gli effetti stocastici sono effetti di natura probabilistica per i quali non è stato dimostrato un valore soglia al di sotto del quale essi non si manifestano. Tali effetti possono manifestarsi dopo diverso tempo dall'esposizione. La probabilità di insorgenza di questi effetti aumenta con la dose, mentre la gravità dell'effetto è indipendente dalla dose ricevuta. Lo sviluppo di neoplasie in seguito ad esposizione alle radiazioni ionizzanti è un effetto stocastico.

Gli effetti ereditari sono anch'essi di natura stocastica.

Dose efficace

Per poter effettuare una stima del rischio complessivo di effetti stocastici (cancro, leucemie, effetti ereditari) seguente un'esposizione alle radiazioni, si utilizza una grandezza dosimetrica definita dose efficace, che si misura in Sievert (Sv).

La dose efficace tiene conto del fatto che gli organi e tessuti del corpo hanno diversa radiosensibilità ossia hanno diversa probabilità di sviluppare neoplasie indotte dalle radiazioni.

L'impiego della dose efficace permette di confrontare il rischio derivante dall'impiego di indagini diverse e anche con quello relativo ad altri tipi di esposizioni non di tipo medico (ad es. con il fondo naturale, con le esposizioni in ambiente di lavoro).

Riduzione di rischi

Per ridurre i rischi connessi alle esposizioni in campo medico è necessario valutare con attenzione la necessità di effettuare l'esame diagnostico (GIUSTIFICAZIONE) ed avviare l'indagine in modo da assicurare che le informazioni prodotte siano ottenute con la dose più bassa possibile compatibilmente con le esigenze diagnostiche (OTTIMIZZAZIONE).

Valutazione prima di prescrivere un accertamento diagnostico con radiazioni

A tale scopo, prima di prescrivere un accertamento diagnostico con radiazioni è importante valutare:

- Che l'esame che si sta richiedendo è utile per il paziente.
- Che non sia possibile ottenere informazioni da indagini già effettuate dal paziente.
- Che non sia possibile ottenere le stesse informazioni da un esame che comporta meno rischi per la sua salute.
- Che la eventuale ripetizione dell'esame, ad esempio nei casi di monitoraggio della evoluzione della malattia, sia compatibile con i tempi di progressione o di risoluzione della stessa, e che quindi le indagini a questo scopo non siano effettuate con frequenza superiore a quella strettamente necessaria.

Precauzioni

• è importante che la richiesta per lo specialista sia formulata in maniera esauriente, in modo tale che il radiologo o il medico nucleare possano scegliere la tecnca o il procedimento migliore possibile per quel caso specifico.

• l'indagine deve essere ottimizzata, ossia si deve operare per ridurre le dosi al livello minimo compatibile con le esigenze diagnostiche. L'ottimizzazione di un esame diagnostico è un processo che si articola su diversi livelli che comprendono tra l'altro la scelta della strumentazione, il monitoraggio del loro funzionamento ottimale, il loro impiego corretto, e la formazione adeguata del personale sugli aspetti specifici di radioprotezione. Studi effettuati in molti Paesi hanno dimostrato che vi è un ampio intervallo di dose associato ad uno stesso tipo di esame diagnostico e che quindi è possibile intervenire per ridurre tali differenze;

• per le esposizioni mediche che riguardano i bambini e le procedure ad alta dose, all'art. 9 del decreto legislativo 187/2000 è esplicitamente richiesto che siano utilizzate attrezzature radiologiche e tecniche adeguate;

• un'attenzione particolare alla protezione dalle radiazioni è richiesta per le esposizioni durante la gravidanza e l'allattamento.

3. MODALITÀ DI CONSULTAZIONE DELLE LINEE-GUIDA, DI CUI ALL'ALLEGATO SUB B

L'allegato sub B al presente accordo si presenta suddiviso in sei colonne:

• nella prima è indicato il numeratore dei problemi clinici; * *(vedasi nota in rosso pag. 27)*

• nella seconda è indicato il problema clinico per il quale si richiede un esame;

• nella terza sono elencate le possibili tecniche di imaging;

• nella quarta è riportata la raccomandazione (con il grado di

evidenza) circa l'appropriatezza o meno dell'indagine;

- nella quinta sono riportati sintetici commenti esplicativi;
- nella sesta è riportata l'eventuale dose di esposizione alle radiazioni.

Laddove la dose di esposizione non risulta indicata, significa che non ci sono dati sufficientemente disponibili per fornire una indicazione, vista anche la grande variabilità nei tempi e nei modi di esecuzione*. Ricordando che la normativa vigente richiede comunque la segnalazione al paziente delle esposizioni mediche alle radiazioni ionizzanti, si ritiene opportuno riportarne i valori

CLASSE	Dose efficace (mSv)	ESEMPI
0	0	US, RM
I	<1	RX torace, RX arti, RX bacino, Colonna cervicale
II	1-5	RX addome, Urografia, RX Colonna lombare TAC (capo e collo) MN (es. scintigrafia scheletrica)
III	5-10	TAC (torace ed addome) MN (es. cardiaca)
IV	>10	Alcuni studi MN
II-IV		Radiologia interventistica*

GLOSSARIO

ABBREVIAZIONE	DEFINIZIONE
RX	Radiografia semplice; una o più pellicole
RXT	Radiografia del torace
RXA	Radiografia dell'addome
US	Ecografia
Survey scheletrica	Serie di esami RX per valutare la presenza e l'estensione di una patologia scheletrica
Mammografia	Radiografia della mammella
Esofago/Prime vie/Tempo di transito	Esofago/Prime vie/Tempo di transito/Studi con bario
Clisma dell'intestino tenue	Studio dettagliato con bario, introdotto attraverso sonda naso duodenale
Clisma opaco	Clistere di bario
Urografia	Urogramma intravenoso
TAC	Tomografia computerizzata
Angio-TAC	Angiografia con tomografia computerizzata
HRCT	Tomografia computerizzata ad alta risoluzione
MN	Medicina Nucleare
SPECT	Tomografia ad emissione singola di fotoni
RM	Risonanza magnetica
Angio-RM	Angiografia a risonanza magnetica
CPRM	Colangiopancreatografia a risonanza magnetica
DSA	Angiografia a sottrazione digitale
CPRE	Colangiopancreatografia retrograda endoscopica
PET	Tomografia ad emissione di positroni
DMSA	Acido dimercaptosuccinico (studio statico renale)
EDTA	Di sodio Edetato (tracciante per lo studio di filtrazione glomerulare)

ABBREVIAZIONE	DEFINIZIONE
GFR	Glomerular Filtratione Rate
MAG3	Benzil mercato acetil triglicina (studio dinamico renale)
MIBG	Metil iodo benzil guanidina (studio del Nuroblastoma e Feocromocitoma)
NM	Nuclear medicine
OIH	Orto iodo ippurano (studio della portata renale plasmatica, marcato con Iodio 123, Iodio 125 o Iodio 131)
IVU	Infezione vie urinarie
RVU	Reflusso vescica ureterale
Tc-^{99m} (od anche ^{99m}Tc)	Tecnezio 99metastabile. Tracciante usato per la marcatura delle varie molecole (DMSA, MAG3)
51 Cr	Isotopo 5I del cromo (usato per la marcatura dell'EDTA)

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 14.03.2006, n. 214:

Nona erogazione delle indennità di cui all'art. 2, comma 1, lett. c) della L.R. 23 ottobre 2003, n. 15, ad Aziende varie, ai sensi dell' Ordinanza Interministeriale 2 aprile 2004 e della L.R. 1 aprile 2004, n. 14 recante "Disposizioni urgenti in materia di zooetcnia".

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

A voti unanimi, espressi nei modi di legge

DELIBERA

per le motivazioni di cui in narrativa:

1) di attestare che alle Aziende bovine e ovi-caprine meglio identificate nell'Allegato A) - compiegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale - spettano gli indennizzi stabiliti dall'art. 3 dell'Ordinanza Interministeriale 2 aprile 2004;

2) di erogare alle singole Aziende bovine e ovi-caprine di cui allo stesso allegato A), quale indennizzo dovuto ai sensi dell'art. 2, comma 1°, lett. c) della L.R. 23 ottobre 2003, n. 15, per effetto dell'art. 3 della L.R. 1 aprile 2004, n. 14 e dell'O. I. 2 aprile 2004, le somme a fianco di ciascuna Azienda indicata;

3) di dare atto che la spesa complessiva di cui al precedente punto 2), come risultante dall'allegato A) al presente provvedimento, pari ad € 43.965,81 graverà, quanto ad € 41.679,11 sul Cap. 82409/R del bilancio regionale di previsione 2006, ove la stessa risulta impegnata con Determinazione DG/11/78 dell'8.4.2005 e quanto ad € 2.286,80 sul Cap. 82409 del bilancio regionale di previsione 2006;

4) di trasmettere copia della presente deliberazione al Ministero della Salute ai fini del rimborso della somma di cui al punto 3), ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 2°, dell'Ordinanza Interministeriale 2 aprile 2004;

5) di rettificare: la propria precedente Deliberazione n. 16 del 26.01.2005, nel senso che l'importo di cui al punto 3) del dispositivo deve essere emendato in € 57.459,11 e l'importo erogato a favore dell'Azienda Di Francesco Antonio Biagio in € 354,20 e, conseguentemente, di rettificare anche la propria Delibera n. 480 del 23.5.2005, nel senso la spesa complessiva del provvedimento, pari ad € 130.976,52, riportata al punto 3) del dispositivo dell'atto graverà per € 57.462,27 sul Cap. 82409/Residui e per € 73.514,25 sul Cap. 82409/competenza;

6) di demandare al Dirigente del Servizio Veterinario della G.R.A. gli adempimenti successivi al presente provvedimento.

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 20.03.2006, n. 248:

Protocollo d'intesa tra la Regione Abruzzo e l'Università degli Studi di Teramo. Triennio 2006/2009.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

A voti unanimi espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

Per quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente trascritto:

1) di approvare, per il triennio 2006/2009 il protocollo d'intesa tra la Regione Abruzzo e l'Università degli Studi di Teramo, con decorrenza dalla data di effettiva sottoscrizione dello stesso da parte del Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Teramo e del Componente la Giunta preposto al Settore Sanità, che allegato al presente provvedimento ne forma parte integrante e sostanziale;

2) di dare atto che dall'approvazione del presente protocollo d'intesa non conseguirà alcun oenere finanziario a carico del bilancio regionale di previsione del corrente esercizio finanziario e dei futuri esercizi nel periodo considerato;

3) di dare atto che l'assunzione di eventuali atti concernenti correlati apporti e/o contributi di carattere tecnico-scientifico all'allegato protocollo d'intesa, formeranno oggetto di specifico accordo tra il Dirigente del Servizio Veterinario della Giunta Regionale d'Abruzzo ed il Preside della Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Teramo;

4) di trasmettere il presente provvedimento alla Università degli Studi di Teramo;

5) di pubblicare il presente provvedimento sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Segue allegato

REPUBBLICA ITALIANA

REGIONE ABRUZZO

Documento composto da n. 4 facciate.
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 212 del 20 MAR. 2006
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

La Regione Abruzzo e l'Università degli Studi di Teramo per la regolamentazione dei rapporti tra le strutture Regionali, S.S.N. e la Facoltà di Medicina Veterinaria.

CONSIDERATO

- ✓ Che è delegato alle Regioni l'esercizio delle funzioni amministrative concernenti la profilassi delle malattie infettive e diffusive del bestiame per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie nonché gli interventi contro le epizoozie;
- ✓ Che è comune interesse dell'Istituzione Sanitaria e di quella Università realizzare modelli di collaborazione che si incentrino sull'unicità dell'obiettivo sanitario al quale sono mirate le funzioni assistenziali, formative e della ricerca;
- ✓ Che le Regioni esercitano le funzioni proprie o delegate mediante attività di coordinamento, indirizzo, promozione e verifica dei servizi di prevenzione delle Unità Sanitarie Locali, ivi comprese le attività di profilassi e Polizia Veterinaria, ispezione e vigilanza veterinaria sugli animali destinati all'alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla produzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario e sulla libera professione (Legge Regionale 14 agosto 1991, n.33);
- ✓ Che le Regioni svolgono le suddette attività secondo il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione predisponendo piani regionali pluriennali;
- ✓ Che l'università può attivare corsi di perfezionamento anche a seguito di convenzioni con Enti pubblici, utilizzando eventualmente strutture decentrate;
- ✓ Che all'università degli studi di Teramo ed in particolare alla Facoltà di Medicina Veterinaria sono affidati istituzionalmente compiti di ricerca e di formazione professionale degli operatori sanitari di Medicina Veterinaria che si estendono anche al periodo di tirocinio pratico post-Laurea.

TUTTO CIO' PREMESSO

L'anno duemilasei, il giorno..... del mese di ..... negli Uffici della Direzione Sanità della Giunta Regionale dell'Abruzzo, in Via Conte di Ruvo, n.74 - Pescara

TRA

la Giunta Regionale d'Abruzzo, rappresentata dal Componente la Giunta delegato al Settore Sanità - Dott. Bernardo Mazzocca, a ciò autorizzato con Delibera di Giunta Regionale n.....del .....

E

l'Università degli Studi di Teramo, con sede di Teramo, in Viale Crucioli n.122, rappresentata dal Magnifico Rettore Prof....., a ciò autorizzato con deliberazione del proprio Consiglio di Amministrazione n..... del ..... (comunicata con nota.....del.....);

si stipula e si conviene quanto segue:

ART. 1
(Obiettivi)

A) - 1. realizzare un idoneo coordinamento tra Facoltà di Medicina Veterinaria, Direzione Regionale Sanità, Aziende UU.SS.LL. e Istituto Zooprofilattico Sperimentale, finalizzato al potenziamento dei rispettivi compiti istituzionali quali la ricerca, l'insegnamento, l'educazione sanitaria, la lotta alle malattie e miglioramento quali/quantitativo delle derrate alimentari.

2. per le finalità del punto precedente è consentita l'utilizzazione reciproca delle strutture degli Enti sopra citati sulla base di reciproci accordi;

B) - contribuire al soddisfacimento delle esigenze di preparazione dei laureandi e tirocinanti laureati consentendo la frequenza degli stessi presso le strutture dei Servizi Veterinari delle Aziende UU.SS.LL., Servizio Veterinario Regionale, e le strutture dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale nel territorio della Regione Abruzzo;

C) - contribuire alla formazione ed all'aggiornamento del personale Medico Veterinario delle Aziende UU.SS.LL., nonché dei Liberi Professionisti, nelle forme e nei limiti della vigente normativa, anche mediante reciproci scambi di esperienza;

D) - realizzare comuni obiettivi di ricerca per la soluzione di problemi inerenti la materia Veterinaria presenti sul territorio regionale;

E) -contribuire all'elevazione tecnico-scientifico delle prestazioni veterinarie contribuendo altresì all'elevazione culturale della categoria e al miglioramento della qualità dei Servizi resi;

ART. 2
(Strutture)

Per le finalità di cui all'Art.1, la Regione Abruzzo e l'Università degli Studi di Teramo, compatibilmente con le proprie esigenze operative metteranno a disposizione strutture e competenze tecnico-operative. A tal fine saranno di volta in volta stipulati appositi accordi attuativi tra la Facoltà di Medicina Veterinaria, le Aziende UU.SS.LL.,, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale e il Servizio Veterinario Regionale;

ART. 3
(Programmazione)

L'Università degli Studi di Teramo e in particolare la Facoltà di Medicina Veterinaria, potrà assicurare l'apporto del personale docente delle strutture di ricerca alla formazione ed all'aggiornamento del personale Veterinario della Regione e delle Aziende UU.SS.LL., il contributo Tecnico-scientifico per la elaborazione di piani, programmi nonché per la realizzazione di problemi pratico-applicativi. Tali apporti e contributi saranno oggetto di specifici accordi tra le parti interessate;

ART. 4

(Personale e Sistemi Informatici)

1. L'eventuale accesso di personale di un Ente nelle strutture dell'altro, avverrà sulla base di precisi accordi tra i responsabili delle strutture interessate e sarà regolato delle norme in vigore presso l'Ente ospitante. Al riguardo ogni Ente risponderà del proprio personale ai fini assicurativi;
2. potranno essere utilizzati altresì i rispettivi sistemi informatici sulla base di precisi accordi e nel rispetto delle disposizioni vigenti;

ART. 5
(Compiti)

L'attuazione di programmi di collaborazione sarà realizzata compatibilmente e subordinatamente ai compiti istituzionali assegnati agli Enti interessati e secondo intese e programmi che saranno concordati preventivamente;

ART. 6
(Oneri finanziari)

Per l'attivazione della convenzione, non conseguirà a carico di ciascun Ente alcun onere finanziario aggiuntivo;

ART. 7
(Validità)

La presente convenzione ha validità triennale a decorrere della data di stipula e potrà essere rinnovata di triennio in triennio mediante apposita intesa da perfezionare almeno tre mesi prima della scadenza naturale.-

Letto, confermato e sottoscritto.

IL COMPONENTE LA GIUNTA
(Dott. Bernardo Mazzocca)

IL MAGNIFICO RETTORE

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 29.03.2006, n. 277:

Piano Regionale della Prevenzione Sanitaria 2005-2007: Adeguamento Deliberazione Giunta Regionale n. 683 del 18.7.2005.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa, che qui di seguito si intendono riportate ed approvate,

1) di integrare il "Piano regionale di prevenzione 2005-2007" approvato con deliberazione Giunta regionale n. 683 del 18 luglio 2005 con i seguenti ulteriori progetti:

   - OBESITÀ, CON PARTICOLARE RIGUARDO ALL'OBESITÀ INFANTILE E NELLE DONNE IN ETÀ FERTILE

   i) Progetto di Prevenzione dell'obesità in gravidanza

   - PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI

   l) Progetto di prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro

2) di modificare ed integrare i progetti, già approvati con la deliberazione n. 683 del 18.7.05, di seguito elencati ed allegati al presente atto come parti integranti e sostanziali:

   - PREVENZIONE DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE

   a) Progetto Cuore

   - PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE

   b) Progetto per Integrazione, Gestione ed Assistenza al diabete

   - VACCINAZIONI

   f) Attuazione del Piano delle vaccinazioni della Regione Abruzzo e monitoraggio della stato di salute

   - PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI

   g) Progetto di prevenzione degli incidenti stradali

   h) Progetto di prevenzione degli incidenti domestici

3) di confermare i progetti degli screening approvati dalla deliberazione Giunta regionale n. 683 del 18 luglio 2005 ed individuati dalla stessa come progetti (c), (d) ed (e) apportando al progetto (e) "screening del carcinoma colorettale" l'integrazione del Comitato di progetto come da nota prot. 4862/7 del 22 febbraio 2006 del Servizio Programmazione Sanitaria, allegata al presente atto come parte integrante e sostanziale;

4) di approvare la scheda riepilogativa del riparto previsionale delle risorse dedicate a ciascun progetto, individuata come allegato "1" al presente atto;

5) di rinviare ad ulteriore atto della Giunta regionale l'eventuale integrazione e modifica dei progetti di cui al punto 1 alla luce delle eventuali indicazioni operative che verranno fornite dal CCM;

6) di demandare eventuali necessarie modifiche connesse ad adeguamenti non sostanziali a determina del Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva

7) di procedere alla pubblicazione del presente atto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Segue allegato

i)

PROPOSTA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITA' NELLA REGIONE ABRUZZO

"Progetto di prevenzione dell'obesità in gravidanza"

A cura di:

► Centro Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione, Presidio San. di Giulianova ASL Teramo

► Dipartimenti di Prevenzione delle Ausl della Regione Abruzzo

Introduzione

Il rapporto OMS-FAO mette in evidenza che l'obesità riveste un ruolo preminente nella causalità di molte malattie croniche, anche se non agisce di per sé, ma attraverso l'incremento dei fattori di rischio che comporta.
Inoltre vi sono infiniti percorsi e storie personali che conducono all'obesità, per cui essa non sembra riconducibile a semplificazioni meccanicistiche che chiamano in causa esclusivamente l'eccesso alimentare e la scarsa attività fisica, ma rappresenta il punto di arrivo di una complessa disarmonia del rapporto uomo-ambiente ad eziopatogenesi multipla.
L'obesità è, quindi, sintomo di un disagio profondo che colpisce sempre di più il mondo industrializzato di fronte al quale è nostro dovere valutarne tutti gli aspetti per realizzare l'obiettivo di ridurne gli immensi costi sociali e sanitari.
Nell'indagine ISTAT su "condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 1999/2000 sono emersi i seguenti dati riferiti alla popolazione adulta del nostro paese:

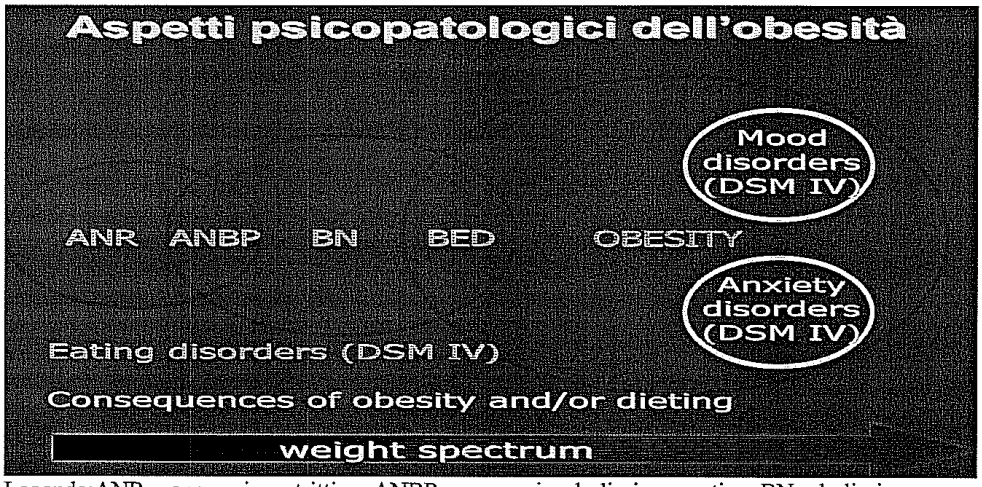
- 53% normopeso
- 33.4% soprappeso
- 9% obeso
- 3.6% sottopeso.

La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 7 e di 7 facciate ciascheduna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Sanità".
Pescara, lì 23/3/06

Tali dati, sulla base di precedenti rilevazioni, evidenziano un incremento del 25% del problema obesità negli ultimi 6 anni; inoltre dati recenti evidenziano che l'Italia ha la più alta percentuale in Europa di bambini in sovrappeso (36%).
D'altra parte incombe a partire dalla preadolescenza un disagio crescente nei confronti del cibo e del corpo che evolve in misura crescente verso disturbi del comportamento alimentare a vario grado di complessità, pur se comunemente viene dato maggior risalto alle forme più gravi ed eclatanti di anoressia e bulimia.
In realtà, come si può evincere dall'immagine sottostante, esiste un continuum che collega tutta la patologia alimentare emergente per cui risulta poco produttivo affrontare il problema da prospettive parziali e incomplete, mentre è sempre più chiaro che solo interventi pluridisciplinari integrati sono in grado di evitare dispersioni di risorse e sovrapposizioni di competenze e solo una rete di servizi adeguatamente coordinata può sviluppare concretamente un piano generale di interventi.
E' compito, dunque, di ciascuna realtà regionale individuare gli strumenti e le azioni possibili per contenere e invertire una tendenza ampiamente confermatasi sul piano epidemiologico, con la consapevolezza che l'investimento in nutrizione, ove sia direzionato a sviluppare sinergie e reti coordinate di servizi sul territorio regionale, è l'unico che può realmente ridurre la spesa farmaceutica e sanitaria.
Infatti è facilmente intuibile che, sulla base dei dati riportati, l'incremento del 25% dell'obesità negli ultimi 6 anni ha certamente prodotto una lievitazione dei costi di tutte le patologie che si collegano in misura diretta e indiretta con l'obesità.

Documento composto da n. 7 facciate.
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 277 del 29 MAR. 2006
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

E' altrettanto noto che i disturbi del comportamento alimentare, in assenza di prevenzione, diagnosi precoce e trattamenti tempestivi, evolvono verso le forme più gravi e cronicizzate che richiedono maggiori costi e una maggiore complessità terapeutica e per assurdo possono essere favoriti proprio da interventi sbilanciati verso il problema obesità.



Legenda:ANR = anoressia restrittiva; ANBP = anoressia e bulimia purgativa; BN = bulimia nervosa
BED = binge eating disorder

Strategia preventiva e indirizzi operativi nella Regione Abruzzo

Una strategia preventiva deve porsi l'obiettivo di ridurre progressivamente e continuativamente la prevalenza del sovrappeso e dell'obesità.
Tale riduzione dovrà essere valutabile in un arco di tempo variabile tra i 5 e i 10 anni e dovrà conseguire il risultato di evitare:

- insorgenza del sovrappeso in individui di peso normale
- progressione verso l'obesità di individui già in sovrappeso e ulteriore incremento ponderale in individui già obesi
- recupero del peso in individui che hanno affrontato con successo un trattamento per la perdita del peso sia medico che chirurgico
- il modello alimentare della limitazione rigida/disinibizione periodica, favorendo il modello della limitazione flessibile
- innesco di disturbi del comportamento alimentare secondari ad ossessione dietetica

→Come orientare gli interventi

La prevenzione universale riguarda la popolazione generale a partire dalla I infanzia, indipendentemente dal livello di rischio.
La prevenzione selettiva va indirizzata su:
-bambini di 4-6 anni
-adolescenti
-donne in gravidanza
La prevenzione mirata è diretta agli individui a rischio, caratterizzati in base ad indicatori biologici (familiarità per obesità e sue conseguenze metaboliche) e comportamentali.

→Interventi di prevenzione I^{aria} dell'obesità

Gli interventi rivolti alla modifica delle abitudini alimentari hanno come target bambini della scuola dell'obbligo, gruppi selezionati all'interno di comunità (padri, casalinghe, insegnanti), lavoratori, gruppi di interesse e mirano:
-a consigliare l'allattamento esclusivo al seno
-alla riduzione di alimenti ipercalorici e poveri di micronutrienti (per esempio gli snack confezionati)
-alla diminuzione del consumo di bibite dolcificate con zucchero
-alla riduzione dell'eccessiva assunzione dei grassi
-a sviluppare attenzione verso la qualità dei grassi introdotti
-all'incremento del consumo di frutta, verdura, legumi, fibra alimentare
-a razionalizzare la distribuzione dei pasti
-a sensibilizzare gruppi di popolazione nei confronti di una razionale alimentazione
-a promuovere un'attività fisica regolare (per gli adulti, almeno 30 minuti di passeggiata, anche non consecutivi al giorno + 30 minuti di sport di intensità medio-alta una volta alla settimana)
-a limitare il tempo trascorso a guardare la televisione.

Sulla base di queste linee operative per la prevenzione che derivano dalla letteratura internazionale e da indirizzi comunitari e nazionali ci sentiamo in dovere di fare le seguenti precisazioni:

1) gli interventi di prevenzione universale devono necessariamente avere un piano regionale strategicamente orientato a valorizzare, integrare e canalizzare molte energie esistenti, ma attualmente non coordinate;
2) nell'area di pertinenza della prevenzione selettiva, è strategicamente utile avviare e dare continuità ad un progetto di prevenzione dell'obesità in gravidanza che consenta di avere consenso, utilità e verifica nel breve periodo, lasciando le altre due aree di intervento (dei bambini 4-6 anni e degli adolescenti) a progetti di lungo periodo che coinvolgano anche l'area pediatrica;
3) per quanto riguarda la prevenzione mirata, essa è attuata costantemente nella prassi del Centro Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione e di altri servizi con uguali finalità, per cui il problema si presenta relativamente alla crescita esponenziale della domanda che, per avere risposte adeguate, richiederebbe, oltre all'ampliamento del Centro Regionale, la costituzione di una rete di servizi adeguati su tutto il territorio regionale;
4) per quanto riguarda, infine, gli interventi di prevenzione Iaria dell'obesità è di fondamentale importanza sviluppare adeguati programmi coordinando i SIAN.
   Tale tipologia di interventi potrà essere avviata e sincronizzata a partire dall'intervento di prevenzione selettiva sulla prevenzione dell'obesità in gravidanza che avrà come obiettivi secondari non solo la promozione dell'allattamento esclusivo al seno, ma anche una nuova cultura sullo svezzamento e sulla funzione educativa dei menu dell'asilo nido e della scuola materna.

CONCLUSIONI

Il controllo dell'obesità richiede un ampio spettro di interventi coordinati e continuativi che comprendono la sinergia di azioni preventive e di azioni terapeutiche a differenti livelli e poiché la Direttiva Regionale per la prevenzione e la cura delle patologie nutrizionali (del. GR n.400 del 15 Maggio 2001, non ha avuto a tutt'oggi pratica attuazione, si è pensato concordemente di partire da un progetto di prevenzione dell'obesità in gravidanza in modo da perseguire la seguente strategia preventiva:

1) Prevenzione obesità in gravidanza attraverso iniziative di assistenza nutrizionale e psicologica alla gravida;
2) Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare in gravidanza
3) Educazione delle donne gravide all'allattamento al seno e al divezzamento
4) Educazione all'alimentazione della I infanzia
5) Progetto ristorazione collettiva (asili nido e scuola materna) su scala regionale.

Piano operativo del progetto regionale "Prevenzione obesità in gravidanza"

Il progetto ha un suo preciso razionale per il contributo che la gravidanza, non seguita dal punto di vista nutrizionale, apporta all'incremento del peso corporeo e alle sue conseguenze, nonché per la maggiore predisposizione a complicanze dell'obesa gravida:
-Ipertensione e preeclampsia
-Diabete
-Malattie circolatorie venose
-Maggiore incidenza di tagli cesarei
-Macrosomia fetale.

Da queste considerazioni emerge l'importanza di un monitoraggio ponderale e dello stato nutrizionale della gravida al fine di prevenire l'instaurarsi di una condizione di obesità e/o il peggioramento di un sovrappeso già esistente, ma a ciò si aggiunge l'opportunità di indagare e diagnosticare precocemente disordini del comportamento alimentare che uno studio inglese ha riscontrato nel 4,9 % delle gravide (Int J Eat Disord, 1999 Dec, 26:4,448-52) e che sono ad alto rischio per feti piccoli, rispetto all'età gestazionale e per parti prematuri (Reprod Fertil Dev, 1998, 10:1,55-63).
Il progetto presenta, dunque, un focus molto importante che è la prevenzione della malnutrizione in gravidanza e la prevenzione del basso peso alla nascita.
Dati epidemiologici pubblicati nella IX Conferenza Internazionale sui Disturbi Alimentari (Maggio 2000) indicavano, appunto, che il 42% delle donne che partorivano bambini con peso inferiore a 2,5 kg soffriva o aveva sofferto di un disturbo del comportamento alimentare.
D'altra parte nella stessa conferenza è stato evidenziato che pochissimi ginecologi indagano il comportamento alimentare delle loro pazienti.
Aiutare le donne in gravidanza a curare una corretta alimentazione ed a mantenere l'incremento ponderale tra 11 e 16 kg nelle normopeso, tra 7 e 11 kg nelle donne sovrappeso e circa 6 kg nelle donne obese (secondo le indicazioni dell'Istituto di Medicina USA), servirà a migliorare la consapevolezza nutrizionale delle donne e servirà a prevenire l'obesità post puerperale e le già citate complicanze ostetriche legate all'obesità.
Il monitoraggio nutrizionale della gravidanza accompagnato ad un programma di educazione alla corretta alimentazione o nei casi particolari a programmi nutrizionali personalizzati contestualizzati a un piano di assistenza psicologica, è un intervento pluridisciplinare integrato capace di sviluppare e coordinare una rete di strutture attive su tutta la regione.
Il modello della prevenzione della malnutrizione in gravidanza potrebbe, quindi, rappresentare lo start di un piano strategico per la creazione di una rete coordinata di servizi per la prevenzione e la terapia della patologia nutrizionale emergente che altrimenti continua a non avere referenti nell'area del I livello che è quella in cui si realizza il ritardo medico nella diagnosi e nella terapia.
Il Progetto dovrebbe essere preferibilmente avviato almeno in ogni ASL della nostra Regione e dovrebbe avere almeno la durata di 3 (tre) anni, in modo da attuare e verificare un modello di miglioramento continuo della qualità che possa condurre alla strutturazione definitiva di servizi funzionali per la prevenzione e la terapia della patologia nutrizionale.
Le sedi di attuazione del progetto potranno essere i centri nutrizionali, i consultori, i Dipartimenti di prevenzione delle Ausl.

Il Progetto che coinvolge il Centro Regionale di Nutrizione e i servizi di prevenzione, si avvarrà della collaborazione di ginecologi e pediatri e si andrà ad interfacciare con i servizi ospedalieri attivi nella patologia nutrizionale.
L'intervento schematicamente sarà così strutturato:

a) Studi retrospettivi sui rapporti tra peso corporeo, evoluzione delle gravidanze e salute del neonato;
b) Sensibilizzazione di operatori sanitari all'informazione delle donne in gravidanza, rispetto alla problematica nutrizionale;
c) Somministrazione di questionario sul comportamento alimentare;
d) Esame psicodiagnostico sull'eventuale presenza di DCA;
e) Educazione Alimentare in gravidanza;
f) Monitoraggio nutrizionale delle gravide con obesità o disturbi alimentari o rischi nutrizionali (diabete etc);
g) Valutazione conclusiva della coorte di donne monitorizzate che hanno portato a termine la gravidanza;
h) Rivalutazione dell'intervento in termini di VRQ;
i) Strutturazione dei servizi.

L'intervento dovrà essere completato dalle seguenti iniziative:

1) Programma di educazione delle donne gravide all'allattamento al seno
2) Programma di educazione al divezzamento e all'alimentazione della I infanzia
3) Progetto Regionale Ristorazione Collettiva (Asili Nido e Scuole Materne)

Risorse umane e strumentali per ogni anno e per ogni ASL sede di attuazione del Progetto

RISORSE UMANE	**MESI/uomo**
Dirigente medico n. 1 (dipendente o a contratto)	12
Dietista n. 1 (dipendente o a contratto)	12
Psicologo n. 1 (dipendente o a contratto)	12
Statistico n. 1 (dipendente o a contratto)	2
Personale Amministrativo (dipendente o a contratto)	2
Risorse Strumentali e Materiale Didattico	20.000,00 Euro
Investimento specifico per i SIAN per Progetto Ristorazione Collettiva	30.000,00 Euro
Spese per programmi di formazione	30.000,00 Euro

Le ASL che avvieranno il progetto gravidanza creeranno le condizioni e gli incentivi per sviluppare interazioni positive e costruttive con i reparti di Ostetricia e Pediatria e per il riesame dei menu e dei capitolati d'appalto del loro territorio uniformandoli alle indicazioni di carattere regionale previste dal Progetto Regionale Ristorazione Collettiva, che è parte integrante e consequenziale della strategia preventiva avviata e che riportiamo qui di seguito.

Progetto Regionale Ristorazione Collettiva

Le abitudini alimentari costituiscono un fattore determinante nella prevenzione di svariate condizioni patologiche. Negli ultimi decenni l'aumentato potere di acquisto ed una maggiore disponibilità alimentare se da un lato hanno permesso di migliorare gli squilibri correlati a carenze alimentari, dall'altro hanno provocato una maggiore diffusione di patologie su base metabolica.

I recenti, profondi cambiamenti dello stile di vita delle famiglie e dei singoli hanno determinato, per un crescente numero di individui la necessità di consumare almeno un pasto fuori casa, utilizzando mense aziendali, mense scolastiche, fast food e ristorazione pubblica. Nonostante il miglioramento generalizzato degli standard igienici, le patologie di origine alimentare continuano a rappresentare un rilevante problema di sanità pubblica sia per gli aspetti connessi alla loro diffusione, sia per le conseguenze economiche-sociali da esse derivanti.

Attualmente nel settore della ristorazione collettiva, l'adeguatezza agli standard nutrizionali proposti dalle Società scientifiche è una pratica fortemente consigliata, ma non regolamentata da parte del sistema legislativo.

Il D.M 185 del 16/10/1998 su "Approvazione linee-guida concernenti l'organizzazione del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione delle aziende sanitarie locali", istituisce, nello specifico della ristorazione collettiva, per l'Area igiene della Nutrizione le seguenti funzioni:

1. Interventi nutrizionali per la ristorazione collettiva: predisposizione, verifica e controllo sulle tabelle dietetiche, indagini sulla qualità nutrizionale dei pasti forniti e consulenza sul capitolati per i servizi di ristorazione con l'apporto tecnico degli altri Servizi ed Unità Operative di competenza (Servizi Veterinari, U.O. Igiene Alimenti e Bevande).
2. Consulenza per l'aggiornamento in tema nutrizionale per il personale delle strutture di ristorazione pubbliche e private (scuola, attività socio-assitenziali, assistenza domiciliare, mense aziendali, ecc.).

Svolgere tali compiti in assenza di una normativa regionale che regolamenti in ambito di qualità e sicurezza nutrizionale nei servizi di ristorazione collettiva è estremamente difficile. Attualmente infatti, in base alla Legge Regionale 9/09/1996 n.38 e il D.G.R. 29/12/99 n°6078, esclusivamente le case-famiglia, i gruppi-appartamento per minori, le case di riposo, le case albergo, le comunità alloggio per anziani, le comunità alloggio per handicappati, necessitano dell'approvazione delle tabelle dietetiche da parte dell'Area della Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione. In tale situazione una larga parte di utenza rimane sprovvista delle garanzie di sicurezza nutrizionale qualora acceda ai servizi di ristorazione collettiva, in particolare di scuole private, ospedali o case di cura privati e convenzionati, mense aziendali. Trattasi tra l'altro, di un'utenza che, per svariate caratteristiche, è esposta ad un maggior rischio di vulnerabilità nutrizionale; inoltre indagini effettuate dall'Area della Nutrizione hanno evidenziato, ad esempio, situazioni critiche dal punto di vista dell'adeguatezza dei menù nelle case di cure private e convenzionate.

OBIETTIVO GENERALE

Favorire nella ristorazione collettiva (scuole, aziende, strutture residenziali sanitarie e non) standard di alimentazione consoni a quanto raccomandato dalle Società Scientifiche e scelte alimentari nutrizionalmente corrette, tramite interventi di valutazione dell'adeguatezza dei menù e la promozione di alcuni piatti/ricette.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Revisione/integrazione della normativa in tema di Ristorazione Collettiva, che preveda l'obbligo di approvazione da parte dell'Area della Nutrizione – SIAN delle tabelle dietetiche destinate a scuole pubbliche e private, case di cura convenzionate e private, nonché nelle mense aziendali

- Istituzione di una procedura comune in tutte le ASL della Regione Abruzzo, per le varie fasi che compongono l'approvazione della tabella dietetica

- Organizzazione di procedure di monitoraggio per il rispetto della qualità nutrizionale dei pasti serviti che prevedano l'istituzione di attività formative per gli operatori della ristorazione collettiva e verifiche periodiche sul campo

- Formare gli operatori dell'Area di Igiene della Nutrizione delle ASL Regione Abruzzo su procedure, valutazione e monitoraggio dei Servizi di Ristorazione Collettiva, nonché promozione di alimenti/ricette salutari

- Realizzazione di interventi sulla ristorazione collettiva su quote rappresentative dei gruppi target interessati, ma partendo dagli asili nido e dalle scuole materne di tutto il territorio regionale.

e)

REGIONE ABRUZZO
PIANO REGIONALE PREVENZIONE
Progetto"Piano di Prevenzione infortuni sul lavoro"

A- PREMESSE

1-EPIDEMIOLOGIA

La regione Abruzzo nel 2004 presentava 479.000 occupati con un lieve incremento (1.5%) rispetto al 2002; il dato è disomogeneo nelle diverse province con un decremento degli occupati nella provincia di l'Aquila e un aumento in provincia di Teramo (3.7 %), aumento che assume rilevanza ancora maggiore nella provincia di Pescara dove raggiunge il 7.2%.

OCCUPATI (valori in migliaia di unità)

	CHIETI	L'AQUILA	PESCARA	TERAMO	ABRUZZO
2002	144	109	111	108	472
2004	143	105	119	112	479

Fonte elaborazione Cresa su dati Istat

Gli infortuni in Abruzzo dal 2002 al 2004 hanno avuto l'andamento riportato nelle tabelle seguenti.

INFORTUNI SUL LAVORO AVVENUTI NEL PERIODO 2002 - 2004 E DENUNCIATI ALL' INAIL

PROVINCE	AGRICOLTURA			INDUSTRIA E SERVIZI			DIPENDENTI CONTO STATO		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
CHIETI	1.299	1.466	1.306	6.505	6.771	6.830	69	90	112
L'AQUILA	458	481	423	3.651	3.760	3.577	145	179	168
PESCARA	623	549	597	4.758	4.545	4.455	104	147	126
TERAMO	809	795	770	5.509	5.493	5.525	108	99	135
ABRUZZO	**3.189**	**3.291**	**3.096**	**20.423**	**20.569**	**20.387**	**426**	**515**	**541**

Fonte rapporto annuale Inail 2004

Per quanto riguarda gli infortuni denunciati, si constata una sostanziale stabilità in agricoltura e in industria e servizi, si evidenzia invece un incremento per il settore conto stato, tuttavia poco significativo, considerati i piccoli numeri in gioco.
Per quanto riguarda l'andamento nelle singole province gli unici dati degni di nota riguardano il settore industria e servizi e le province di Chieti e Pescara; nella prima si assiste a un aumento del 5% degli eventi denunciati pur in presenza di una lieve diminuzione degli occupati, mentre nella seconda si ha una diminuzione del 6.3% a fronte di un aumento di circa il 7.2% degli occupati per tutti i settori.

Documento composto da n. 14 facciate, ALLEGATO come parte integrante alla delibera n. 277 del 29 MAR. 2006
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA (Dott. Walter Gianni)

La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 12 e di 11 facciate ciascheduna vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Sanità".
Pescara, li 23/03/2006

TOTALI PER ANNO

	CHIETI	L'AQUILA	PESCARA	TERAMO	ABRUZZO
2002	7.873	4.254	5.485	6.426	**24.038**
2003	8.327	4.420	5.241	6.387	**24.375**
2004	8.248	4.168	5.178	6.430	**24.024**

Circa l'8% degli infortuni denunciati ha interessato lavoratori extracomunitari.

INFORTUNI EXTRACOMUNITARI

	CHIETI	L'AQUILA	PESCARA	TERAMO	ABRUZZO
2002	342	220	263	545	**1370**
2003	475	263	323	626	**1687**
2004	515	298	341	691	**1845**

Gli infortuni mortali come evidenziato nelle tabelle sotto riportate hanno nel complesso segnato una diminuzione del 34% dal 2002 al 2004; il dato è sostanzialmente omogeneo in tutta la regione.

INFORTUNI MORTALI AVVENUTI E DENUNCIATI

PROVINCE	AGRICOLTURA			INDUSTRIA E SERVIZI			DIPENDENTI CONTO STATO		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
CHIETI	3	1	4	17	13	10	-	-	-
L'AQUILA	2	1	1	7	7	7	-	-	-
PESCARA	3	-	-	8	7	4	-	-	-
TERAMO	-	-	2	10	16	5	-	-	-
ABRUZZO	**8**	**2**	**7**	**42**	**43**	**26**	-	-	-

TOTALI PER ANNO

	CHIETI	L'AQUILA	PESCARA	TERAMO	ABRUZZO
2002	20	9	11	10	**50**
2003	14	8	7	16	**45**
2004	14	8	4	7	**33**

Gli infortuni in itinere sono in aumento rispetto al 2002 ma stabili rispetto al 2003, significativa in questo ambito è la diminuzione degli infortuni mortali.

INFORTUNI IN ITINERE AVVENUTI NEL PERIODO 2002-2004 E DENUNCIATI ALL'INAIL, AGRICOLTURA, INDUSTRIA E SERVIZI

PROVINCE	TOTALE INFORTUNI			MORTALI		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
CHIETI	255	420	451	2	2	2
L'AQUILA	178	228	174	2	1	-
PESCARA	368	433	435	4	1	-
TERAMO	585	501	526	1	5	-
ABRUZZO	**1.286**	**1.582**	**1.586**	**9**	**9**	**2**

Per quanto riguarda gli infortuni indennizzati i dati disponibili si riferiscono all'anno 2003 e sono aggiornati al 30.4.05. a questa data risultano indennizzati 17.777 infortuni, circa il 73% di quelli definiti.

INFORTUNI SUL LAVORO AVVENUTI NELL'ANNO 2003 E INDENNIZZATI A TUTTO IL 30.04.2005

AGRICOLTURA

PROVINCE	TEMPORANEA	PERMANENTE			MORTE	TOTALE
		IN CAPITALE	IN RENDITA	TOTALE		
CHIETI	1.174	38	7	45	1	1.220
L'AQUILA	387	16	2	18	1	406
PESCARA	437	28	8	36	-	473
TERAMO	686	31	5	36	-	722
ABRUZZO	**2.684**	**113**	**22**	**135**	**2**	**2.821**

INDUSTRIA E SERVIZI

PROVINCE	TEMPORANEA	PERMANENTE			MORTE	TOTALE
		IN CAPITALE	IN RENDITA	TOTALE		
CHIETI	4.543	141	33	174	12	4.729
L'AQUILA	2.606	112	26	138	6	2.750
PESCARA	2.874	139	29	168	6	3.048
TERAMO	3.948	155	30	185	16	4.149
ABRUZZO	**13.971**	**547**	**118**	**665**	**40**	**14.676**

CONTO STATO

PROVINCE	TEMPORANEA	PERMANENTE			MORTE	TOTALE
		IN CAPITALE	IN RENDITA	TOTALE		
CHIETI	40	2	1	3		43
L'AQUILA	102	8	1	9		111
PESCARA	73	5	1	6		79
TERAMO	45	2	-	2		47
ABRUZZO	**260**	**17**	**3**	**20**		**280**

Per quanto riguarda i settori tariffari su 14624 eventi indennizzati, il 67% riguarda i settori industria artigianato.

SETTORE	TEMPORANEA	PERMANENTE			MORTE	TOTALE	%
		IN CAPITALE	IN RENDITA	TOTALE			
INDUSTRIA	5964	191	49	240	20	6.224	42
ARTIGIANATO	3384	195	53	248	9	3.641	25
TERZIARIO	2963	87	11	98	7	3.068	21
ALTRE ATTIVITA'	1615	67	5	72	4	1.691	12

Per quello che può valere un confronto di questo tipo, un'indicazione sulla situazione dell'Abruzzo può essere fatta valutando le frequenze d'infortunio per 1000 addetti come desunto dai dati Inail riferiti al triennio 00/02/03: l'Abruzzo si colloca al 6° posto, peggio della media nazionale, ma in una situazione migliore di Umbria, Friuli, Emilia Romagna ecc.
Per quanto riguarda le singole province l'unica a posizionarsi nel complesso sopra la media nazionale è quella di Teramo.

FREQUENZE RELATIVE D'INFORTUNIO PER PROVINCIA, E TIPO DI CONSEGUENZA MEDIA TRIENNIO 2000/02 (PER 1000 ADDETTI)

PROVINCE E REGIONI	TIPO DI CONSEGUENZA			
	INABILITA' TEMPORANEA	INABILITA' PERMANENTE	MORTE	TOTALE
CHIETI	40.46	1.43	0.07	41.95
L'AQUILA	37.07	2.46	0.11	39.65
PESCARA	37.93	2.22	0.10	40.26
TERAMO	49.66	2.38	0.09	52.13
ABRUZZO	**41.65**	**2.06**	**0.09**	**43.80**

INDICE DI FREQUENZA MEDIA INFORTUNI IN ITALIA (MEDIA TRIENNIO CONSOLIDATO 2001-2003)

	INDICE DI FREQUENZA (*)	N. INDICE (ITALIA= 100)
1° UMBRIA	52.6	147.1
2° FRIULI VENEZIA GIULIA	47.8	133.7
3° EMILIA ROMAGNA	47.1	131.6
4° MARCHE	46.0	128.8
5° BASILICATA	45.8	128.2
6° ABRUZZO	**43.8**	**122.5**
7° LIGURIA	43.1	120.7
8° VENETO	42.6	119.2
9°PUGLIA	42.0	117.6
10° TRENTINO ALTO ADIGE	40.4	113.0
11° TOSCANA	40.0	112.0
ITALIA	**35.7**	**100.0**
12° MOLISE	35.4	99.0
13° SARDEGNA	34.6	96.9
14° VALLE D' AOSTA	33.5	93.6
15° PIEMONTE	33.1	92.6
16° CALABRIA	30.9	86.4
17° LOMBARDIA	30.8	86.0
18° SICILIA	26.0	72.7
19° CAMPANIA	23.3	65.1
20° LAZIO	22.8	63.8

(*) Infortuni indennizzati per 1000 addetti-anno, esclusi infortuni in itinere

GRADUATORIE DI FREQUENZE RELATIVE D'INFORTUNIO PER PROVINCIA, REGIONE E TIPO DI CONSEGUENZA. MEDIA TRIENNIO 2000/02

PROVINCE E REGIONI	TIPO DI CONSEGUENZA			
	INABILITA' TEMPORANEA	INABILITA' PERMANENTE	MORTE	TOTALE
TERAMO	6	14	27	6
CHIETI	33	72	49	34
PESCARA	50	21	16	46
L'AQUILA	53	11	12	51
UMBRIA	1	1	3	1
FRIULI	2	13	10	2
EMILIA ROMAGNA	3	15	10	3
MARCHE	4	8	7	4
BASILICATA	5	2	2	5
ABRUZZO	6	7	5	6

NUMERI INDICI E POSIZIONE NELLA GRADUATORIA DELLE FREQUENZE RELATIVE IN ITALIA PER SETTORE DI ATTIVITA' ECONOMICA E TIPOLOGIA INAIL DELLE AZIENDE. BASE: TOTALE = 100 MEDIA TRIENNIO 2000/02

SETTORI DI ATTIVITA' ECONOMICA	AZIENDE ARTIGIANE			AZIENDE NON ARTIGIANE MONOLOCALIZZATE	TOTALE
	DIPENDENTI	AUTONOMI	TOTALI		
A AGRINDUSTRIA	196 (1)	209 (1)	167 (1)	82 (18)	98 (14)
B PESCA	-	-	-	100 (14)	96 (16)
C ESTRAZ.MINERALI	119 (9)	107 (8)	136 (6)	165 (7)	158 (7)
DA IND. ALIMENTARE	65 (19)	60 (15)	63 (18)	144 (9)	116 (12)
DB IND. TESSILE	25 (25)	50 (18)	38 (23)	80 (20)	66 (22)
DC IND. CONCIARIA	33 (23)	40 (21)	42 (22)	74 (22)	63 (23)
DD IND. LEGNO	125 (8)	169 (2)	149 (2)	185 (5)	176 (5)
DE IND. CARTA	46 (22)	37 (22)	48 (21)	92 (16)	82 (17)
DF IND. PETROLIO	176 (2)	23 (24)	122 (9)	54 (29)	52 (29)
DG IND. CHIMICA	78 (16)	49 (19)	72 (15)	59 (27)	57 (27)
DH IND. GOMMA	89 (13)	62 (14)	97 (13)	174 (6)	160 (6)
DI IND.TRASFORMAZ.	140 (4)	103 (9)	135 (7)	204 (3)	186 (3)
DJ IND. METALLI	135 (6)	116 (5)	148 (3)	208 (2)	191 (2)
DK IND. MECCANICA	126 (7)	115 (6)	137 (5)	135 (11)	132 (9)
DL IND. ELETTRICA	55 (21)	42 (20)	49 (20)	66 (24)	62 (24)
DM IND.MEZZI TRAS.	147 (3)	96 (11)	139 (4)	156 (8)	150 (8)
DN ALTRE INDUSTRIE	88 (14)	100 (10)	98 (12)	144 (10)	129 (10)
E ELET. GAS ACQUA	-	-	-	83 (17)	79 (18)
F COSTRUZIONI	139 (5)	135 (3)	133 (8)	185 (4)	164 (5)
G50 COMM. RIP. AUTO	94 (12)	110 (7)	97 (14)	81 (19)	96 (15)
G51 COMM. INGROSSO	105 (11)	89 (12)	98 (11)	58 (28)	57 (28)
G52 COMM. DETTAGLIO	70 (18)	78 (13)	65 (17)	71 (23)	69 (21)
H ALBERG. E RIST.	74 (17)	51 (17)	51 (19)	111 (13)	103 (13)
I TRASPORTI	111 (10)	126 (4)	113 (10)	131 (12)	127 (11)
J INTERM. FINANZ.	-	-	-	17 (31)	17 (31)
K ATT.IMMOBILIARI	87 (15)	59 (16)	66 (16)	59 (26)	58 (26)
L PUBBLICA AMMIN.	-	-	-	63 (25)	60 (25)
M ISTRUZIONE	-	-	-	36 (30)	34 (30)
N SANITA'	-	-	-	77 (21)	73 (20)
O SERV. PUBBLICI	29 (24)	34 (23)	27 (25)	97 (15)	75 (19)
X ATT. NON DETER.	62 (20)	13 (25)	33 (24)	211 (1)	198 (1)
- TOTALE	100	100	100	100	100

In Italia i settori a più alto rischio d'infortunio sono l'industria dei metalli, di trasformazione dei minerali, del legno, delle costruzioni, della gomma, in Abruzzo ai settori citati si aggiunge l'agroindustria, ma considerando il numero degli addetti e quindi il numero complessivo degli infortuni, i settori più significativi diventano in ordine di importanza le costruzioni, l'industria dei metalli, l'industria di trasformazione dei minerali non metalliferi, l'industria delle materie plastiche, l'industria del legno, che sono quindi i settori prioritari su cui intervenire.

NUMERI INDICI E POSIZIONE NELLA GRADUATORIA DELLE FREQUENZE RELATIVE D'INFORTUNIO IN ABRUZZO, SETTORE DI ATTIVITA' ECONOMICA E TIPO DI CONSEGUENZA. BASE: TOTALE = 100 MEDIA TRIENNIO 2000/02

SETTORI DI ATTIVITA' ECONOMICA	TIPO DI CONSEGUENZA			TOTALE
	INABILITA' TEMPORANEA	INABILITA' PERMANENTE	MORTE	
A AGRINDUSTRIA	169 (5)	254 (3)	-	173 (5)
B PESCA	59 (25)	232 (4)	-	114 (10)
C ESTRAZ.MINERALI	68 (19)	114 (10)	767 (1)	71 (20)
DA IND. ALIMENTARE	108 (11)	103 (11)	78 (11)	108 (13)
DB IND. TESSILE	53 (28)	30 (26)	44 (14)	52 (29)
DC IND. CONCIARIA	60 (22)	28 (27)	-	58 (24)
DD IND. LEGNO	153 (8)	294 (1)	-	160 (7)
DE IND. CARTA	96 (15)	81 (15)	-	96 (16)
DF IND. PETROLIO	46 (29)	-	344 (2)	53 (28)
DG IND. CHIMICA	60 (23)	45 (22)	-	59 (23)
DH IND. GOMMA	190 (4)	91 (13)	-	185 (4)
DI IND.TRASFORMAZ.	191 (2)	176 (5)	200 (6)	190 (2)
DJ IND. METALLI	190 (3)	145 (7)	56 (13)	188 (3)
DK IND. MECCANICA	104 (13)	71 (17)	200 (6)	102 (14)
DL IND. ELETTRICA	60 (24)	34 (25)	33 (15)	58 (25)
DM IND.MEZZI TRAS.	117 (9)	40 (23)	33 (15)	114 (11)
DN ALTRE INDUSTRIE	159 (7)	139 (8)	78 (11)	158 (8)
E ELET. GAS ACQUA	58 (26)	49 (20)	-	57 (26)
F COSTRUZIONI	163 (6)	275 (2)	311 (4)	169 (6)
G50 COMM. RIP. AUTO	107 (12)	138 (9)	133 (8)	108 (12)
G51 COMM. INGROSSO	71 (18)	79 (16)	211 (5)	72 (19)
G52 COMM. DETTAGLIO	74 (17)	82 (14)	22 (18)	75 (18)
H ALBERG. E RIST.	101 (14)	95 (12)	89 (10)	101 (15)
I TRASPORTI	117 (10)	166 (6)	322 (3)	119 (9)
J INTERM. FINANZ.	6 (31)	12 (29)	-	6 (31)
K ATT.IMMOBILIARI	81 (16)	58 (19)	111 (9)	80 (17)
L PUBBLICA AMMIN.	62 (20)	36 (24)	33 (15)	61 (21)
M ISTRUZIONE	22 (30)	8 (30)	-	21 (30)
N SANITA'	57 (27)	48 (21)	-	57 (27)
O SERV. PUBBLICI	60 (21)	64 (18)	-	60 (22)
X ATT. NON DETER.	301 (1)	26 (28)	-	288 (1)
- TOTALE	100	100	100	100

NUMERI INFORTUNI AVVENUTI PER SETTORE IN ABRUZZO NEL 2004

Settore	n° infortuni 2004
A agroindustria	63
DD industria legno	267
DH mat. plastiche, gomma	348
DI trasformazione minerali non metalliferi	617
DJ industria metalli	1399
F costruzioni	2908

2-IL SISTEMA INFORMATIVO E LE ATTIVITA' DI PREVENZIONE IN ATTO

Attualmente quasi tutti gli Spsal, anche grazie alla disponibilità dei fondi ex 758, hanno in dotazione un numero sufficiente di strumenti informatici con collegamento ad internet e alla posta elettronica, in molti casi i servizi sono anche connessi alla rete aziendale.

Diverso è lo stato dei "sistemi informativi", sistemi appunto perchè non esiste un unico sistema informativo regionale specifico per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Le principali fonti informative sugli infortuni per i Servizi di vigilanza delle Usl (Spsal) sono rappresentate dalle denunce Inail che possono provenire dai posti di polizia dei Pronto Soccorso, dalle Procure, dai Comuni; sono poi a disposizione la banca dati Inail facilmente accessibile tramite Internet, e più recentemente, dal 2002, i dati derivanti dal sistema dei flussi informativi Inail-Ispesl-Regioni. Le segnalazioni nell'immediatezza dell'evento con richiesta d'intervento pervengono di norma dalle forze dell'ordine e/o dai vigili urbani che solitamente, assieme al 118, sono i primi ad intervenire sul luogo dell'evento.

Le necessità dei Servizi sono quindi perlomeno due, avere notizia dell'infortunio al più presto per intervenire nell'immediatezza e avere una adeguata conoscenza epidemiologica del fenomeno per organizzare l'attività di prevenzione. Per raggiungere il primo obiettivo bisogna disporre di un sistema di segnalazione rapido da parte delle forze di polizia dislocate nel territorio e conseguentemente di un servizio di reperibilità degli operatori Spsal che possa dare prontamente seguito alle segnalazioni. Sarebbe pure molto utile avere la possibilità di accedere, in tempo reale, alle certificazioni Inail redatte dai pronto soccorso per potersi attivare in modo autonomo, anche in carenza delle segnalazioni dei soggetti di cui sopra. La conoscenza dell'epidemiologia degli infortuni può avvalersi dell'utilizzo delle banche dati nazionali di Inail e Ispesl, dei rapporti annuali regionali dell'Inail, degli apporti forniti da un gruppo di lavoro coordinato dalla Prefettura di L'Aquila, ma il salto qualitativo dovrebbe essere assicurato dall'utilizzo dei flussi derivanti dall'accordo Inail-Ispesl-Regioni che contengono dati molto più analitici di quelli presenti nelle fonti citate. Al riguardo, anche considerando le esperienze degli ultimi due anni, è però necessario costituire a livello di ogni singola Usl e a livello regionale gruppi di lavoro stabili che raccolgano, elaborino e rendano disponibili i dati sul fenomeno infortunistico nella sua complessità e nelle sue varie articolazioni.

Per quel che riguarda le attività di prevenzione programmate, sono attualmente attivi a livello regionale:

- Il progetto sicurezza in edilizia che ha già dato buoni risultati nel 2004 e che è stato riproposto per il 2006. Il progetto ha l'obiettivo di incrementare la vigilanza degli SPSAL nel settore che, come riportato, rappresenta la maggiore fonte di eventi nella nostra regione. Questo progetto sarà affiancato, come già avvenuto nel 2004 da una iniziativa simile volta a stimolare e incrementare l'attività di consulenza dei Comitati Paritetici Territoriali degli edili;

- Il progetto sicurezza nelle falegnamerie volto ad accertare lo stato di applicazione della normativa in un settore in cui oltre al rischio infortunistico va preso in considerazione il rischio da lavorazione dei legni duri recentemente classificati come cancerogeni;

- l'Abruzzo partecipa al progetto nazionale per la ricostruzione delle cause e delle dinamiche degli infortuni mortali e gravi recentemente conclusosi nella sua prima applicazione.

Nel campo della formazione sono stati realizzati e tuttora in essere a livello regionale:

- i corsi per gli addetti alla rimozione dei materiali contenenti amianto;
- interventi di formazione nelle scuole in collaborazione con Inail, Dpl, Inps, Ufficio Scolastico Regionale promosse dal coordinamento degli Spsal

B- Progetto"Piano di Prevenzione infortuni sul lavoro"

PIANO OPERATIVO

Il piano operativo prevede di sviluppare due ulteriori filoni di lavoro oltre ai progetti attivi descritti al capitolo precedente:

- il rafforzamento/completamento del sistema informativo già disponibile
- l'avvio di iniziative di valutazione sul campo degli interventi di prevenzione condotti in comparti prioritari per rischio infortunistico

Per entrambi questi filoni si prevede l'attivazione di iniziative specifiche della durata di un triennio.

1) Rafforzamento/completamento del sistema informativo

Gli obiettivi sono:

- migliorare le capacità locali a livello di Usl nell'utilizzare i dati disponibili per la gestione, la programmazione e la valutazione delle attività

- attivare un osservatorio regionale sugli infortuni

1a) Migliorare le capacità locali di utilizzo dei dati per la gestione, la programmazione e la valutazione delle attività

A livello di ogni singolo Spsal come detto sono disponibili in modi disomogenei informazioni sugli infortuni provenienti da più sistemi informativi; è necessario anzitutto estendere uniformemente tali sistemi sia per quanto riguarda la segnalazione completa e tempestiva degli eventi sia per quanto riguarda la programmazione delle priorità d'intervento.
Si ritiene pertanto indispensabile che gli Spsal si organizzino, in accordo con le Procure, in modo che:

a) tutte le denunce d'infortunio dai Comuni, dai vari presidi di Polizia, dal pronto Soccorso ecc., vengano loro trasmesse;
b) abbiano la possibilità di accedere al sistema informatico dei Pronto Soccorso per avere in tempo reale copia dei certificati di infortunio,
c) sia istituito un servizio di pronta disponibilità degli operatori,
d) la programmazione delle attività sia prevalentemente decisa in base alla valutazione dei dati epidemiologici del fenomeno infortunistico così come desumibile dal sistema dei nuovi flussi Inail-Ispesl-Regioni.

Il progetto prevede le seguenti tappe e relativi indicatori di processo:

1) entro il primo anno dovrà essere realizzato quanto previsto ai punti a), b), c)

2) entro il primo anno ciascun Spsal dovrà individuare 2 operatori che cureranno il sistema

informativo e la sua applicazione a livello locale. analogamente dovrà provvedere l'Inail con funzionari locali o regionali; le persone individuate costituiranno il gruppo di lavoro locale per il sistema informativo;

3) entro il primo anno gli operatori di cui sopra dovranno partecipare a corsi di formazione regionale in collaborazione col gruppo del coordinamento nazionale tenendo conto di esperienze già positivamente realizzate in regioni limitrofe con le quali si potranno anche stipulare convenzioni;
4) nel corso del secondo anno di attività i referenti locali dovrebbero essere in grado di lavorare autonomamente e di produrre report locali contenenti la descrizione del fenomeno infortunistico in generale e nei comparti risultanti a maggior rischio. le aziende con i rischi infortunistici più elevati rispetto a quelli medi dei rispettivi comparti. l'andamento infortunistico in almeno un triennio nelle aziende (o comparti) nei quali si è sviluppata una azione specifica
5) a fine del terzo anno sarà valutato il lavoro svolto con la presentazione delle esperienze realizzate in un convegno regionale

1b) Attivazione di un osservatorio regionale sugli infortuni

a) Entro il primo anno dovrà essere costituito a livello regionale un Osservatorio sugli infortuni e le malattie professionali con lo scopo di monitorare e studiare il fenomeno. Nell'Osservatorio opererà un Comitato Tecnico composto da rappresentanti della Direzione Sanità, Direzione Politiche Attive del Lavoro, dell'ASR Abruzzo. delle Ausl. dell'Inail, dell'Ispesl, della Direzione Regionale del Lavoro. dell'Inps; di volta in volta, a seconda delle necessità potranno essere invitati rappresentanti delle organizzazioni sindacali e datoriali maggiormente rappresentative.
b) la formazione di tali operatori e la redazione di un primo report regionale, è l'obiettivo del primo anno di azione; negli anni successivi l'obiettivo è quello di consolidare e estendere le capacità d'analisi in modo da diventare il riferimento regionale sull'argomento
c) Il gruppo regionale che ha già partecipato al progetto nazionale sugli infortuni mortali e gravi coordinato dall'Ispesl e dall'Inail, continuerà nel suo lavoro secondo le linee direttive aggiornate a livello nazionale. Saranno indicatori di risultato il n° di infortuni mortali ricostruiti/n°inchieste infortuni mortali svolte dagli Spsal e/o dall'Inail: si prevede per il primo anno di raggiungere il 70% di questo valore e il 90% per il secondo anno. Entro il primo anno di attività saranno attivati idonei strumenti per garantire il ritorno delle informazioni agli operatori (di minima sarà redatto un report regionale riguardante la casistica raccolta nel corso della fase sperimentale appena conclusa). Nel secondo e terzo anno saranno restituite le informazioni agli operatori secondo quanto previsto in un apposito piano di comunicazione.
Saranno attivate idonee iniziative di formazione dedicate agli operatori tecnici degli Spsal e dell'Inail basate principalmente sul confronto di esperienze e sulla discussione di casi.

2) INTERVENTI DI PREVENZIONE

2a) SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO: PIANO OPERATIVO REGIONALE SICUREZZA IN EDILIZIA

Il comparto a più alto rischio di infortuni anche in Abruzzo è quello delle Costruzioni Edili. a tale comparto è stata quindi dedicata un'azione prioritaria di contrasto e promozione della sicurezza ormai da diversi anni. nel 2004 a questo settore è stato dedicato una apposito progetto che ha portato a un incremento di circa 1/3 dei cantieri ispezionati dagli Spsal come da tabella

	2000	2001	2002	2003	2004
n°notifiche preliminari pervenute	780	1405	5133	5343	5936
n° cantieri visitati	553	738	1016	1117	1636

Si è promosso inoltre, a livello regionale e territoriale. un concreto coordinamento operativo con la Direzione Regionale del Lavoro e le rispettive D.P.L. (come previsto dall'art. 27 del D.Lgs 626/94 e DPCM 412/97) che nel 2003 e 2004 si è concretizzato nella esecuzione del progetto europeo finalizzato alla riduzione dei rischi di caduta dall'alto in edilizia.
Infine è stato finanziato nel 2004 un progetto per lo sviluppo dell'azione di consulenza dei quattro comitati paritetici territoriali edili che ha comportato interventi in ulteriori 100 cantieri.
Per il 2006 si prevede di mantenere ai livelli del 2004 il n° di cantieri ispezionati dagli Spsal con un incremento percentuale del 10% in ciascuno dei due anni successivi.

La Giunta regionale intende promuovere la costituzione a livello regionale di una Commissione Permanente per l'Edilizia per la periodica consultazione ed il confronto delle istituzioni (SSR. DPL. INAIL) con le parti sociali. gli Ordini e i Collegi Professionali. gli enti bilaterali (entro giugno 2006).

Altro obiettivo della Giunta è quello di migliorare il coordinamento degli interventi formativi già in essere in collaborazione con le Istituzioni Scolastiche. i Collegi Professionali Edili e gli istituti Tecnici per Geometri: in particolare su questo tema nel corso del 2006 è prevista un'azione congiunta con Inail. Dpl. Ufficio scolastico provinciale. Cpt edili.

2b) PIANO DI INFORMAZIONE ED ASSISTENZA ALLE PICCOLE E MEDIE IMPRESE

Considerata la diffusione nella nostra regione di microimprese e la carenza di conoscenze riguardo ai temi della sicurezza. nel triennio in esame verranno realizzate le seguenti attività formative:

a) riedizioni dei corsi per gli addetti delle imprese operanti nella rimozione dell'amianto:
b) promozione. in raccordo con la Direzione Politiche attive del Lavoro. della Formazione e dell'Istruzione. di corsi per le varie figure della prevenzione anche in esecuzione del D.lgvo n. 195/03:
c) promozione. in raccordo con la Direzione Politiche attive del Lavoro. della Formazione e dell'Istruzione. di iniziative di formazione per gli addetti del settore agricolo. in collaborazione con le associazioni di categoria.
d) promozione. in raccordo con la Direzione Politiche attive del Lavoro. della Formazione e dell'Istruzione. di iniziative di formazione per gli addetti del settore della pesca. in collaborazione con le associazioni di categoria

Accanto alle iniziative formative sopra individuate devono essere implementate le attività di informazione e di assistenza costituendo presso ogni Spsal uno specifico sportello informativo per l'assistenza ai vari soggetti della sicurezza (Datori di lavoro, Rspp, Rls, ecc.).
Si intende inoltre realizzare una campagna informativa sistematica utilizzando i principali mezzi di comunicazione locali avente per oggetto i temi della sicurezza. Il Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione regionale della Sanità attiva i preliminari adempimenti per verificare le modalità di realizzazione di tale campagna, in collaborazione con i responsabili degli Spsal delle AUSL.

C-RISORSE

Le prestazioni degli Spsal in questi ultimi anni sono sostanzialmente aumentate come da tabella pur rimanendo stabile il numero degli operatori dei servizi che complessivamente raggiunge circa il 25% di quanto previsto nel piano sanitario 99/01, particolarmente deficitaria è la situazione di L'Aquila e della provincia di Chieti.

AUSL	2000	2001	2002	2003	2004
accertamenti o certificazioni sanitarie	6472	7139	6620	7270	8436
indagini infortunio effettuate	1039	939	1177	744	808
Denunce d'infortunio pervenute	4279	5188	8206	10798	10259
indagini malattie professionali effettuate	158	159	202	168	136
indagini malattie professionali pervenute			246	189	198
pareri, autorizzazioni	883	1037	1122	1380	1069
Aziende oggetto di interventi di vigilanza	1294	1447	1897	2281	2567
di cui in edilizia	553	738	1016	1117	1636
Notifiche cantieri edili pervenute	780	1405	5133	5343	5936
verbali di prescrizioni/disposizioni	722	722	843	760	1216
verbali di verifiche	672	681	778	760	1001
Aziende oggetto di verbale di prescrizione	722	725	805	697	1063
verifiche impianti	6494	5611	4373	6533	5557
registri infortuni vidimati	5253	4828	4796	5318	5235
interventi di informazione	3265	2670	2564	5872	6829
Formazione	2	3	39	46	55

PERSONALE DI VIGILANZA SERVIZI PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (escluso il personale precario e il personale addetto alle verifiche impiantistiche)

AUSL	MEDICI	TECNICI LAUR.	TECNICI DIPLOM.	AMM.VI	A.S.V.	TOTALI	% In percentuale rispetto al piano sanitario 99/01
AQ	1		2	1		4	10
AV-SUL	4		5	1	2	12	30
TE	6		6	4	3	19	30
CH	2		4	4		10	25
LAN-VA	1	1	6	3		11	24
PE	6		8	2	1	17	30
TOTALI	20	1	31	15	6	73	25

Per la realizzazione del programma enunciato sarebbe necessaria la copertura delle dotazioni organiche previste dalla L.R. n. 37/99.
Come noto le attuali norme nazionali (legge finanziaria dello Stato) non consentono di incrementare la dotazione degli operatori fino alla totale copertura degli organici fissati dal Piano sanitario Regionale 1999/2001 e che comunque è assolutamente necessario dotare il competente Servizio delle AUSL di almeno tre tecnici della Prevenzione, prioritariamente attraverso assunzioni a tempo indeterminato ed in alternativa tramite rapporti a tempo determinato ed infine di collaborazioni coordinate e continuate (nel rispetto dei vincoli previsti per tale materia dalle norme nazionali). Vanno in alternativa adottate opportune forme di incentivazione nei confronti del personale per elevare le prestazioni lavorative degli addetti e realizzare le fasi del presente progetto. Viene preventivata al riguardo una spesa dedicata per anno di € 25.000,00 per AUSL (*).

Nell'ottica di un uso accorto e coordinato delle risorse disponibili potrebbero realizzarsi, in collaborazione con l'Inail regionale, che sembra disponga di risorse umane e finanziarie da dedicare a tali attività, i percorsi di formazione del personale dei Servizi delle AUSL nonché la formazione/ informazione dei vari soggetti istituzionalmente coinvolti, dei singoli utenti e di quelli associati.

Scheda Previsionale di Sintesi delle Risorse per anno

(*) Tre Tecnici per AUSL rapporti a tempo determinato o collaborazioni Co.Co. nel rispetto della normativa nazionale. In alternativa incentivazioni.	450.000,00
Campagna pubblicitaria	20.000,00
Incentivazioni edilizia	120.000,00
Reperibilità	60.000,00
Hardware, Software, Strumentazione	30.000,00
Formazione, Informazione	60.000,00
Sportello informativo	60.000,00
Totale	800.000,00

Lo schema sopra riparto è di tipo previsionale e quindi soggetto a modifiche in corso di realizzazione da concordare anche in sede di Comitato di coordinamento regionale per la realizzazione del progetto.

D- COMITATO

Il Comitato di coordinamento regionale per la realizzazione del progetto è costituito da:

- il Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva dell'Assessorato alla Sanità;
- il Responsabile dell'Ufficio prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro dell'Assessorato alla Sanità;
- i Responsabili dei Servizi Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro delle AUSL;
- un Dirigente/Funzionario della Direzione Politiche Attive del Lavoro della Formazione e dell'Istruzione;
- un Dirigente/Funzionario della Direzione Regionale Inail.

a)

PROGETTO CUORE – REGIONE ABRUZZO

Progetto Pilota - ASL PESCARA

La presente copia è conforme all'originale
Pescara, lì 28/3/06

Contesto

Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro paese, essendo responsabili del 42,5% di tutti i decessi. In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori.

Dalla Relazione Sanitaria 2004 redatta dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale si evince che nel periodo 1997-2001 si sono osservati 27.797 decessi dovuti a malattie del sistema cardiocircolatorio (44,4% di tutti i decessi).Tutti i tassi calcolati nella Regione Abruzzo circa la mortalità per malattie del sistema circolatorio e del sistema cerebro-vascolare sono superiori ai valori riscontrati nella media nazionale.

Inoltre chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società. In Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (dati Istat). Il 23,5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1,34 del prodotto interno lordo), è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare (Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2000).

La prevenzione primaria punta alla riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare e unitamente al miglioramento delle tecniche assistenziali e dei trattamenti medici mira a ridurre notevolmente la morbilità e la mortalità legata alla cardiopatia ischemica e agli accidenti cerebro-vascolari.

Documento composto da n. 9 facciate, ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 277 del 29 MAR. 2006
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA (Dott. Walter Gariani)

Sintesi del contenuto del progetto

Il progetto si propone di dare piena attuazione al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 così come approvato dall'intesa Stato Regioni e Province autonome del 23 Marzo 2005.

In particolare vuole seguire pienamente le indicazioni predisposte dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie e contenute nel Piano operativo del Progetto Cuore con le linee operative per la pianificazione regionale.

In questa prima fase di attuazione del Progetto cuore si mirerà a migliorare l'intervento di ogni operatore sanitario nel rapporto con la persona che assiste teso a ridurre il rischio cardiovascolare.

La prevenzione individuale si baserà soprattutto nella diffusione più ampia possibile della carta e del punteggio cardiovascolare.

Obiettivo generale

-Diffusione della carta e del punteggio del rischio cardiovascolare;
-stima per ogni paziente del rischio globale assoluto e trattamento farmacologico e non farmacologico dei fattori di rischio attraverso il counselling.

Fasi operative

Definizione del contesto

A livello della ASL di Pescara il progetto sarà coordinato da un **Gruppo Gestionale Aziendale** che sarà composto da:

- Direttore Sanitario Aziendale
- Responsabile Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica , Coordinatore del Progetto
- Responsabile Servizio Medicina di Comunità
- Responsabile Servizio di Sicurezza Interna
- Responsabile Centro Trasfusionale
- Dirigente medico Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, responsabile della Centrale Operativa
- Un rappresentante dei Medici di Medicina Generale.

Ogni componente designerà un proprio sostituto, in caso di impossibilità a partecipare alla riunione.

L'ambito territoriale di effettuazione del Progetto riguarderà la ASL di Pescara.

Valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto

La diffusione dello strumento per il calcolo del rischio cardiovascolare avverrà attraverso:

A) Medici di Medicina Generale;
B) Centri Trasfusionali
C) Medico Competente (Sicurezza Interna) della ASL.

A) La proposta di collaborazione sarà rivolta ai 260 Medici di Medicina Generale della ASL di Pescara.
Sarà incentivata la partecipazione finalizzata all'archiviazione e alla comunicazione on-line dei dati, utilizzando preferibilmente una rete informatica già operativa.
Attualmente nella ASL di Pescara, in esecuzione della deliberazione Giunta regionale n. del , è in esecuzione un Progetto di ricerca applicata, affidato alla Fondazione no-profit S.Camillo de' Lellis, che vede la costituzione di una rete informatica fra 50 Medici di Medicina Generale con l'uso di un software già predisposto.
Il Progetto Cuore si inserisce in questa rete informatica, ampliandola, avendo già a disposizione un numero significativo di Medici di Medicina Generale (50 su 260), in possesso sia dell'hardware che del software che permette loro di raccogliere dati e di comunicarli ad un server.
I Medici di Medicina Generale che partecipano al Progetto Cuore dovranno necessariamente provvedere alla dotazione informatica nei loro studi.

B) Saranno interessati i Centri Trasfusionali dei tre Presidi Ospedalieri della ASL di Pescara.
"In questa ottica i donatori di sangue rappresentano una fascia di popolazione che risponde ai requisiti di applicazione della carta del rischio,rappresentando un bacino di utenza di circa 2,5 milioni di persone sane.Le associazioni dei donatori hanno una propria rete informatica utile per la raccolta dei dati." (Allegato 1 – Progetto Cuore)

C) Verrà inoltre proposta la carta del rischio a tutti i dipendenti della ASL attraverso il Servizio di Sicurezza interna, in quanto così come per la fascia dei donatori, ci troviamo di fronte ad una popolazione sana, in piena attività lavorativa ed esposta in maniera omogenea al fattore di rischio " stress ", condizione che facilita la sua valutazione come fattore di rischio.

Popolazione eleggibile

La carta e il punteggio del rischio cardiovascolare verranno offerti a tutte le persone di età compresa fra 35 e 69 anni esenti da un precedente evento cardiovascolare per misurare la probabilità di sviluppare infarto o ictus cerebrale nei successivi 10 anni.
Per la ASL di Pescara la popolazione eleggibile è di 139.698 persone (maschi 68.059 – femmine 71639), secondo i dati ISTAT al 1° Gennaio 2004.

Gestione del rischio

La tappa successiva alla formulazione del punteggio individuale è l'identificazione del percorso per il trattamento ed il monitoraggio del rischio individuale, che prevede il coinvolgimento attivo e l'integrazione di differenti competenze professionali.

Ogni ASL dovrebbe prevedere un percorso preferenziale che, in previsione dell'afflusso di una maggiore utenza verso alcuni servizi (cardiologia, diabetologia, laboratorio analisi, medicina dello sport, etc..), sappia ridurre i tempi di attesa e fornire dati ai Medici di Medicina Generale che rappresentano il momento di sintesi che favorisce il controllo dei fattori di rischio modificabili.

Formazione

Seguendo il Piano di Formazione Nazionale, che è già operativo, la Regione Abruzzo predisporrà un Piano Regionale di Formazione.

Essendo previsto, in questo primo anno di applicazione del Piano Operativo del progetto Cuore, l'impegno di una sola ASL su sei, come progetto pilota prima dell'estensione del Piano Operativo alle restanti ASL, dopo un'attenta valutazione dei risultati conseguiti e delle eventuali correzioni di rotta, la formazione sarà rivolta ai componenti del Gruppo Gestionale Aziendale e sarà effettuata presso la Regione limitrofa che per prima avvierà il Piano di Formazione Nazionale.

In questo modo potrà rapidamente partire la formazione dei Medici di Medicina Generale che aderiranno al Progetto pilota, degli operatori dei Centri Trasfusionali e del Servizio di Sicurezza Interna.

Nel secondo anno di applicazione del Piano Operativo del Progetto Cuore, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il Piano Regionale di Formazione avrà l'obiettivo di costituire un gruppo di formatori regionali che nelle proprie singole ASL attueranno il relativo piano di formazione aziendale con l'intento di raggiungere gli oltre 1000 medici di Medicina Generale che operano nella Regione

I contenuti essenziali del Piano di Formazione si atterranno scrupolosamente a quelli predisposti dal Progetto Operativo e cioè:

- Prevenzione in ambito cardiovascolare
- Calcolo del rischio
- Rischio globale assoluto
- Trattamenti terapeutici
- Counselling.

Monitoraggio dell'applicazione del Piano

Gli indicatori che verranno usati nel monitoraggio saranno:

- Proporzione di popolazione che riceve la stima del rischio dai Medici di Medicina Generale;
- Proporzione dei Medici di Medicina Generale che partecipano al progetto, inviando dati in tempi ragionevoli;
- Proporzione di popolazione che riceve la stima del rischio presso i Centri Trasfusionali che partecipano;
- Proporzione di dipendenti dell'Azienda ASL che riceve la stima del rischio presso il Medico Competente;
- Numero di corsi di formazione realizzati con relativa proporzione dei partecipanti sulla popolazione target.

Valori di riferimento-risultati attesi:

1. Proporzione di popolazione 35-69 anni che riceve la stima del rischio dai Medici di Medicina generale che partecipano al progetto:
   Valore atteso al 31.12.2006 : 5%
2. Proporzione di Medici di Medicina Generale che adottano la stima del rischio globale assoluto nella loro pratica quotidiana:
   Valore atteso al 31.12.2006 : 30%
3. Proporzione di popolazione che riceve la stima del rischio presso i Centri Trasfusionali che Partecipano:
   Valore atteso al 31.12.2006 : 5%
4. Proporzione di dipendenti dell'Azienda ASL che riceve la stima del rischio presso il Medico Competente:
   Valore atteso al 31.12.2006 : 5%

5. Attività di formazione specifica:
   Valore atteso al 30.03.2006 : Predisposizione del Piano di Formazione Regionale e accordi con la regione limitrofa cui mandare i formatori aziendali della ASL di Pescara;
   Valore atteso al 30.06.2006 : Corso di formazione realizzato per i Medici di Medicina Generale della ASL di Pescara, per i Medici dei centri Trasfusionali e per i Medici della Sicurezza Interna.

Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori

Essendo così ampia la fascia di popolazione eleggibile e riguardando soprattutto persone sane, sarà necessaria una campagna di comunicazione che sappia far giungere a tutta la popolazione l'importanza dell'attuazione e quindi di una adesione massiccia ad un progetto di prevenzione che si pone l'ambizioso obiettivo di ridurre la mortalità e la morbilità legate alla patologia più frequente fra la popolazione.

Dovranno essere definiti i contenuti e i target delle campagne informative,utilizzando tutti gli strumenti in grado di fornire una comunicazione semplice, convincente e che raggiunga il maggior numero di persone, di ceto e cultura diversi.

Azioni

1) Definizione del Piano di Formazione Regionale e organizzazione della partecipazione al Corso di formazione presso una Regione limitrofa ;
2) Costituzione e insediamento del Gruppo Gestionale Aziendale della ASL di Pescara;
3) Accordo con i Medici di Medicina Generale circa le modalità di attuazione del Progetto, le modalità di adesione e l'incentivazione prevista;
4) Accordo con i Centri Trasfusionali circa la loro partecipazione al Progetto e definizione dell'incentivazione prevista;
5) Accordo con i Servizi di Sicurezza Interni della ASL circa la loro partecipazione al Progetto e la definizione dell'incentivazione prevista;
6) Organizzazione dei Corsi Aziendali di formazione;
7) Definizione della campagna informativa rivolta a tutta la popolazione e sua realizzazione;
8) Organizzazione all'interno del Servizio d'Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica di un centro operativo di coordinamento di tutte le attività della ASL riferite al Progetto e di un punto di riferimento per la raccolta dati, collegato sia con il Servizio regionale Osservatorio Epidemiologico ,Mobilità e Controllo Qualità nonché con ASR-Abruzzo (Agenzia sanitaria Regionale) ;
9) Coordinamento, promozione ed eventuale correzione delle attività legate alla realizzazione del Progetto da parte del Gruppo Gestionale aziendale;
10) Verifica dello stato di avanzamento della realizzazione delle attività attraverso il Tavolo tecnico previsto dalla Delibera n°683 del 18 Luglio 2005 della Giunta Regionale d'Abruzzo presso la Direzione Sanità ai fini anche della valutazione del Progetto pilota per l'ampliamento nelle annualità successive sull'intero territorio regionale attraverso la realizzazione nelle altre Ausl.

Soggetti coinvolti nel Progetto

- Personale del Servizio d'Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica;
- Personale del Servizio di Medicina di Comunità
- Medici di Medicina Generale;
- Medici dei Centri Trasfusionali;
- Medici del Servizio di Sicurezza Interna
- Medici Specialisti secondo il percorso per il trattamento del rischio cardiovascolare.

Tempi per la realizzazione:

cronogramma delle attività.

Predisposizione del Piano di Formazione Regionale e accordi con la regione limitrofa cui mandare i formatori aziendali della ASL di Pescara	**Entro il 31.05.2006**
Costituzione e insediamento del Gruppo Gestionale Aziendale della ASL di Pescara	**Entro il 31.05.2006**
Accordo con i Medici di Medicina Generale circa le modalità di attuazione del Progetto, le modalità di adesione e l'incentivazione prevista; **Accordo con i Centri Trasfusionali circa la loro partecipazione al Progetto e definizione dell'incentivazione prevista;** **Accordo con i Servizi di Sicurezza Interni della ASL circa la loro partecipazione al Progetto e la definizione dell'incentivazione prevista;**	**Entro il 31.05 2006**
Organizzazione dei Corsi Aziendali di formazione	**Entro il 30.06.2006**
Definizione della campagna informativa rivolta a tutta la popolazione e sua realizzazione	**Entro il 30.06.2006**
Organizzazione all'interno del Servizio d'Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica di un centro operativo di coordinamento di tutte le attività della ASL riferite al Progetto e di un punto di riferimento per la raccolta dati, collegato con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale;	**Entro il 30.06.2006**
Coordinamento, promozione ed eventuale correzione delle attività legate alla realizzazione del Progetto da parte del Gruppo Gestionale aziendale;	**Entro il 30.09 2006**
Analisi dei risultati e loro valutazione con il Tavolo tecnico predisposto dalla Delibera n°683 del 18 Luglio 2005 della Giunta	**Entro il 31.12.2006**

Regionale d'Abruzzo presso la Direzione Sanità	

Costi attesi

anno 2006 : 430.000,00 euro

b)

PROGETTO PER INTEGRAZIONE, GESTIONE ED ASSISTENZA AL DIABETE

La presente copia è conforme all'originale [illegible] 13 e di 13 [illegible] da apposito [illegible] "Regione Abruzzo: Direzione Sanità".

Pescara, li 23/3/06

Dott. [illegible]

Documento composto da n. 13 facciate,

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 277 del 29 MAR. 2006

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Dott. Walter [illegible])

1. Introduzione e Contesto applicativo di riferimento

La patologia diabetica è in rapida evoluzione, infatti, oggi colpisce circa 177 milioni di individui nel mondo ed è stato stimato che, vista la rapida crescita della patologia, nel 2025questo numero sarà raddoppiato.
In Italia si stima che la prevalenza del diabete noto sia il 3,5% con valori più alti con l'aumentare dell'età. Nelle persone oltre i 65 anni la prevalenza si aggira intorno al 12%. In Italia pertanto sono diabetici circa due milioni di persone.
La patologia diabetica è particolarmente rilevante per le complicanze a carico di numerosi organi ed apparati (complicanze micro e macrovascolari), nonché per l'impatto sulla qualità di vita dei pazienti: in generale l'impatto sulla salute pubblica, con le conseguenti e negative ripercussioni sull'economia sanitaria, è enorme. Si stima che il 6,7% della spesa sanitaria (pari a 5.500 milioni di euro) è assorbita dalla malattia diabetica.

Queste considerazioni sono ormai note agli addetti ai lavori e dai risultati preliminari dello Studio QUADRI (Istituto Superiore di Sanità 2004) emergono alcune criticità relative agli outcome assistenziali studiati nella popolazione diabetica italiana:

L'aderenza alle linee guida sull'assistenza
Si ritiene appropriato, sulla base di Linee Guida Nazionali e Internazionali, che ogni paziente diabetico effettui almeno ogni 6 mesi una visita medica con esame dell'apparato cardiovascolare e degli arti inferiori, faccia ogni anno un esame del fondo oculare e la vaccinazione antinfluenzale, e ogni 4 mesi la determinazione dell'emoglobina glicosilata. Per i soggetti trattati con insulina è previsto l'autocontrollo glicemico pluri-quotidiano. Inoltre, le linee guida suggeriscono che tutti i pazienti, oltre i 40 anni o con almeno un fattore di rischio cardiovascolare, assumano regolarmente l'acido acetilsalicilico (ASA). I risultati dello Studio Quadri dimostrano che meno della metà (49%) dei pazienti ha fatto almeno una visita approfondita dal medico di medicina generale o dal centro diabetologico nell'ultimo semestre. Nell'ultimo anno solo il 59% ha effettuato un esame del fondo oculare ed il 42% ha ricevuto la vaccinazione anti-influenzale. Negli ultimi 4 mesi l'emoglobina glicosilata è stata eseguita nel 66% dei diabetici. Il 54% riferisce di avere fatto un controllo della glicemia a digiuno negli ultimi 4 mesi; il 62% dei diabetici in trattamento insulinico pratica l'autocontrollo glicemico domiciliare almeno una volta al giorno.

Qualità percepita dei servizi
La grande maggioranza dei cittadini diabetici (circa il 90%) ritiene che i servizi abbiano orari adeguati, i locali facilmente accessibili e puliti, non si apprezzano differenze significative fra i locali dei Medici di Medicina Generale e i Centri Diabetologici. Circa il 90% della popolazione diabetica è soddisfatta dell'atteggiamento degli operatori sanitari che sono cortesi e disponibili, pronti all'ascolto e chiari nelle spiegazioni. Anche in questo caso il giudizio è

sovrapponibile sia per i Medici di Medicina Generale che per i Centri Diabetologici. Per quanto riguarda l'organizzazione complessiva dei Servizi, oltre l'80% dei pazienti con diabete ne è soddisfatto. Si evidenzia comunque che nei Centri Diabetologici di alcune Regioni un terzo dei diabetici deve aspettare più di un'ora prima per ottenere una prestazione, nonostante oltre l'80% dei Centri lavori "su prenotazione".

Pertanto, verificata l'incompleta aderenza alle raccomandazioni della buona pratica clinica, bisognerebbe introdurre interventi per l'implementazione delle linee guida con metodi di provata efficacia (audit e feedback, reminder, ecc.), approcci innovativi per la gestione integrata della malattia (disease-management, case-management) ed il monitoraggio dei più rilevanti indicatori di aderenza alle linee guida.

Univoca pertanto è la raccomandazione della integrazione tra primary e secondary care con implementazione del disease-management della malattia diabetica.

La riposta a questi problemi è stata postulata nella attivazione del protocollo di intesa AMD-SIMG (Associazione Medici Diabetologi-Società Italiana Medicina Generale), espresso nelle "Linee guida per la gestione integrata del paziente diabetico".

Le esperienze attuali sulla concreta attuazione di tale protocollo hanno purtroppo mostrato alcuni punti di debolezza che sono collegati a:

- organizzazione
- sistemi di comunicazione

Tali criticità, infatti, hanno portato al "fallimento" secondario dei programmi di integrazione tra primary e secondary care. Fallimento individuato nella complessità della comunicazione tra i vari attori del sistema con conseguente perdita di aderenza nei tempi lunghi dei dati condivisi. Le attuali realtà, basate sul cartaceo o su cartelle anche informatizzate, ma residenti, non hanno ancora identificato una soluzione efficace che mettesse il paziente al centro dei vari interventi, senza sovrapposizioni ed inutili duplicazioni di interventi e, soprattutto, senza "volatilità" dei risultati.

Per altro, la esperienza già esistente, e positivamente consolidata, dell'utilizzo della cartella clinica informatizzata con archivio centrale unico (nella Regione Marche), con condivisione di dati e pazienti nell'ambito specialistico regionale e linee guida di intervento condivise ed omogenee (benchmarking), ha permesso un evidente miglioramento della pratica clinica e produzione di indicatori per la programmazione, nell'ambito esclusivo dei servizi specialistici.

Attualmente nella Regione Abruzzo, in applicazione della L.16 marzo 1987 n. 115 e della relativa norma regionale di attuazione n. 48 del 15 giugno 1988, e successive modifiche in particolare L.R. 16 settembre 1998 n.85 e L.R. 14 maggio 1999 n.28, esistono 15 centri di diabetologia che gestiscono le informazioni riguardanti pazienti

diabetici del territorio regionale e 1 centro regionale di diabetologia pediatrica; i centri di diabetologia, se collegati in rete con i MMG del loro territorio, potrebbero avere la piena condivisione delle notizie cliniche, senza alcuno sforzo di raccolta/ricerca, e consentirebbe ai pazienti di potersi recare in qualsiasi centro senza essere costretto a sottoporsi ad inutili ripetizioni di esami.

Qualora vi fosse il collegamento in rete tra i vari centri ed i MMG o, in alternativa, tra il centro di riferimento ed i MMG del proprio territorio si potrebbe estrarre una prima fotografia della situazione diabetologica in Abruzzo ed una lista di indicatori di qualità del servizio prestato, procedura che potrebbe essere ripetuta annualmente con estrema semplicità ed offrire utili indicazioni sui possibili miglioramenti assistenziali e gestionali.

Si può pertanto concretamente ipotizzare che l'estensione del sistema già esistente e validato in altre Regioni (Marche), con conseguente condivisione degli archivi e degli interventi con i MMG, potrebbe rappresentare la soluzione più semplice ed efficace del problema nodale di comunicazione che ha inficiato fino ad ora il risultato.

Obiettivi dell'intervento

- Creare fra i MMG, i pediatri di base e i centri specialistici di diabetologia pediatrica e dell'adulto un collegamento bidirezionale con la cartella clinica informatizzata già esistente e validata, che renda possibile la comunicazione permanente tra i vari attori del sistema: MMG, pediatri di base, Servizi specialistici, Amministratori, Paziente attraverso uno strumento di facile e sicuro utilizzo identificato nel Web;

- Accrescere l'appropriatezza degli interventi del diabetologo e del MMG e del pediatra, attraverso un incremento della motivazione e della riqualificazione dei MMG e dei pediatri di base sul diabete, una forte opera di sensibilizzazione e aggiornamento rivolta ai MMG, in funzione della condivisione dei dati e dei protocolli con lo specialista e il miglioramento della diagnosi precoce del diabete e della sua prevenzione primaria.

3. Risultati attesi

1) Aggiornamento continuo dei dati assistenziali nella cartella clinica;
2) Riduzione ricoveri inappropriati per DRG "diabete mellito";
3) Riduzione della duplicazione di esami clinici: "budget etico";
4) Aderenza alle raccomandazioni della buona pratica clinica (verifica della compliance alla prescrizione farmaceutica etc);
5) Motivazione e riqualificazione sull'argomento specialistico del MMG e dei pediatri di base;

6) Attuazione della pratica di gestione integrata del diabete Ospedale-Territorio, modulata in funzione di un protocollo nazionale condiviso e della disponibilità/capacità del singolo medico coinvolto;
7) Prevenzione primaria del diabete tipo 2 legata alla motivazione e riqualificazione del MMG e del pediatra di base.

4. Descrizione dell'intervento

ATTIVITA'

PIANO OPERATIVO

Nel piano operativo le tre azioni costituenti il progetto verranno distinte in fasi. Le azioni avranno svolgimento sincrono e la rispettiva tempistica e' riportata negli allegati (cronoprogramma).

Azione 1: Integrare stabilmente i diversi livelli di assistenza al paziente diabetico attraverso una rete regionale.

FASE 0 (fase preliminare)

Individuazione di un Comitato di Coordinamento Regionale per la realizzazione del Progetto, costituito da:

1 rappresentante della Direzione Sanità della Regione Abruzzo, su designazione del componente la Giunta
1 rappresentante dell'Agenzia Sanitaria Regionale - Abruzzo;
1 rappresentante regionale dell'Associazione Medici Diabetologici
1 rappresentante dei Medici di Medicina Generale, su designazione del Componente la Giunta
1 rappresentante dei pediatri di libera scelta, su designazione del componente la Giunta
1 componente del Comitato regionale diabetologico di cui alla L.R. 48/88 designato dal presidente del Comitato stesso
2 Referenti dell'Università Telematica "Leonardo Da Vinci" dell'Università G. D'Annunzio di Chieti- Pescara, su designazione della stessa Università.

La costituzione del comitato verrà formalizzata con delibera del Direttore regionale alla Sanità.

Il comitato avrà i seguenti compiti:

- Coordinamento del Progetto ed individuazione del percorso di raccordo con ciascuna azienda Usl abruzzese
- definizione degli indicatori necessari per la valutazione del progetto nelle fasi attuative, in conformità con le indicazioni del CCM

- analisi e valutazione dei risultati in conformità con le indicazioni del CCM
- predisposizione dei progetti formativi per gli operatori coinvolti nel progetto.
- Le decisioni assunte dal Comitato sono formalmente trasmesse al Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Sanità, che ne verificherà la coerenza con il progetto per l'assunzione dei successivi adempimenti amministrativi.

1° FASE

Attivazione di un archivio unico centralizzato della cartella informatizzata finalizzato all'utilizzo via Web.

Realizzazione di un database contenente solo i dati dei pazienti che accettano la condivisione via WEB dei dati tra i vari Servizi di Diabetologia e MMG. Questo database costituirebbe il Database Regionale .

Identificazione di:

- amministratori del sistema;
- garante sicurezza: privacy, firma digitale, protocolli d'accesso (ID PW);
- dati sensibili ed indicatori di processo e di risultato.

Per permettere l'accesso e la condivisione esclusivamente dei singoli dati proprietari (utente MMG e/o paziente e/o amministratore potranno accedere ai soli dati proprietari ed a quelli condivisi a seconda del livello di autorizzazione).

Identificazione degli:

- indicatori intermedi
- indicatori di risultato

per permettere la validazione degli outcomes finali.

2° FASE

Coinvolgimento e verifica del sistema nei centri specialistici che saranno di riferimento al sistema

3° FASE

- Individuazione (reclutamento) su base volontaria di 10 MMG e di 5 pediatri di base per ciascuna area dei Servizi di Diabetologia coinvolti
- Formazione all'utilizzo della cartella informatizzata-Web

- Adattamento e condivisione locale del protocollo di Gestione Integrata AMD-SIMMG tra il singolo Centro ed i MMG collegati con questo tramite riunioni locali
- Condivisione complessiva tra tutti i partecipanti allo studio dei vari adattamenti effettuati localmente sul protocollo di Gestione Integrata AMD-SIMMG tramite una riunione generale
- Adattamento e condivisione locale del protocollo di Gestione Integrata tra il Centro di Diabetologia Pediatrica ed i pediatri di base collegati con questo tramite riunioni locali
- Condivisione complessiva tra tutti i partecipanti allo studio dei vari adattamenti effettuati localmente sul protocollo di Gestione Integrata Diabetologia Pediatrica - Pediatri di base tramite una riunione generale

4° FASE

Attuazione sperimentale protocollo SIMMG-SID-AMD e delle linee guida SIEDP-Pediatria di base

5° FASE

Validazione degli indicatori scelti con elaborazione statistica dei risultati. Gli indicatori che inizialmente verranno utilizzati saranno gli stessi che verranno pubblicati dall'Associazione Medici Diabetologi. Questa scelta permetterà di effettuare un confronto con organizzazioni di altre regioni, avendo la lista degli indicatori una valenza nazionale. Ovviamente nulla impedirà un allargamento ad altri specifici indicatori.

6° FASE

Ampliamento del progetto ai tutti i centri di diabetologia, ai MMG ed ai pediatri di base.

Cronogramma

- 1° e 2° Fase: in totale tre mesi decorrenti dalla data di insediamento del comitato di coordinamento
- 3° Fase: 2 mesi
- 4° Fase: 1 anno
- 5° Fase: 2 mesi
- 6° Fase: sei mesi a seguire dopo la conclusione della 5° fase

Azione 2: Educazione permanente del personale medico attraverso programmi di formazione a distanza incentrati sulle lineee guida per la gestione integrata della malattia diabetica (SIMG, AMD, SID, SIEDP).

Per gli operatori partecipanti al progetto verrà predisposto apposito iter formativo, in particolare per i Medici di medicina generale e gli Operatori Centri diabetologici su:

- addestramento all'utilizzo del software
- adozione linee guida gestione del paziente diabetico
- counseling con il paziente diabetico

RISORSE

Materiali

Fornitura di rete ADSL ai MMG ed ai pediatri di base partecipanti;

Realizzazione di un secondo DATABASE in sede sicura dove archiviare i dati del paziente da condividere via WEB;

Attivazione di un archivio unico centralizzato della cartella informatizzata finalizzato all'utilizzo via Web. Adattamento a richieste del gruppo del programma WEB attualmente esistente;

Elaborazione statistica dei dati e calcolo degli indicatori;

1 Riunione plenaria di tutti i componenti di una giornata.

Umane

Un medico (borsista) per ogni centro che segua e verifichi la corretta aderenza alle procedure di implementazione della cartella condivisa;

10 MMG per ogni area territoriale del Centro di diabetologia e 5 pediatri di base, individuabili su base volontaria, che partecipino alle varie fasi di formazione e di esecuzione del progetto per la durata dei 12 mesi;

Assistenza tecnica ed informatica on line e/o sul posto per tutti i partecipanti al progetto durante tutto lo studio.

Coinvolgimento di altre regioni

Il modello gestionale descritto è già stato realizzato dalla Regione Marche e potrebbe venire facilmente condiviso anche da altre regioni.

In particolare, poiché nella Regione Abruzzo non è presente un cablaggio di tutti gli ospedali, il modello di riferimento auspicabile consisterebbe nel far risiedere il data base clinico all'interno delle singole Asl e nel permettere il collegamento dei MMG e dei pediatri di base delle singole ASL ai rispettivi data-base (accesso che dovrebbe essere fornito in accordo con le regioni) tramite collegamento internet ADSL. Ciò in favore di una infrastruttura d'interconnessione più semplice, facilmente replicabile ed a vantaggio di una "perdita" solamente parziale dell'unitarietà delle informazioni a livello regionale.

In linea con l'obiettivo generale di riqualificazione dei MMG e dei pediatri di base, il progetto ha come obiettivo l'implementazione, la diffusione ed il miglioramento di corsi di aggiornamento diabetologico (ECM) on line ed "in presenza", già da noi avviati in Abruzzo. In particolare i corsi on line potrebbero avvantaggiarsi dell'alta tecnologia e delle particolari metodologie didattiche già acquisite nella Regione Abruzzo grazie alla presenza dell'Università Telematica "Leonardo da Vinci", a fronte degli innegabili ed importanti vantaggi economici che gli stessi corsi on line presentano rispetto ai corsi "in presenza". *(Allegato 1)*

(Allegato 1)

FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Il diabete mellito rappresenta una temibile malattia cronica che vede nel medico di Medicina Generale una figura chiave nel processo di gestione integrata con lo specialista.

Il paziente diabetico che trova una coerenza di gestione fra generalista e specialista comprende meglio come la visione strategica del proprio problema sia solida, in quanto inserita in un programma condiviso e accettato dalla comunità scientifica. E' infatti esperienza di tutti i giorni registrare nei pazienti diabetici aspetti di demotivazioni nel seguire una corretta gestione della propria malattia, che emergono da una visione non coerente e condivisa fra generalista e specialista.

D'altra parte, il continuo progresso scientifico in questo settore delle malattie del metabolismo rende necessario un processo formativo in continuo aggiornamento (life long learning). Soltanto una continua adesione alle linee guida condivise, in grado di poter essere sempre aggiornate con i cambiamenti emergenti dal progresso possono garantire un'ottima riuscita del progetto.

Nella consapevolezza dell'importanza di quanto premesso, si ritiene che la accurata programmazione della componente Formazione/Aggiornamento sia di importanza strategica.

Oggi le nuove tecnologie offrono la possibilità di ottenere importanti risultati mediante la formazione a distanza (E-Learning). Tali possibilità hanno spinto l'Unione Europea a programmare con decisione lo sviluppo della Formazione a distanza in tutta l'Europa. Sulla scia di tale spinta, nell'aprile del 2003 è stata varata la legge interministeriale che istituzionalizza le Università Telematiche. (DL 17.4.03 - GU n. 98 del 29-4-2003, denominata "legge Moratti-Stanca). L'Università "Gabriele D'Annunzio" di Chieti-Pescara, attraverso la sua omonima Fondazione, ha colto tale opportunità ed ha istituito l'Ateneo Telematico "Leonardo da Vinci", (www.unidav.it) accreditato dal Ministero dell'Università e della Ricerca (GU 16.11.04). L'Ateneo oggi ospita 3 corsi di laurea triennali, una delle quali si riferisce al Managemet dei Servizi sanitari.

Inoltre la Fondazione "Università Gabriele D'Annunzio" ha partecipato alla sperimentazione nazionale ECM di Formazione a Distanza indetta dal Ministero della Salute, con un evento rivolto ai Medici di Medicina Generale, intitolato "Approccio clinico al paziente diabetico". I risultati dello studio sono in corso di stampa sulla rivista Journal of e-Learning and Knowledge Society.

Tale sperimentazione ha avuto un notevole successo, con la partecipazione di 945 medici, dei quali 921 (97%) hanno completato il questionario, ottenendo i crediti on line. I contenuti didattici sono stati considerati rilevanti dal 99% dei partecipanti. La qualità educativa è stata valutata: eccellente da 391 partecipanti (43%), buona da 417 (45%), soddisfacente da 105 (11%). L'efficacia didattica è stata valutata: molto efficace da 210 partecipanti (23%), efficace da 454 (51%), abbastanza efficace da 212 (23%).

L'Ateneo Telematico potrebbe rappresentare la sede privilegiata per ospitare un Master dedicato ai problemi dell'assistenza in Diabetologia, in grado di fornire una adeguata formazione e aggiornamento ai medici di Medicina Generale partecipanti al progetto. Inoltre, in virtù di una circolare del Ministero della Salute (N° 448 del 5.3.03) i medici che si iscriveranno al Master in Diabetologia, saranno esonerati dall'acquisizione dei crediti ECM per l'intero anno di iscrizione.

Il Master, dedicato ai medici di Medicina Generale, ospiterà:

a) un corpo dottrinale sulle modalità più aggiornate di trattamento del diabete mellito e delle sue complicanze

b) un manuale di formazione psico-pedagogica adattato alla malattia diabetica.

Il corso sarà seguito da esperti tutor on line che fungeranno da cerniera fra iscritti e docenti del corso, mediante strumenti sincroni (aula virtuale, chat ecc) ed asincroni (forum ecc).

COSTI

Voci di costo 1° anno identificato per un modulo composto da una U.O. di diabetologia – 10 medici di MMG e 10 Medici pediatri	
Acquisto e aggiornamento attrezzature (attrezzatura informatica, software di gestione, etc.)	€ 25.000,00
Personale Diabetologia + amministrativo (incentivi)	Euro 1.000,00 cadauno
Borsista (medico) nella U.O. di Diabetologia	Euro 15.000,00
Incentivi MMG e pediatri di base	€ 2.000,00
Contratti telefonia per linee telefoniche dedicate e ad alta velocità	€ 5.000,00
Stampa materiale educativo/informativo	€ 1.000,00
Pubblicizzazione del progetto tramite mass media locali e associazioni di pazienti	€ 3.000,00
Formazione ed aggiornamento del personale sanitario per modulo	€ 5.000,00
Assistenza e manutenzione software e attrezzature (non influenzato dal numero dei partecipanti per U.O.)	€ 10.000,00
Totale spese annuali	*** 67.000,00**

****Valore da moltiplicare per i centri di diabetologia esistenti nella Regione Abruzzo(n.16)***

Totale spese annuali € 1.072.000,00

Voci di costo 2°e 3° anno identificato per un modulo composto da una U.O. di diabetologia di 8 unità – 10 medici di MMG e 10 pediatri di base	
Personale unità operativa diabetologia + amministrativo (incentivi) In media 8 partecipanti	
Borsista medico nella U.O. diabetologia	
MMG incentivi e pediatri	
Contratti telefonia per linee telefoniche dedicate e ad alta velocità	
Stampa materiale educativo/informativo	
Pubblicizzazione del progetto tramite mass media locali e associazioni di pazienti	
Formazione partecipanti telematica anno per tutti i partecipanti	
Assistenza e manutenzione software e attrezzature (costo non influenzato dal numero di partecipanti per U.O.)	
Totale spese annuali	**+entro 500.000,00 ad anno**

NOTE

- + decisione demandata al Comitato tecnico

f)

REGIONE
ABRUZZO

Regione Abruzzo - Direzione Sanità

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

PIANO DELLE VACCINAZIONI

In attuazione dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, art. 4, comma 1 lett.e

La presente copia è conforme all'originale
e si compone di n. fogli 17 e di 17
... da apposito
... recante la dicitura "Regione Abruzzo:
Direzione Sanità".
Pescara, lì 23/3/06

Documento composto da n. 17 facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 277 del 29 MAR 2006
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

PIANO OPERATIVO

RAZIONALE E CONTESTO

Coerentemente alle indicazioni presenti nel Piano Nazionale Vaccini e nelle Linee Operative elaborate dal CCM per la presentazione dei progetti ai fini del Piano Regionale della Prevenzione (intesa Stato-Regioni 25/03/05) il Progetto di "Vaccinazioni" si propone di dare piena attuazione ai contenuti del Piano delle Vaccinazioni della Regione Abruzzo, approvato con Deliberazione n.793 dell'8 Agosto 2005, nel triennio 2005-2000 e di permettere la piena inclusione dei risultati delle indagini sullo stato di salute della popolazione nel Sistema informativo della prevenzione come strumento valutativo delle azioni adottate in ambito preventivo.

Il Piano delle Vaccinazioni ripropone, tra i suoi obiettivi più importanti, la realizzazione di un'anagrafe vaccinale informatizzata, già prevista dal piano regionale di attuazione del PNEMeRc, nelle aziende sanitarie locali, basata su caratteristiche indicate dalla Regione, per rispondere a un debito informativo regionale e nazionale e da includere nell'architettura del sistema informativo regionale e aziendale.

Infatti, i Servizi Vaccinali della Regione Abruzzo sono tutti dotati di anagrafi vaccinali ,costantemente aggiornate sulla scorta di dati demografici richiesti ai Comuni, utilizzate per gestione degli inviti, delle campagne e il calcolo delle coperture.

Il sistema di registrazione è prevalentemente di tipo cartaceo e non esiste un sistema integrato su scala regionale.

Si prevede la graduale e completa gestione informatizzata di tutta la popolazione dell'ASL da realizzarsi attraverso collegamenti sia con l'anagrafe sanitaria che con le anagrafi comunali e il successivo aggiornamento in tempo reale dell'anagrafica di tutti i residenti eleggibili alle vaccinazioni (nuovi nati, flussi migratori).

Questo per consentire una maggiore efficienza nella gestione di tutte le attività connesse all'atto vaccinale dalla individuazione degli eleggibili per la loro chiamata attiva, inclusi i reinviti dei non rispondenti, alla registrazione di tutte le informazioni utili relative alla somministrazione dei vaccini, fino alla gestione delle scorte e alla reportistica regionale sulla valutazione delle coperture previste. L'ottimizzazione informatizzata dell'intero sistema, oltre a migliorare l'efficienza e l'efficacia degli interventi preventivi attraverso la vaccinazione, consentirà sicuramente la valutazione di coperture vaccinali routinarie più attendibili.

Un'altra azione utile a realizzare l'ambizioso obiettivo di elevare in maniera significativa le coperture vaccinali dei gruppi a rischio è la ricerca attiva di tali soggetti, vale a dire i malati con malattie croniche

come il diabete, deficit della risposta immune, malformazioni congenite. Per realizzare tale obiettivo è necessario il coinvolgimento attivo, oltre che dei centri vaccinali, anche dei centri di assistenza clinica di riferimento per tali malati, dei pediatri di famiglia e dei medici di medicina generale.

Infine, i Centri Vaccinali dell'Abruzzo hanno ottenuto grandi risultati con le vaccinazioni obbligatorie, mentre la capacità di ottenere una consapevole adesione alle vaccinazioni raccomandate non costituisce ancora patrimonio professionale di tutti gli operatori dei servizi vaccinali. La qualità degli operatori è il principale punto di forza dei servizi; la loro professionalità deve essere ampliata, aggiungendo alle competenze, che sono ormai patrimonio consolidato, una maggiore capacità di informazione e comunicazione, elementi necessari per ottenere una adesione consapevole e un valido consenso.

L'organizzazione dei Centri Vaccinali deve essere sviluppata in modo da poter assicurare la realizzazione di tutte le azioni di dimostrata efficacia nell'aumentare la protezione vaccinale della popolazione. Il miglioramento della qualità dei servizi è l'elemento principale e indispensabile per rendere concrete le occasioni di salute offerte dalle vaccinazioni.

Al fine di ottenere informazioni su stato di salute e fattori di rischio, come strumento di valutazione dell'efficacia delle azioni preventive previste dal PSN ed adottate dalle ASL, in particolare per quanto riguarda i temi del Piano di Prevenzione Attiva, è necessario poter integrare le informazioni derivate dai sistemi informativi correnti con indagini campionarie ad hoc.

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale che questo programma si pone è quello di raggiungere una sempre maggiore consapevole adesione alle vaccinazioni attraverso il miglioramento organizzativo, la continua e corretta informazione della popolazione, la maggiore competenza e conoscenza degli operatori e la garanzia di sicurezza in campo vaccinale.

Contemporaneamente, è necessario sviluppare un sistema informativo regionale ed aziendale che permetta, sia attraverso sistemi correnti (anagrafe vaccinale, archivi) sia mediante indagini campionarie, la descrizione dello stato di salute della popolazione e il raggiungimento degli obiettivi del piano di prevenzione attiva.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Informatizzazione dell'anagrafe vaccinale delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo, come previsto dalla DGR 132 del 12.04.04 di recepimento del PNEMeRc e dal Piano Vaccini della Regione Abruzzo approvato con DGR n793 dell'8/8/05.

2. Formazione ed educazione permanente per tutto il personale coinvolto nelle vaccinazioni e per il personale deputato alle indagini campionarie.

3. Realizzazione di opportune ed efficaci campagne educative e promozionali con strategie di comunicazione diversificate in rapporto alle fasce di utenza specifiche.

4. Raggiungimento e consolidamento per tutte le vaccinazioni (obbligatorie e raccomandate) degli obiettivi di copertura previsti dalla normativa nazionale (PNV, PNEMoRC), con particolare attenzione ai soggetti a rischio e a quelli "difficili" da raggiungere.

5. Valutazione continua della qualità dei servizi vaccinali, anche per gli aspetti di qualità percepita, e messa in campo di azioni per il miglioramento delle condizioni di offerta vaccinale, sia per quanto attiene gli aspetti strutturali sia quelli organizzativi.

6. Acquisizione dei dati di monitoraggio di tutte le attività vaccinali previste dal Piano Regionale Vaccini.

linee operative contenute nel seguente progetto, essendo innovative e comportando miglioramenti strutturali, strumentali e di qualificazione del personale necessitano di costi aggiuntivi rispetto al finanziamento corrente.

Linee operative di pianificazione regionale

1 Linea operativa : istituzione coordinamento

1.a *Costituzione Coordinamento Regionale Vaccini*

Al fine di rendere efficaci gli interventi di profilassi e sorveglianza delle malattie infettive prevenibili con vaccinazione, nel rilevare la necessità di attuare, aggiornare, integrare e/o modificare il Calendario Vaccinale, nonché uniformare le attività vaccinali della Regione, si costituisce un Comitato di Coordinamento Regionale, nella composizione indicata dal PRV 2005-2007, che, sulla base dei dati epidemiologici e della letteratura scientifica disponibile, elabori indirizzi e linee guida omogenee relativamente a strategie vaccinali e sorveglianza delle malattie infettive per le Aziende USL, anche in riferimento all'attuazione del Progetto delle Vaccinazioni .

1.b *Costituzione Coordinamento Aziendale Vaccini*

Istituito ai sensi della DRG n793 dell'8/8/05, assicura la trasversalità delle azioni nell'attuazione del PRV e del progetto Vaccinazioni.

1.c *Costituzione di un gruppo operativo regionale per il monitoraggio del progetto delle vaccinazioni.*

2 Linea operativa: informatizzazione anagrafi vaccinali

Informatizzazione dell'anagrafe vaccinale delle AA.SS.LL. che permetta il calcolo degli indicatori di efficacia e di efficienza come previsto dal PRV.

- **Contesto**

La disponibilità di un'anagrafe vaccinale informatizzata è uno degli obiettivi prioritari del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMRc) 2004-2007 (Accordo n. 1857 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome, seduta del 13 novembre 2003 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome) e del Nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV) 2005-2007 (G.U.s.g. n°86, suppl. ord. n° 63 del 14 aprile 2005).

Il rendiconto dei livelli di copertura vaccinale raggiunti, che rappresentano l'indicatore indispensabile per valutare l'efficienza e l'efficacia dell'attività vaccinale, è possibile solo grazie a un efficace sistema informativo.

L'informatizzazione degli archivi vaccinali ha da sempre rappresentato uno degli aspetti più critici, le raccomandazioni regionali per la riorganizzazione degli archivi sono state descritte in un "data-set minimo" (allegato 1).
Attualmente tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) sono in grado di rispondere in modo soddisfacente alle esigenze di gestione delle attività vaccinali e alle richieste di verifica dei dati di copertura vaccinale e di attività del PNEMRc secondo i modelli informativi richiesti a livello regionale.
Però il grado di informatizzazione non è uniforme fra le varie ASL e si possono considerare prive di un sistema automatizzato di gestione degli archivi vaccinali.
Alcuni archivi magnetici in uso risultano superati rispetto agli aspetti informatici e richiedono aggiornamenti del sistema operativo.
Infine a livello regionale l'analisi dei dati di copertura vaccinale avviene tutt'ora esclusivamente su supporto cartaceo, in quanto il flusso dei dati da ASL a Regione è definito da una modulistica cartacea.
Le anagrafi vaccinali dovranno essere informatizzate a livelli di ciascun centro vaccinale e i dati dovranno confluire in un unico archivio regionale centralizzato che consentirà tra l'altro una efficiente analisi delle coperture vaccinali per popolazione e per coorti di nascita specifiche.
Successivamente sarà implementata l'integrazione di con altri archivi sanitari regionali (ad esempio il sistema informativo delle malattie infettive)

✖ Azioni previste

Le azioni previste sono:

a. ricognizione sullo stato e sulle attività delle anagrafi con mappatura dei centri informatizzati e da informatizzare;
b. ridefinire il dataset minimo per l'acquisto del software;
c. attuare il collegamento con l'anagrafe sanitaria aziendale, con aggiornamento in tempo reale dell'anagrafica di tutti i residenti eleggibili a vaccinazione (nuovi nati, flussi migratori) utilizzando l'anagrafe comunale;
d. informatizzazione di tutti i centri vaccinali individuati e, dove non è possibile, sarà garantito il collegamento attraverso terminal server utilizzando personal computer portatili;
e. addestramento del personale.

3 Linea operativa: completamento del Piano di eliminazione del morbillo e della Rosolia Congenita

Razionale e contesto

Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita - 2004-2007

L'eliminazione del morbillo in Italia rappresenta attualmente la principale priorità nel campo delle malattie prevenibili con vaccinazione.

Il Programma Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMRc) 2004-2007 (Accordo n. 1857 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome, seduta del 13 novembre 2003 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome) costituisce un "programma guida" per attuare una politica di miglioramento della qualità del sistema vaccinale.

Gli obiettivi del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita entro il 2007 sono:

- raggiungere e mantenere l'eliminazione del Morbillo a livello nazionale, interrompendone la trasmissione indigena;
- ridurre e mantenere l'incidenza della Sindrome da Rosolia Congenita (SRC) a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi;
- ridurre al minimo le complicanze gravi della Parotite epidemica.

Le strategie di vaccinazione identificate dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita risultano:

- raggiungere e mantenere nel tempo coperture vaccinali ≥ 95% entro i 2 anni per una dose di MPR;
- vaccinare sia i bambini oltre i 2 anni di età che gli adolescenti ancora suscettibili, coorti di nascita dal 1991 al 2002, effettuando una attività straordinaria di recupero;
- introdurre la seconda dose di MPR.

La Regione Abruzzo ha aderito al PNEM e RC e le coperture vaccinalei raggionte per MPR sono riportate nell'allegato 2.

Azioni previste

Le principali azioni da consolidare o intraprendere sono le seguenti:

- implementare la partecipazione al monitoraggio nazionale del Piano coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità con l'inserimento puntuale dei dati nella pagina WEB dedicata;
- definizione di protocolli di collaborazione con i Dipartimenti materno-infantili, le Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri e con le Direzioni Didattiche degli Istituti Scolastici per realizzare le

iniziative di informazione e l'offerta del vaccino MPR alle donne ancora suscettibili nel post-partum e post-interruzione di gravidanza, al personale sanitario e scolastico ad elevato rischio professionale e alle donne in età fertile ancora suscettibili;

- coinvolgimento dei PdF e MMG ed invio loro degli elenchi dei propri assistiti suscettibili;
- formazione per gli operatori dei servizi vaccinali finalizzata all'eliminazione della Rosolia congenita;
- formazione dei PdF sull'adeguato follow - up dei bambini nati da madre con rosolia accertata in gravidanza e sulle modalità di notifica obbligatoria della sindrome/infezione da rosolia congenita;
- organizzazione del riferimento regionale per la conferma diagnostica di laboratorio dell'infezione rubeolica in gravidanza e nel neonato.

4 Linea operativa: potenziamento dell'offerta vaccinale ai soggetti ad alto rischio

Il suddetto progetto regionale si prefigge l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei soggetti definiti a rischio di complicanze per malattie prevenibili con la vaccinazione attraverso l'incremento delle coperture vaccinali nei confronti di influenza, pneumococco, meningococco e varicella.

Il PRV 2005-07 ha previsto l'avvio dell'offerta attiva e gratuita dei vaccini raccomandati ai soggetti appartenenti ai gruppi a rischio aumentato.

A tale scopo dovranno essere individuati a livello regionale i criteri generali per la collaborazione con MMG e PdS in tale progetto di prevenzione mentre sarà attribuita ad accordi locali la definizione delle modalità operative e degli aspetti specifici inerenti alle suddette iniziative nel rispetto delle diverse realtà territoriali e dei modelli organizzativi aziendali esistenti.

Il progetto prevede la predisposizione di procedure di "record linkage" tra gli archivi sanitari regionali che consentano di fornire ai Dipartimenti di Prevenzione dati relativi agli assistiti potenzialmente eleggibili per le vaccinazioni raccomandate.

Rispetto ai dati così ottenuti si dovrà quindi valutare in collaborazione con i MMG e i PdS la sussistenza o meno dei criteri di eleggibilità per le vaccinazioni raccomandate ai gruppi a rischio.

Tali iniziative risultano in linea con quanto richiesto nell'ultima circolare "Prevenzione e controllo dell'influenza - stagione 2004-2005" dal Ministero della Salute e cioè la costituzione presso le ASL di "registri di soggetti a rischio" da invitare attivamente ogni anno per la vaccinazione antinfluenzale.

I dati ottenuti dagli archivi sanitari regionali rappresentano ovviamente solo uno strumento informativo di supporto (quantitativo o qualitativo) alla ricerca attiva dei "soggetti a rischio" che le aziende sanitarie regionali devono pianificare in collaborazione con i MMG e i PdS.

- **Azioni previste**

Attuazione di progetti di promozione delle vaccinazioni per gruppi a rischio anche attraverso il coinvolgimento attivo dei PLS e dei MMG e degli specialisti dei centri clinici cui periodicamente accedono i soggetti affetti dalle principali patologie predisponenti alle infezioni prevenibili da vaccino

5 Linea operativa: miglioramento dei servizi vaccinali

Nelle Regioni Abruzzo e Molise tra il 1998 e il 2001 è stato definito il Manuale di Accreditamento dei Servizi vaccinali, sotto la guida della SItI e della SIQuAS che ha coinvolto la quasi totalità dei Servizi delle due Regioni. quindi, è opportuna una revisione del suddetto Manuale e assicurarne la diffusione a tutti servizi della Regione, così da garantire un livello di qualità omogeneo i8n termni di professionalità degli operatori, dell'adeguatezza delle procedure, di accessibilità e di caratteristiche strutturali e tecnologiche dei servizi.

- **Azioni previste**

a. revisione del Manuale di Accreditamento dei Servizi Vaccinali
b. ricognizione sulle caratteristiche architettoniche, le dotazioni strumentali, lo stato professionale degli operatori dei servizi vaccinali;
c. piano regionale di promozione e di miglioramento della qualità e formulazione di un sistema regionale di indicatori;
d. attività di formazione professionale.

GLI INDICATORI ESSENZIALI PER VALUTARE IL RAGGIUNGIMENTO DEI TRE OBIETTIVI DEL PIANO NELL'AMBITO VACCINAZIONI

La riuscita del piano per l'ambito Vaccinazioni è valutata in base ad alcuni indicatori essenziali:

- esistenza dell'anagrafe vaccinale informatizzata (AVI);
- % di estensione sul territorio regionale dell'AVI;
- coperture vaccinali (% pop. vaccinata/pop. obiettivo x aa riferimento) per DTPa/IPV/HB/Hib/MPR nei bambini di età <=24 mesi;
- progetti di promozione della vaccinazione contro la rosolia nelle donne in età fertile (15-44 anni) attivati, a livello regionale e/o aziendale;

- progetti di promozione della vaccinazione attivati, per uno o più gruppi a rischio, a livello regionale e/o aziendale; in alternativa, numero di progetti per la ricerca attiva di un gruppo a rischio, avviati/realizzati a livello regionale e/o aziendale;

Per questi ultimi 2 indicatori, andrà specificata la proporzione della popolazione coinvolta nel progetto, rispetto alla popolazione regionale (quantificare al meglio il target a cui si rivolge e monitorare la percentuale di soggetti che rispondono all'invito vaccinale tra quelli appartenenti al gruppo individuato);

- copertura vaccinale contro la rosolia a 15 anni di età, suddivisa per genere (M, F, e M+F);
- approvazione di un manuale della qualità per le attività vaccinali;
- % ASL che hanno avviato un iter di miglioramento della qualità per le attività vaccinali;
- approvazione di un piano formativo regionale per gli operatori dei servizi vaccinali, su una o più finalità del Piano;
- % ASL che hanno realizzato la formazione per gli operatori dei servizi vaccinali.

PREVISIONE DI SPESA

Voci di costo	I anno	II anno	III anno
Spese per il personale	800.000,00	800.000,00	800.000,00
Vaccini	800.000,00	800.000,00	800.000,00
Spese per beni e SERVIZI Materiali Formazione e addestramento Apparecchiature Collaborazioni esterne, consulenti software Altri servizi	 20.000,00 50.000,00 100.000,00 100.000,00 50.000,00	 20.000,00 50.000,00 100.000,00 100.000,00 50.000,00	 20.000,00 50.000,00 100.000,00 100.000,00 50.000,00
Spese generali	80.000,00	80.000,00	80.000,00
Totale importo in euro per anno	**2.000.000,00**	**2.000.000,00**	**2.000.000,00**

Piano nazionale prevenzione: cronoprogramma del progetto di vaccinazione

Progetto di _____ *Regione* *ABRUZZO*

N° attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Vincoli Criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Raggiungimento effettivo del traguardo (%)
1	Costituzione coordinamento regionale e aziendale previsto dal PRV	2 %	09/03/2006	10/04/2006	Attestazione formale				
2	Costituzione di un gruppo operativo regionale per il monitoraggio del progetto di vaccinazione	2 %	09/03/2006	30/04/2006	Attestazione formale				
3	Indagine conoscitiva sulla gestione informatizzata delle vaccinazioni nelle ASL della Regione	1 %	10/04/2006	10/05/2006	Mappatura dei centri vaccinali informatizzati e da informatizzare				
4	Definizione elementi che dovranno essere contenuti nell'anagrafe vaccinale informatizzata per ogni soggetto registrato	6%	10/04/2006	10/10/2007	Realizzazione del software	Iter burocratico per acquisto software, p.c. , ecc.			
5	Collegamento con l'anagrafe sanitaria aziendale e aggiornamento in tempo reale dell'anagrafica di tutti i residenti eleggibili alla vaccinazione (nuovi nati, flussi migratori), utilizzando l'anagrafe comunale. Indicazioni per la realizzazione di moduli di trasmissione web-based per collegare direttamente i comuni con i Servizi di Igiene (Centri Vaccinali individuati) di competenza, al fine di trasmettere in tempo reale i bilanci demografici	15%	10/04/2006	10/10/2007	Realizzazione anagrafe vaccinale informatizzata	Assenza di collegamento all'anagrafe sanitaria nella maggior parte delle ASL Aggiornamento dell'anagrafe sanitaria e presenza di dati errati nell'anagrafe sanitaria			
6	Addestramento del personale per l'utilizzo del software	8%	10/10/2007	10/12/2007	Attestazione formale	*			
7	Informatizzazione dei dati vaccinali correnti	10%	10/12/2007	30/12/2007	Attestazione formale	Necessità disporre del software e del collegamento all'anagrafe sanitaria - *			
8	Valutazione delle attività vaccinali e dello stato di attuazione del PRV 2005-07 e dal PNEM e RC nelle varie ASL	2%	10/04/2006	10/06/2006	Relazione analitica dello stato di attuazione del PNEM e RC e del PRV 2005-07 nelle varie ASL	*			
9	Definizione di strategie per il catch-up dei non vaccinati per MPR nella popolazione target prevista dal PNEM e RC.	2%	10/06/2006	10/07/2006	Piano operativo				
10	Attuazione del piano operativo per il catch-up dei non vaccinati per MPR nella popolazione target prevista dal PNEM e RC. Informazione alla popolazione e alle scuole.	4%	10/07/2006	10/12/2007	Accordi con i PDF MMG e Direzioni Didattiche	*			

N° attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Vincoli Criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Raggiungimento effettivo del traguardo (%)
11	Predisposizione ed attuazione di progetti di promozione della vaccinazione contro la rosolia nelle donne in età fertile. Predisposizione e divulgazione di materiale informativo	10%	10/09/2006	10/12/2007	Protocolli di collaborazione con i Dipartimenti materno-Infantili, le Direzioni dei P.O. e le Direzioni Didattiche degli Istituti Scolatici, sportelli per gli immigrati presso i Comuni e le Comunità montane e le associazioni interculturali.	Molteplicità di professionisti da coinvolgere nell'attuazione del progetto			
12	Attuazione di progetti di promozione delle vaccinazioni per gruppi a rischio anche attraverso il coinvolgimento attivo dei PLS e dei MMG e degli specialisti dei centri clinici cui periodicamente accedono i soggetti affetti dalle principali patologie predisponenti alle infezioni prevenibili da vaccino	6%	10/09/2006	10/12/2007	Accordi di collaborazione con i MMG, i PLS e i centri di assistenza clinica	Definizione dei gruppi a rischio			
13	Predisposizione di un piano formativo regionale per gli operatori dei centri vaccinali	5%	10/04/2006	10/05/2006	Attestazione formale	*			
14	Realizzazione del corso di formazione per la rosolia congenita	4%	10/05/2006	30/12/2006	Attestazione formale	*			
15	Attuazione di un corso di formazione su uno o più aspetti del Piano Regionale Vaccini	5%	10/05/2006	10/12/2007	Attestazione formale	*			
16	Indagine conoscitiva sulla qualità dell'offerta vaccinale nelle ASL della Regione	2%	10/01/2007	10/03/2007	Relazione	*			
17	Definizione di standard per il miglioramento sia degli aspetti strutturali sia di quelli organizzativi, con particolare riguardo alla salvaguardia della sicurezza in campo vaccinale	6%	10/01/2007	10/07/2007	Revisione del manuale di accreditamento dei servizi vaccinali già elaborato	*			
18	Attivazione dell'iter di miglioramento della qualità delle attività vaccinali nelle ASL	10%	10/07/2007	10/12/2007	Avvio del percorso di miglioramento per la qualità e relazione sullo stato di attuazione	*			
Totale		100%							

* criticità comuni alle azioni sopradescritte sono: la carenza di risorse umane, strumentali e struttura

Allegato 1
dal PRV 2005-06

Sistema informativo per il monitoraggio delle attività vaccinali

Considerazioni generali

Ogni attività vaccinale necessita di un continuo processo di valutazione delle prestazioni sia in riferimento al processo (qualità intrinseca del servizio e soddisfazione dell'utente) sia in riferimento all'esito (copertura vaccinale, reattogenicità dei vaccini, morbosità e mortalità delle malattie infettive prevenibili con vaccino) in modo da poter ridefinire periodicamente gli obiettivi e le priorità secondo le necessità locali e nazionali.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda che i programmi di immunizzazione siano sistematicamente valutati in termini di adeguatezza, efficienza ed efficacia.
Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e conseguentemente il Piano Nazionale Vaccini ponevano tra le azioni strategiche il rafforzamento del controllo epidemiologico attraverso l'ottimizzazione del sistema informativo locale, regionale e centrale, che facesse riferimento da un lato alla stima delle coperture vaccinali ed alla sorveglianza degli eventi avversi a vaccino e dall'altra alla sorveglianza delle malattie infettive, attraverso flussi routinari e di rapida allerta, anche attraverso l'utilizzo dei dati dei laboratori.
La dotazione presso ogni servizio di procedure accurate di registrazione delle vaccinazioni effettuate, di registrazione degli eventi avversi e la stima periodica delle coperture vaccinali contribuiscono, tra l'altro, anche alla qualità organizzativa del Servizio.
Il miglioramento passa attraverso:

- l'ottimizzazione del sistema informativo applicato ai Centri Vaccinali delle ASL;
- l'ottimizzazione degli strumenti di rilevazione delle coperture vaccinali e delle modalità di trasferimento dei dati dalle AA.SS.LL. alla Regione e dalla Regione al Ministero della Salute.

Ottimizzazione del sistema informativo

Il flusso informativo deve poggiare sul livello regionale, considerata l'attuale organizzazione sanitaria in cui il Servizio Prevenzione Collettiva - Ufficio Igiene e Sanità Pubblica - ha un ruolo decisivo nell'indirizzare e programmare gli interventi vaccinali.
All'interno delle AA.SS.LL. il sistema deve trovare una sua prima articolazione a livello di Centro Vaccinale.
Il livello successivo è rappresentato dai SIESP, punto di confluenza e raccordo dei dati provenienti dai vari Centri con i quali, pertanto, devono collegarsi in rete, per consentire la sorveglianza continua di tutte le attività vaccinali comprese nel presente Piano e la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale.

Centri Vaccinali

Ogni Centro Vaccinale, individuato come riferimento per la raccolta e la trasmissione dei dati al SIESP, deve dotarsi di un sistema informativo sulle vaccinazioni, in rete con il SIESP e collegato con l'anagrafe sanitaria del distretto e con l'anagrafe comunale, per migliorare anche la ricerca attiva dei soggetti che non si presentano per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. Il sistema informativo deve essere integrato con quello delle malattie infettive. A tal proposito è necessario implementare tale rete con gli studi professionali dei MMG e PdF allo scopo di raccogliere dati concernenti sia la copertura vaccinale che l'epidemiologia delle malattie infettive, ivi compreso il monitoraggio dell'influenza, nonché la sorveglianza delle reazioni avverse ivi comprese le patologie postvaccinali; questo specifica attività trova collocazione nei rispettivi accordi decentrati regionali di categoria della MG e Pediatria di famiglia.
Il sistema dovrebbe inoltre essere tale da valutare non solo l'impatto dell'attività sulla copertura vaccinale ma anche l'impatto delle vaccinazioni sulle malattie infettive prevenibili con vaccino. In particolare il sistema dovrà consentire:

1. il controllo di tutte le fasi di attività (archiviazione dei dati dalle anagrafi comunali,

generazione degli inviti e definizione del piano di lavoro, archiviazione delle vaccinazioni effettuate, generazione dei reinviti);
2. controllo dei dati di efficienza del servizio (ritardi di inizio, ritardi alle diverse dosi, copertura alle diverse età, identificazione dei soggetti difficili da raggiungere, le attività effettuate conseguentemente sul campo);
3. la raccolta delle segnalazioni delle reazioni avverse e l'attività effettuata conseguentemente alla ricezione delle segnalazioni
4. la possibilità di interfacciarsi con altri archivi sanitari del Distretto, Asl, Regione, per le eventuali attività di record/linkage finalizzati in particolare alla sorveglianza delle reazioni e patologie post vaccinali.

Inoltre, relativamente alle malattie infettive, il sistema dovrebbe assicurare:
1. la raccolta, l'individuazione e l'analisi dei dati relativi alle notifiche di malattie infettive pervenute, nonché tutte le azioni sul campo effettuate conseguentemente alle notifiche (inchieste epidemiologiche, controlli di laboratorio ecc.)
2. la valutazione dell'ospedalizzazione e dei decessi dei casi di malattie infettive prevenibili con vaccini.

Caratteristiche dell'anagrafe vaccinale informatizzata

L'anagrafe vaccinale deve contenere almeno i seguenti elementi per ogni soggetto registrato:

Struttura anagrafe Vaccinale

- Cognome e nome
- Cognome e nome genitori se minore
- Sesso
- Data di nascita
- Comune di nascita
- Codice comune di nascita
- Comune di residenza
- Codice comune di residenza
- Indirizzo
- Telefono
- Vaccini somministrati
- Dosi somministrate
- Date di somministrazione
- Numero di lotto
- Data di scadenza del vaccino
- Ditta produttrice
- Codice vaccino
- Sede fisica in cui è avvenuta la somministrazione
- Le eventuali ragioni della non effettuazione della vaccinazione alla data prevista
- Cognome e nome di chi ha somministrato il vaccino
- Cognome e nome del MMG o PdF che ha in carico il soggetto

L'anagrafe vaccinale deve essere continuamente aggiornata, con cadenza almeno mensile, non solo sulla base dei dati dell'attività vaccinale, ma anche sulla base dei bilanci demografici (notifiche di nascita, schede di morte, flussi migratori).

Le notifiche da parte dei comuni dovranno essere accurate e tempestive, massimo entro 30 giorni dalla nascita, e dovranno contenere le seguenti informazioni:

Struttura Notifica da parte dei comuni

- Cognome e nome del nuovo nato/trasferito/deceduto/immigrato
- Cognome e nome dei genitori se minore
- Sesso
- Data di nascita
- Comune di nascita
- Codice comune di nascita
- Comune di residenza
- Codice comune di residenza
- Indirizzo

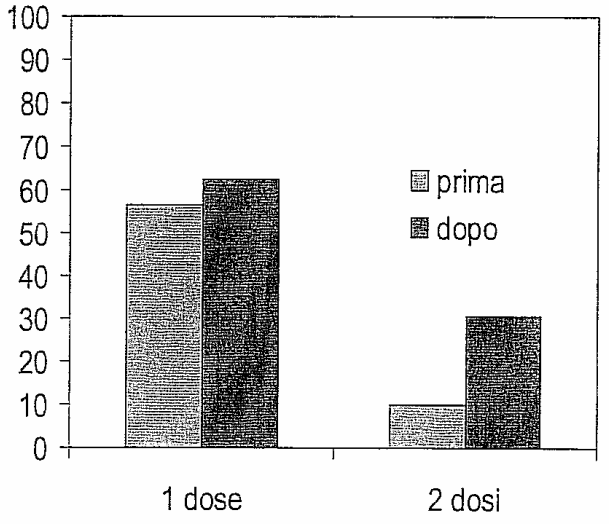
Sicurezza dei dati

L'anagrafe vaccinale va gestita da personale dedicato formato ed addestrato.
Devono esistere criteri di accesso e procedure di tutela della privacy dei dati ai sensi delle normative vigenti.

Valutazione delle coperture vaccinali

Allegato 2

REGIONE ABRUZZO
Copertura vaccinale per dose prima della campagna,
e copertura raggiunta al 31 dicembre 2004
(coorti 1993-1997)

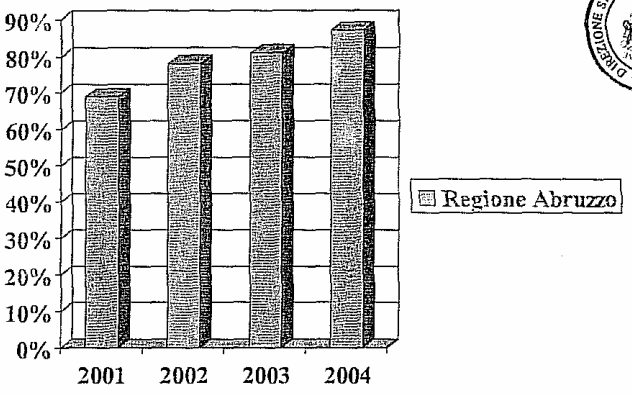


REGIONE ABRUZZO % vaccinati per ASL

AA SS LL REGIONE	N. pop. target	% già vacc. con	% già vacc. con 2 dosi	% vacc. con 1 dose	% vaccinati con 2 dosi
ASL 1 Az - Su	8595	42,8%	11,2%	10,2%	26,8%
ASL 2 Chieti	7921	92,8%	4,7%	5,4%	31,2%
ASL 3 Lanc. -	9246	55,8%	8%	16,2%	32,8%
ASL 4 L'Aquila	4301	90,4%	51,9%	0,5%	5,7%
ASL 5 Pescara	14.386	28,8%	4,5%	4,9%	22,6%
ASL 6 Teramo	15.329	62,7%	7,2%	0,8%	6,7%
Totale	59.778	56,6%	10%	6%	20,6%

REGIONE ABRUZZO
Copertura vaccinale per prima dose MPR entro i 24 mesi
ANNO 2004

- Media regionale: 87% (range per ASL: 96 %-81%)



9)

Piano per la Prevenzione degli incidenti stradali

GIUNTA REGIONALE - DIREZIONE SANITÀ - REGIONE ABRUZZO - PESCARA

La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 16 e di 16 facciate e concludono vidimata da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Sanità".
Pescara, li 23/3/06
Dott. Ugo Manuele Di Cesare

BACKGROUND

Gli incidenti stradali provocano ogni anno in Italia circa 8.000 decessi (2% del totale), circa 170.000 ricoveri ospedalieri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero; rappresentano inoltre la prima causa di morte tra i maschi sotto i 40 anni.
Il gran numero di persone che subiscono lesioni, più o meno gravi, in seguito ad incidenti stradali costituiscono la prova che, anche in termini di costi sociali legati all'assistenza e alla riabilitazione, ci troviamo di fronte ad una "emergenza" non trascurabile.

E' del tutto evidente quindi che le problematiche legate alla sicurezza stradale, pur nella molteplicità dei fattori implicati e degli organismi ed enti interessati ad azioni preventive e correttive, costituiscono certamente un aspetto primario della Sanità pubblica.
E' diventato prioritario, pertanto, individuare continuamente nuove strategie di prevenzione che consentano, a breve, medio e lungo termine, di porre un argine a questo allarmante fenomeno dei nostri tempi.

La rilevanza del fenomeno pone le conseguenze socio-sanitarie degli incidenti stradali tra gli elementi di prima grandezza nell'analisi della mortalità e morbilità complessive.
- Pur con aree di maggiore criticità, il fenomeno ha una diffusione su tutto il territorio regionale, con meccanismi generatori che, pur rientrando in alcune grandi categorie presenti su tutta la regione, possono sensibilmente variare per rilevanza e affrontabilità nelle specifiche realtà locali. È importante riconoscere questa condizione perché è alla base della necessità di sviluppare politiche sulla sicurezza stradale calibrate sui reali bisogni locali che, va da sé, occorre essere in grado di rilevare correttamente.

A tal proposito diventa prioritaria la creazione di un sistema di sorveglianza degli incidenti stradali, che garantisca una maggiore accessibilità ai dati esistenti ed un migliore coordinamento dei flussi informativi.

Documento composto da n. 17 facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 277 del 29 MAR 2006
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

Piano per la Prevenzione degli incidenti stradali

Proprio per la complessità multifattoriale che è alla base della genesi degli incidenti stradali, le azioni di prevenzione da promuovere sono numerose ed è importante che siano condotte a diversi livelli, con il coinvolgimento di diversi "attori", dalle forze dell'ordine agli operatori scolastici, dagli operatori sanitari agli amministratori ed ai tecnici che predispongono piani regolatori e piani del traffico ed altri ancora.

Le azioni da intraprendere possono essere schematicamente ripartite in **quattro livelli gerarchici**:

1. Un **primo livello** comprende quelle azioni volte ad impedire che l'evento accada. Rientrano in quest'ambito sia le azioni volte a modificare il comportamento del singolo, sia le azioni preventive volte a migliorare il contesto urbanistico e viario.
   Nel primo gruppo rientrano, ad esempio, il controllo del rispetto dei limiti di velocità e dell'alcolemia dei conducenti e l'educazione stradale. Nel secondo gruppo un fondamentale ed importante strumento è rappresentato dalla predisposizione dei Piani Regolatori e dei Piani del Traffico, attraverso i quali si può efficacemente intervenire sul territorio.

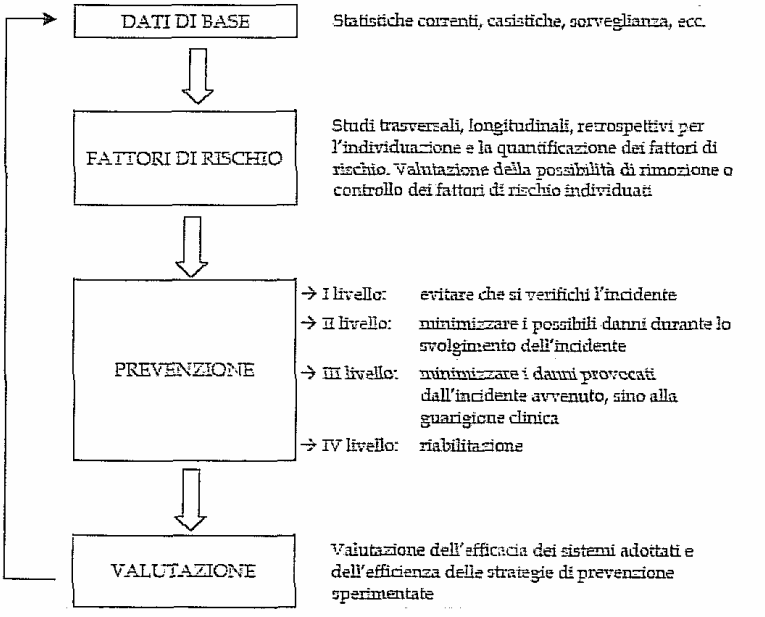
2. Un **secondo livello** comprende le azioni volte a ridurre le conseguenze dell'evento durante il suo svolgimento. Tra queste azioni rientra l'adozione dei dispositivi di sicurezza quali casco e cinture di sicurezza. Come è stato ampiamente dimostrato dalla letteratura scientifica, queste azioni di secondo livello sono quelle di maggiore efficacia e minor costo. Il ritorno sociosanitario di scelte nel breve termine indirizzate in questo senso appare rilevantissimo: l'adozione di dispositivi di sicurezza (casco, cinture, air bags, child restraints, poggiatesta) riduce, in caso di incidente, il rischio di morte o di lesioni gravi di oltre il 50% .

3. Un **terzo livello** comprende le azioni che riducono le conseguenze dell'evento dopo che questo ha avuto luogo e sono essenzialmente correlati con il primo soccorso e i successivi interventi terapeutici .

4. Un **quarto livello** è relativo alle azioni volte a ridurre gli esiti dell'evento (riabilitazione).

Piano per la Prevenzione degli incidenti stradali

Figura 1. *Schema DFPV*
(dati di base – fattori di rischio – prevenzione – valutazione)
(da Taggi, 1999b)



Taggi F., "La prevenzione degli incidenti stradali: considerazioni su possibili strategie nel breve, medio e lungo termine. Atti della *55a Conferenza del traffico e della circolazione,* Riva del Garda. 27-30 ottobre 1999b

Linee generali del Piano di prevenzione degli incidenti stradali

Le linee generali del programma di prevenzione degli incidenti stradali seguono i seguenti indirizzi di lavoro:

Sorveglianza: definire il problema. Una funzione essenziale nel controllo degli incidenti da traffico consiste nel raccogliere e nell'analizzare i dati inerenti gli incidenti stessi al fine di conoscere dove, quando e perché si è verificato l'evento, quali sono state le persone interessate e quali sono state le conseguenze più significative sotto il profilo sanitario, sociale de economico. Queste informazioni sono critiche per disegnare, implementare e valutare gli interventi preventivi. Il programma regionale di prevenzione degli incidenti stradali deve pertanto muoversi secondo due direzioni fondamentali:

- migliorare i sistemi di sorveglianza disponibili presso le strutture del S.S.N.: mortalità, accessi al P.S., ricoveri ospedalieri;
- definire meccanismi di collegamento tra i diversi sistemi di sorveglianza interni ed esterni al S.S.N..

Identificare i fattori di rischio. Il numero di fattori di rischio che possono in qualche modo accrescere la probabilità di incorrere in un incidente stradale è straordinariamente alto. Un modo per orientarsi in questa realtà assai complessa è quello di fare riferimento al sistema uomo-ambiente-veicolo. La valutazione nella realtà regionale e nelle sottorealtà locali dei diversi fattori di rischio costituisce un elemento di grande rilevanza per lo sviluppo delle azioni preventive. (2)

Definire azioni preventive. Lo specifico di intervento del S.S.N. in tema di prevenzione degli incidenti stradali può essere collocato nei seguenti ambiti fondamentali:

- informazione/educazione alla salute: sviluppare interventi informativi/educativi sulla popolazione generale, in ambito scolastico o su particolari gruppi a rischio;
- miglioramento dell'ambiente: implementare degli interventi valutativi condotti dai .Servizi di Prevenzione sugli strumenti urbanistici locali; sviluppare di una specifica professionalità tecnico-sanitaria capace di individuare, in collaborazione con figure

parallele extra-sanitarie (polizia municipale, tecnici della viabilità, ecc...) eventuali determinanti ambientali degli incidenti stradali (tramite lo studio delle mappe di rischio o tramite interventi diretti sul territorio);

- idoneità alla guida: l'attuale percorso certificativo costituisce un terreno di lavoro particolarmente significativo sul quale sviluppare azioni di miglioramento.

Aree di intervento:

- o **Sviluppo di un sistema informativo locale**
- o **Rafforzamento delle attività di educazione/informazione**
- o **Gestione del territorio e delle infrastrutture**
- o **Attività di ricerca e di monitoraggio**

Il ruolo della sanità

All'interno di una strategia regionale per la prevenzione degli incidenti stradali è necessario riconoscere un ruolo specifico alle strutture del SSR, indispensabili per l'effettiva attuazione di alcune azioni chiave (1)

- la costruzione di un sistema informativo efficace, in grado cioè non solo di aumentare il grado di accuratezza di conoscenza del fenomeno ma di fornire informazioni utili all'assunzione delle scelte;

questo implica il rispetto di due condizioni indispensabili:

  - la necessità di introdurre elementi di innovazione nell'osservazione epidemiologica in grado di assicurare strumenti metodologici più adeguati e l'integrazione dei dati sanitari con le altre fonti esistenti relative ai fenomeni incidentali e alle loro conseguenze,
  - l'individuazione dei bisogni informativi degli utenti, istituzionali e non, coinvolti nei vari aspetti della sicurezza stradale e lo sviluppo della capacità di restituire loro informazioni epidemiologiche utili per metterli nelle condizioni di assumere decisioni efficaci (dal sistema dell'emergenza/urgenza, alla gestione delle infrastrutture stradali, alla pianificazione urbana e del traffico locale);

- la costruzione, assieme ad altri settori regionali, di un centro di documentazione della letteratura scientifica a servizio sia del livello di azione regionale, sia dei diversi utenti coinvolti a livello locale nei vari aspetti della sicurezza stradale (decisori, figure professionali non sanitarie, operatori dei servizi di emergenza/urgenza, cittadini), e di monitoraggio delle diverse esperienze sviluppate a livello locale, con diffusione di quelle mostratesi più efficaci;

- la partecipazione, assieme ad altri settori regionali, allo sviluppo e alla realizzazione di un programma di attività volto alla informazione sul fenomeno, alla comunicazione del rischio e alla diffusione delle possibili soluzioni;

- lo sviluppo di iniziative di formazione coordinate con quelle di altri settori regionali, finalizzate a costruire nelle diverse realtà locali la presenza di tutte le competenze tecniche (epidemiologiche, di valutazione delle condizioni di rischio locali, di educazione sanitaria e comunicazione del rischio, di intervento nel sistema di emergenza/urgenza, ecc.) necessarie ad assicurare la possibilità dell'approccio interdisciplinare.

È evidente che la maggior parte delle azioni descritte come peculiari del SSN delineano un suo specifico ruolo all'interno di una strategia più complessiva della Regione, strategia che può trovare attuazione solo in una logica di Patto per la salute in grado di innescare realmente la cooperazione di diversi settori dell'amministrazione.

Per quanto riguarda le strutture della prevenzione collettiva infine, vi è da osservare che il loro coinvolgimento all'interno di una strategia quale quella delineata pone la necessità della loro evoluzione dalla attuale prevalente funzione di controllo a quella di produttrici di informazioni a supporto delle decisioni, e di evidenziazione/sensibilizzazione degli aspetti relativi alla sicurezza nei processi decisionali del sistema pubblico in grado di avere effetto su di essa.

(1) Nel Rapporto tecnico citato (WHO, 1989), l'OMS invita a considerare lo specifico ruolo che il settore sanitario può svolgere nello sviluppo di migliori condizioni di sicurezza stradale, sia quale componente necessario in azioni multisettoriali, sia come elemento di sensibilizzazione sul tema della prevenzione degli incidenti stradali nelle diverse politiche di difesa e promozione della salute.

La sicurezza stradale come obiettivo di salute

Il contributo dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL.

Le competenze delle AASSLL, oltre che per aiutare a creare sinergie e promuovere il lavoro interdisciplinare, possono essere utilmente impiegate per:

- analizzare, descrivere e valutare il fenomeno degli incidenti stradali e delle loro conseguenze materiali ed immateriali. Questi elementi di conoscenza sono necessari per orientare le scelte anche a livello locale, per pianificare efficacemente gli sviluppi urbanistici, per definire le priorità e gli interventi sulle infrastrutture, per riorientare l'offerta dei servizi di assistenza;
- valutare, con l'espressione dei pareri di nostra competenza, rischi ed opportunità per la sicurezza stradale derivanti dalle pianificazioni urbanistiche, dai conseguenti piani particolareggiati e nuovi insediamenti produttivi;
- promuovere e controllare, negli ambienti di lavoro che si svolgono per strada, la valutazione dei rischi, verificare l'uso dei dispositivi di protezione individuali (casco e cintura), l'abuso di sostanze e farmaci con effetti secondari a rischio per una guida sicura;
- proporre ai diversi soggetti impegnati nelle attività educative di concordare criteri di appropriatezza degli interventi e di valutazione sulla loro efficacia;
- sviluppare autonomamente strumenti e programmi di comunicazione, informazione educazione per promuovere la cultura della sicurezza stradale nella popolazione ed indurre il cambiamento degli stili di vita e dei comportamenti a rischio;
- contribuire alla diffusione della cultura della sicurezza stradale nella Amministrazione Pubblica e all'aggiornamento sulle azioni efficaci da intraprendere, promuovere iniziative di formazione per il personale dei nostri servizi e di quello degli Enti Locali.

Piano per la Prevenzione degli incidenti stradali

PROGETTO

SVILUPPO DI UN SISTEMA INFORMATIVO LOCALE

«In tema di sicurezza stradale appare fondamentale integrare le informazioni e le conoscenze ricavate dalle diverse fonti informative esistenti: le cause del fenomeno "incidente stradale" sono infatti molteplici e solo una gestione omogenea delle politiche relative alla mobilità può portare a programmare interventi di prevenzione efficaci.

È importante pertanto favorire lo sviluppo di un sistema informativo per:

- essere in grado di integrare le diverse fonti di dati e realizzare prodotti informativi specifici da utilizzare a supporto dei principali momenti di assunzione delle decisioni;
- poter disporre della possibilità di misurare l'efficacia delle azioni intraprese.

Occorre promuovere un'integrazione delle diverse fonti informative per consentire anche a livello locale un monitoraggio costante degli effetti degli incidenti stradali sul piano socio-sanitario, economico ed ambientale.

Per le motivazioni sopra riportate il Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL di Pescara intende realizzare un progetto volto alla realizzazione di un sistema di sorveglianza degli incidenti stradali come tappa iniziale di una politica di prevenzione e promozione della salute nell'ambito della sicurezza stradale.

A tal proposito il territorio della provincia di Pescara appare essere un osservatorio privilegiato nell'ambito della regione Abruzzo, per la densità della popolazione, per la sua posizione strategica, nodo di grandi vie di comunicazione nord-sud e del collegamento con Roma, per la presenza del porto, aeroporto ed area industriale che a loro volta contribuiscono in modo intenso all'incremento del traffico veicolare.

Piano per la Prevenzione degli incidenti stradali

Obiettivi generali

Gli obiettivi generali che guidano il Progetto per la Prevenzione degli incidenti stradali sono:

- perseguire la riduzione del numero di decessi secondo l'applicazione a livello regionale degli obiettivi posti a livello nazionale dalla Unione europea e dal PSN, nonché delle conseguenze sullo stato di salute delle vittime di incidenti stradali;

- realizzare politiche che portino alla riduzione del numero di incidenti stradali;

- migliorare le azioni di assistenza e sostegno nei confronti delle vittime degli incidenti e delle loro famiglie.

Obiettivi specifici

- Istituire di un sistema di sorveglianza integrato

- Sviluppare un sistema informativo locale a supporto dei principali momenti di assunzione delle decisioni nel campo della sicurezza stradale

- Analizzare, descrivere e valutare il fenomeno degli incidenti stradali, loro determinanti e conseguenze, per riorientare le scelte, pianificare gli interventi urbanistici, definire le priorità di intervento sulle infrastrutture, adeguare l'offerta dei servizi di assistenza.

Per raggiungere gli obiettivi indicati, è necessario intraprendere una serie di azioni che avranno come protagonisti tutti gli attori sociali - istituzionali e professionali - che riusciranno a integrarsi tra loro nelle diverse realtà locali, per concordare e sostenere azioni comuni per la prevenzione degli incidenti stradali.

La prima azione da perseguire è quindi quella di mettere in rete i partecipanti al patto per la sicurezza stradale ai diversi livelli di azione territoriale e amministrativa, tenendo debito

conto delle esperienze già avviate autonomamente da soggetti diversi, e promuovendo tavoli di confronto e azioni comuni secondo le diverse competenze.

Un primo livello di integrazione da garantire è quello regionale, sia per un'esigenza di coordinamento degli interventi normativi, di indirizzo e finanziari propri dell'amministrazione regionale, sia per fornire il necessario supporto culturale, formativo, metodologico ma anche strumentale e di servizio tecnologico alle realtà locali impegnate nel progetto.

Un secondo livello necessario di integrazione è quello del sistema informativo regionale e locale, che va opportunamente adeguato per aumentare il livello generale e particolare di conoscenza del fenomeno e per garantire quindi la fornitura di informazioni utili per individuare le priorità nelle azioni di governo a tutti i livelli amministrativi.

Piano per la Prevenzione degli incidenti stradali

Sistema informativo integrato per la sorveglianza degli incidenti stradali

SCHEDA DEL PROGETTO

Progetto:
Istituzione di un sistema informativo integrato per la sorveglianza degli incidenti stradali

Ambito territoriale di conduzione della sorveglianza degli incidenti stradali sarà il territorio della provincia di Pescara.

Le fonti informative da utilizzare:
- ACI-ISTAT
- SDO
- Archivi di mortalità
- Sistema informativo 118
- Sistema informativo del Pronto Soccorso

I **flussi informativi** verranno delineati al termine di un percorso formativo, mediante la individuazione di un modello realizzabile nella realtà provinciale e/o regionale, e con modalità concordate con gli enti interessati.

L'Assetto organizzativo prevede il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Pescara e il coinvolgimento degli enti detentori delle fonti informative ed altri enti che possono contribuire alla realizzazione di sistema di sorveglianza degli incidenti stradali.
A tal proposito verrà costituito di un gruppo di lavoro.

Piano di formazione per gli operatori coinvolti nella sorveglianza
L'attività di formazione del personale del Dipartimento di Prevenzione coinvolto nel progetto, vede la programmazione di corsi a sostegno della formazione sul campo inerenti l'epidemiologia applicata, la comunicazione istituzionale e pubblica in ambito sanitario, e il project managment dedicato agli interventi nell'ambito della salute pubblica.
In parallelo è pianificato ex novo un programma formativo/informativo rivolto alle altre figure professionali coinvolte nel progetto.

Indicatori di processo e di risultato
Documento di progetto di flusso informativo locale.
Produzione di rapporti sull'incidentalità stradale con la periodicità stabilità dal progetto di flusso informativo locale.

Tempi per la realizzazione : progetto triennale (vedi cronogramma)

Piano per la Prevenzione degli incidenti stradali

Programma delle attività del primo anno

- **Individuazione delle istituzioni da coinvolgere**
- **Creazione del consenso attorno al progetto**
- **Istituzione del gruppo di lavoro**
- **Formazione ed aggiornamento dei formatori**
- **Revisione dei modelli di sistemi informativi esistenti in altre ASL/provincie/regioni.**
- **Individuazione dei criteri per la realizzazione di un piano regionale di sorveglianza**
- **Creazione di un modello applicativo** del Software EpiInfo dedicato alla elaborazione dei dati epidemiologici mediante la realizzazione di mappe di rischio.
- **Redazione di un documento di progetto di flusso informativo locale.**

Programma delle attività del secondo anno

- **Implementazione del sistema informativo locale**
- **Formazione ed aggiornamento dei formatori**
- **Raccolta ed elaborazione dati**
- **Presentazione dei risultati (nell'ambito di una conferenza regionale)**
- **Programmazione e realizzazione di una Conferenza Regionale per la Prevenzione degli incidenti stradali** con la partecipazione degli Enti Locali, degli stakeholders, del mondo della Scuola, delle associazioni di volontariato e di categoria. Nel corso della conferenza verrà illustrato il lavoro svolto dal Gruppo di lavoro ed i risultati raggiunti: il Sistema di Sorveglianza ed il modello del flusso dei dati realizzato.
- **Istituzione a livello regionale di un Tavolo di lavoro permanente per la Sicurezza Stradale.**
- **Realizzazione di un sito internet regionale** per la prevenzione degli incidenti stradali con una banca dati con le migliori evidenze nel campo della sicurezza stradale, report semestrali e annuali, monitoraggio dei fattori di rischio, iniziative di prevenzione in atto.

Piano per la Prevenzione degli incidenti stradali

Programma delle attività del terzo anno

- Formazione del personale sui sistemi di valutazione.
- Individuazione di criteri di valutazione del sistema informativo locale realizzato
- Valutazione del sistema informativo

Progetto Sistema di sorveglianza per gli incidenti stradali

CRONOGRAMMA DELLE ATTIVITA'

	2008						2009											
	3 tr.			4 tr.			1 tr.			2 tr.			3 tr.			4 tr.		
Azioni	*L*	*A*	*S*	*O*	*N*	*D*	*G*	*F*	*M*	*A*	*M*	*G*	*L*	*A*	*S*	*O*	*N*	*D*
- Istituzione del gruppo di lavoro																		
- Creazione del consenso attorno al progetto																		
- Formazione ed aggiornamento dei formatori																		
- Revisione dei modelli di sistemi informativi esistenti in altre ASL/provincie/regioni.																		
- Individuazione dei criteri per la realizzazione di un piano regionale di sorveglianza																		
- Creazione di un modello applicativo del Software EpiInfo																		
- Redazione di un documento di progetto di flusso informativo																		
- Implementazione del sistema informativo locale																		
- Formazione ed aggiornamento dei formatori																		
- Raccolta ed elaborazione dati	•		•	•	•													
- Presentazione dei risultati (nell'ambito di una conferenza regionale)					•	•												
- Programmazione e realizzazione di una Conferenza Regionale per la Prevenzione degli incidenti stradali					•	•												
- Formazione del personale sui sistemi di valutazione.							•	•										
- Individuazione di criteri di valutazione del sistema informativo locale realizzato								•	•									
- Valutazione del sistema informativo locale										•	•	•						

Piano per la Prevenzione degli incidenti stradali

SINTESI DELLE AZIONI PREVISTE DAL PROGETTO

Obiettivi, azioni, tempi

Obiettivi	*Azioni*	*Tempi*
Istituzione di un sistema informativo integrato per la sorveglianza degli incidenti stradali	- Istituzione del gruppo di lavoro	Sett – Ott 2006
	- Creazione del consenso attorno al progetto	Ott / Dic 2006
	- Formazione ed aggiornamento dei formatori	Gen/Mar 2007
	- Revisione dei modelli di sistemi informativi esistenti in altre ASL/provincie/regioni.	Apr/Giu 2007
	- Individuazione dei criteri per la realizzazione di un piano regionale di sorveglianza	Mag//Giu2007
	- Creazione di un modello applicativo del Software EpiInfo	Sett/Ott 2007
	- Redazione di un documento di progetto di flusso informativo locale	Sett/Ott 2007
	- Implementazione del sistema informativo locale	Nov/Dic 2007
	- Formazione ed aggiornamento dei formatori	Gen/Mar 2008
	- Raccolta ed elaborazione dati	Apr/Nov 2008
	- Presentazione dei risultati (nell'ambito di una conferenza regionale)	Nov /Dic 2008
	- Programmazione e realizzazione di una Conferenza Regionale per la Prevenzione degli incidenti stradali	Nov /Dic 2008
	- Formazione del personale sui sistemi di valutazione.	Gen /Feb 2009
	- Individuazione di criteri di valutazione del sistema informativo locale realizzato	Feb/Mar 2009
	- Valutazione del sistema informativo locale	Apr/Giu 2009

Piano per la Prevenzione degli incidenti stradali

Bibliografia e webliografia

http://www.ministerosalute.it/promozione/inc_stradali/incidenti_stradali.jsp

http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/incidenti_stradali.asp

Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute
Incidenti stradali - Proposta di Patto per la sicurezza stradale
CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

La sicurezza stradale come obiettivo di salute.
Il contributo dei Servizi di prevenzione ambientale e sanitaria.
Luigi Salizzato - Ufficio di Presidenza SNOP

Per una nuova cultura della sicurezza stradale, i programmi della Regione Emilia-Romagna.
Emanuela Bergamini Vezzali

Il programma della regione Veneto di Prevenzione degli incidenti stradali.
S. Cinguetti; C. Ziprani; G. Gallo
Dip. Prevenzione – ASL 7 Pieve di Soligo (TV)
Direzione Regionale per la Prevenzione - Venezia

Scheda epidemiologica degli incidenti stradali.
Conferenza sanitaria territoriale – Azienda USL di Cesena

Materiale del Corso di formazione:
Prevenzione degli incidenti stradali - Epidemiologia dei traumi
I.S.S. – Regione Emilia Romagna - Cesenatico 7-8-9 novembre 2001

Piano per la salute nel territorio della Conferenza Sanitaria Territoriale di Cesena
Piano Per la Salute 2002-2004 - "Sicurezza Stradale".

La prevenzione degli incidenti stradali per il governo del territorio
A. Ranzi, P. Lauriola, F. Tosatti.
Emilia Romagna – Centro per la Prevenzione dei Danni Ambientali e Sanitari da Traffico
Provincia di Modena – Assessorato Politiche Socio-Sanitarie

Taggi F., "La prevenzione degli incidenti stradali: considerazioni su possibili strategie nel breve, medio e lungo termine.
Atti della 55a Conferenza del traffico e della circolazione, Riva del Garda, 27-30 ottobre 1999

a)

Piano Regionale per la Sorveglianza e Prevenzione degli Incidenti Domestici

La sicurezza nell'abitazione come obiettivo di salute

La presente copia è conforme all'originale e si compone di fogli 10 e di 10 facciate timbrate da apposito timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo: Direzione Sanità".
Pescara, lì 23/3/06

Premesse

Gli infortuni domestici sono senza dubbio uno dei più sottovalutati problemi di salute pubblica nel mondo occidentale con costi umani ed economici di enormi rilevanza.
In sede nazionale lo dimostrano ampiamente i risultati delle specifiche indagini eseguite annualmente dall'I.S.T.A.T.
Le dimensioni del fenomeno "Incidenti domestici" in ambito Regione Abruzzo sono, invece, estrapolabili solo dai dati generali, non essendo disponibili risultati a provenienza da apposite indagini eseguite sul territorio, in merito alla suddetta problematica, derivanti da fonti istituzionali quali i sistemi informativi del pronto soccorso, le schede di dimissione ospedaliera, gli archivi di mortalità, ecc.
Pur tuttavia, a partenza dalle indagini ISTAT nazionali si sono potuti orientare gli interventi nei confronti di parte della popolazione a rischio, considerando tale quella degli anziani e quella degli studenti della scuola dell'obbligo, questi ultimi in quanto soggetti deputati a gestire in prospettiva le attività dell'abitazione e le relative problematiche della sua sicurezza.
A riguardo, gli interventi proposti sono stati di tipo informativo-formativo nelle sedi scolastiche di frequentazione degli scolari e negli ambiti di aggregazione degli anziani.
Trattandosi di intervento i cui effetti sono da proiettare nel tempo, l'efficacia di tale azione non è al momento quantificabile, non potendo ritenere valido, a tal proposito, l'utilizzo di test a campione per la verifica dell'apprendimento dei soggetti bersaglio.

Documento composto da n. 10 facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 277 del 9 MAR. 2006
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

Sorveglianza

Un primo passaggio, fondamentale nel presente schema operativo, è senza dubbio quello della individuazione e valutazione dei rischi.

Il sistema di monitoraggio relativo all'evento "Incidente domestico" non può, a proposito, prescindere dai rilievi eseguibili presso le strutture di primo intervento presenti sul territorio della regione, ovvero i servizi di Pronto Soccorso e di emergenza sanitaria (118), integrando gli stessi con altre fonti informative quali le schede di dimissione ospedaliera ed i dati di mortalità.

Ciò presuppone un adeguamento degli attuali sistemi informatici collocati nei principali presidi ospedalieri, prevedendo apposite griglie orientate capaci di acquisire anche dati relativi alle dinamiche riconducibili alla tipologia "Incidenti domestici".

Per questo appare fondamentale l'elaborazione di una scheda di raccolta dati, con definizione univoca dei casi, così permettere una sintesi omogenea degli stessi.

Si sottolinea a riguardo, in rapporto alla difformità delle realtà presenti sul territorio della regione, l'utilità di più punti di rilievo, tali da consentire l'acquisizione di elementi di giudizio significativi.

Con queste premesse è possibile passare alla fase attuativa del progetto con l'individuazione di protocolli, secondo gli schemi classici, atti a offrire una fonte uniforme di informazione da cui partire per la successiva campagna di prevenzione.

In particolare lo schema di riferimento, cui dovranno attenersi i soggetti preposti alla gestione operativa dell'attività, dovrà individuare specifiche sul tipo di evento di monitorare, fonte del rilievo e figure professionali dedicate, territorio di provenienza, non dimenticando l'inserimento di indicatori di processo e risultato ed i tempi di realizzazione del progetto.

Prevenzione

Il secondo passaggio del progetto si caratterizza sostanzialmente per i seguenti compiti:

- Individuazione e valutazione dei rischi
- Prevenzione delle cause
- Promozione ed organizzazione di iniziative di educazione sanitaria
- Coordinamento territoriale dei programmi d'intervento

Al termine della fase di monitoraggio si avrà, infatti, a disposizione materiale epidemiologico da poter opportunamente elaborare per orientare in modo mirato i successivi interventi di prevenzione sulla popolazione bersaglio, non potendo, ad ogni modo, ignorare anche quanto presente in merito in letteratura.

Tale fase di analisi dei dati appare di corretta attribuzione a strutture che, per motivi istituzionali, sono a riguardo già formate, ovvero ai Dipartimenti di Prevenzione delle A.S.L., come peraltro anche indicato nell'art. 3 della Legge 493/99 su "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni ed istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici".

Per analoghi motivi la organizzazione ed attuazione della susseguente attività di tipo comunicativo-educativo andrebbe ricondotta alla predetta struttura dipartimentale mediante alcune delle sue articolazioni territoriali:

- Medicina della Comunità
- Igiene e Sanità Pubblica
- Prevenzione e sicurezza ambienti lavoro ed impiantistica

Accanto a questi va segnalato il contributo che potrebbero offrire, in specifiche fasi operative del progetto, altre componenti A.S.L. quali:

- Il Dipartimento materno-infantile
- I Servizi Sociali
- I Medici di Medicina Generale
- I Pediatri di Libera Scelta
- Le Unità di Pronto Soccorso di Aziende Ospedaliere, pubbliche o private
- Il Centro Regionale Antiveleni
- Il 118

Andrebbe, peraltro, individuata una sede rappresentativa del territorio ove dare collocazione alla fase pilota del progetto.

Tale ambito potrebbe essere individuato in Regione Abruzzo nella A.S.L. di Pescara in quanto, per diversificazione dei contesti geografici, bacino d'utenza, numero di accessi al Pronto Soccorso e presenza di strutture ad alta specializzazione (ad es. divisione di neurochirurgia), sembra prestarsi più delle altre ad anticipare quanto poi potrà essere esteso sul restante territorio.

La A.S.L., come sopra individuata, dovrà, ad ogni modo, operare in stretta collaborazione con altri partner, istituzionali e non, presenti nella società e competenti per territorio di riferimento:

- Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco
- I.N.A.I.L.
- E.N.E.L.
- Aziende municipalizzate
- A.R.T.A.
- Amministrazione Provinciale
- Amministrazioni Comunali
- Ufficio Scolastico Provinciale
- Ordine professionali (Medici, Farmacisti, Ingegneri, Periti, ecc.)
- Università
- Associazioni / Organizzazioni dei consumatori
- Associazioni casalinghe e pensionati
- Associazioni volontariato
- Organizzazioni Sindacali
- Organizzazioni Imprenditoriali (Industriali, artigiani, ecc.)

Appare, per questo, essenziale la formazione di una commissione nella A.S.L., con incarico di definizione dei compiti, obiettivi e rapporti interni ed esplicitazione dei collegamenti da porre in atto con gli altri soggetti interessati o coinvolti.

Individuata, mediante la citata indagine epidemiologica territoriale, la popolazione a rischio e le criticità presenti nelle abitazioni, è possibile progettare e rendere operativi gli interventi di prevenzione utilizzando alcune modalità, diversificate in rapporto ai target individuati.

Tra queste possiamo indicare, per la loro facile diffusione, la produzione di materiale illustrativo del genere opuscoli, pieghevoli, manifesti, poster, associati a campagne di stampa.

Un secondo livello potrebbe essere rappresentato dall'utilizzazione di materiale audiovisivo da distribuire od inserire in uno specifico sito sul web.

Da non misconoscere, infine, la validità del passaggio dei messaggi mediante radio e televisione o riunioni pubbliche (convegni, seminari, ecc.).

Prioritario, infine, appare l'intervento diretto sulla popolazione a rischio in collaborazione con le istituzione scolastiche per la popolazione studentesca e le sedi di aggregazione (consigli di quartiere, centri sociali, associazione, ecc.) per il target delle casalinghe ed anziani.

A completamento il sistema deputato alla valutazione ed elaborazione dei dati iniziali sarà destinato anche alla verifica dell'efficacia degli interventi di prevenzione-educazione, alla redazione di piani mirati nei confronti dei rischi più significativi, alla stesura dei bilanci annuali.

Conclusioni

Pur in assenza di precedenti sperimentazioni in materia su larga scala, la presenza di strutture già dedicate alla raccolta di dati epidemiologici, alla elaborazione degli stessi ed alla successiva fase di attuazione d'interventi di prevenzione sul territorio, appare costituire valido presupposto per ottenere significative ricadute nella prevenzione dei rischi in un ambito ad alta sinistrosità come quello domestico.

Sistema informativo integrato per la sorveglianza degli incidenti domestici

SCHEDA DEL PROGETTO

Progetto:
Istituzione di un sistema informativo integrato per la sorveglianza degli incidenti domestici

Ambito territoriale di conduzione della sorveglianza sarà il territorio della provincia di Pescara.

Le fonti informative da utilizzare:
- ISTAT
- SDO
- Archivi di mortalità
- Sistema informativo 118
- Sistema informativo del Pronto Soccorso

I flussi informativi verranno delineati al termine di un percorso formativo, mediante la individuazione di un modello realizzabile nella realtà provinciale e/o regionale, e con modalità concordate con gli enti interessati.

L'Assetto organizzativo prevede il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Pescara e il coinvolgimento degli enti detentori delle fonti informative ed altri enti che possono contribuire alla realizzazione di sistema di sorveglianza degli incidenti domestici.
A tal proposito verrà costituito di un gruppo di lavoro.

Piano di formazione per gli operatori coinvolti nella sorveglianza
L'attività di formazione del personale del Dipartimento di Prevenzione coinvolto nel progetto, vede la programmazione di corsi a sostegno della formazione sul campo inerenti l'epidemiologia applicata, la comunicazione istituzionale e pubblica in ambito sanitario, e il project managment dedicato agli interventi nell'ambito della salute pubblica.
In parallelo è pianificato ex novo un programma formativo/informativo rivolto alle altre figure professionali coinvolte nel progetto.

Indicatori di processo e di risultato
Documento di progetto di flusso informativo locale.
Produzione di rapporti sull'incidentalità domestica con la periodicità stabilità dal progetto di flusso informativo locale.

Tempi per la realizzazione : (vedi cronogramma)

Programma delle attività del primo anno

- Individuazione delle istituzioni da coinvolgere
- Creazione del consenso attorno al progetto
- Istituzione del gruppo di lavoro
- Formazione ed aggiornamento dei formatori
- Revisione dei modelli di sistemi informativi esistenti in altre ASL/provincie/regioni.
- Individuazione dei criteri per la realizzazione di un piano regionale di sorveglianza
- Creazione di un modello applicativo del Software EpiInfo dedicato alla elaborazione dei dati epidemiologici mediante la realizzazione di mappe di rischio.
- Redazione di un documento di progetto di flusso informativo locale.

Programma delle attività del secondo anno

- Implementazione del sistema informativo locale
- Formazione ed aggiornamento dei formatori
- Raccolta ed elaborazione dati
- Presentazione dei risultati (nell'ambito di una conferenza regionale)
- Programmazione e realizzazione di una Conferenza Regionale per la Prevenzione degli Incidenti Domestici con la partecipazione degli enti locali, degli stakeholders, delle associazioni di volontariato e di categoria. Nel corso della conferenza verrà illustrato il lavoro svolto dal Gruppo di lavoro ed i risultati raggiunti: il sistema di sorveglianza ed il flusso dei dati realizzato.
- Istituzione a livello regionale di un Tavolo di lavoro permanente per la Sicurezza Domestica.
- Realizzazione di un sito internet regionale per la prevenzione degli incidenti domestici con una banca dati con le migliori evidenze nel campo della sicurezza domestica, report semestrali e annuali, monitoraggio dei fattori di rischio, iniziative di prevenzione in atto.

Programma delle attività del terzo anno

- Formazione del personale sui sistemi di valutazione.
- Individuazione di criteri di valutazione del sistema informativo locale realizzato
- Valutazione del sistema informativo

Progetto per l'istituzione di un sistema di sorveglianza per gli incidenti domestici

SINTESI DELLE AZIONI PREVISTE DAL PROGETTO

Obiettivi, azioni, tempi

Obiettivi	*Azioni*	*Tempi*
Istituzione di un sistema informativo integrato per la sorveglianza degli incidenti domestici	- Istituzione del gruppo di lavoro	Sett-Ott 2006
	- Creazione del consenso attorno al progetto	Ott / Dic 2006
	- Formazione ed aggiornamento dei formatori	Gen/Mar 2007
	- Revisione dei modelli di sistemi informativi esistenti in altre ASL/provincie/regioni.	Apr / Giu 2007
	- Individuazione dei criteri per la realizzazione di un piano regionale di sorveglianza	Mag / Lug 2007
	- Creazione di un modello applicativo del Software EpiInfo	Sett/Ott 2007
	- Redazione di un documento di progetto di flusso informativo locale	Sett/Ott 2007
	- Implementazione del sistema informativo locale	Nov/Dic 2007
	- Formazione ed aggiornamento dei formatori	Gen/Mar 2008
	- Raccolta ed elaborazione dati	Apr/Nov 2008
	- Presentazione dei risultati (nell'ambito di una conferenza regionale)	Nov/Dic 2008
	- Programmazione e realizzazione di una Conferenza Regionale per la Prevenzione degli incidenti domestici	Nov/Dic 2008
	- Formazione del personale sui sistemi di valutazione.	Gen/Feb 2009
	- Individuazione di criteri di valutazione del sistema informativo locale realizzato	Feb/Mar 2009
	- Valutazione del sistema informativo locale	Apr/Giu 2009

Progetto Sistema di sorveglianza per gli incidenti domestici

CRONOGRAMMA DELLE ATTIVITA'

	2006						2007												2008					
	3 tr.			4 tr.			1 tr.			2 tr.			3 tr.			4 tr.			1 tr			2 tr.		
Azioni	*L*	*A*	*S*	*O*	*N*	*D*	*G*	*F*	*M*	*A*	*M*	*G*	*L*	*A*	*S*	*O*	*N*	*D*	*G*	*F*	*M*	*A*	*M*	*G*
- Istituzione del gruppo di lavoro			•	•																				
- Creazione del consenso attorno al progetto				•	•	•																		
- Formazione ed aggiornamento dei formatori							•	•	•															
- Revisione dei modelli di sistemi informativi esistenti in altre ASL/provincie/regioni.										•	•	•												
- Individuazione dei criteri per la realizzazione di un piano regionale di sorveglianza											•	•												
- Creazione di un modello applicativo del Software EpiInfo															•	•								
- Redazione di un documento di progetto di flusso informativo															•	•								
- Implementazione del sistema informativo locale																	•	•						
- Formazione ed aggiornamento dei formatori																			•	•	•			
- Raccolta ed elaborazione dati																						•	•	•
- Presentazione dei risultati (nell'ambito di una conferenza regionale)																								
- Programmazione e realizzazione di una Conferenza Regionale per la Prevenzione degli incidenti stradali																								
- Formazione del personale sui sistemi di valutazione.																								
- Individuazione di criteri di valutazione del sistema informativo locale realizzato																								
- Valutazione del sistema informativo locale																								

Progetto Sistema di sorveglianza per gli incidenti domestici

CRONOGRAMMA DELLE ATTIVITA'

	2008						2009											
	3 tr.			*4 tr.*			*1 tr.*			*2 tr.*			*3 tr.*			*4 tr.*		
Azioni	*L*	*A*	*S*	*O*	*N*	*D*	*G*	*F*	*M*	*A*	*M*	*G*	*L*	*A*	*S*	*O*	*N*	*D*
- Istituzione del gruppo di lavoro																		
- Creazione del consenso attorno al progetto																		
- Formazione ed aggiornamento dei formatori																		
- Revisione dei modelli di sistemi informativi esistenti in altre ASL/provincie/regioni.																		
- Individuazione dei criteri per la realizzazione di un piano regionale di sorveglianza																		
- Creazione di un modello applicativo del Software EpiInfo																		
- Redazione di un documento di progetto di flusso informativo																		
- Implementazione del sistema informativo locale																		
- Formazione ed aggiornamento dei formatori																		
- Raccolta ed elaborazione dati	•		•	•	•													
- Presentazione dei risultati (nell'ambito di una conferenza regionale)					•	•												
- Programmazione e realizzazione di una Conferenza Regionale per la Prevenzione degli incidenti stradali					•	•												
- Formazione del personale sui sistemi di valutazione.							•	•										
- Individuazione di criteri di valutazione del sistema informativo locale realizzato								•	•									
- Valutazione del sistema informativo locale										•	•	•						

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. 222 del 29 MAR. 2006
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE
Pescara, li 23/3/06

DIREZIONE SANITA'

RIPARTO PREVISIONALE RISORSE PROGETTI "PIANO DI PREVENZIONE 2005-2007".

a)Progetto Cuore 430.000,00 per anno 2006 e per Ausl di Pescara totale 430.000,00

b)Progetto per integrazione, gestione ed assistenza del diabete 1.572.00,00 per la durata triennale del progetto e per tutto il territorio regionale

c)Screening mammografico 2.000.000,00 per anno e per tutto il territorio totale Euro 6.000.000,00

d) Screening del cervicocarcinoma 2.000.000,00 per anno e per tutto il territorio Euro 6.000.000,00

e)Screening del carcinoma colorettale 2.540.000,00 per anno e per tutto il territorio tot. Euro 7.620.000,00

f) Progetto Vaccinazioni euro 1.900.000,00 per anno e per tutto il territorio tot. 5.700.000,00

g)Progetto Incidenti stradali 500.000,00 per la durata triennale e per tutto il territorio regionale

h) Progetto incidenti domestici 500.000,00 per la durata triennale e per tutto il territorio regionale

i)Progetto dell'Obesità in gravidanza 80.000,00 per la durata triennale e per tutte le Ausl 144.000,00

l)Progetto Infortuni sul lavoro 800.000,00 per la durata triennale del progetto e per tutte le Ausl

TOTALE **Euro 29.266.000,00**

N.B.:L'avanzamento nella realizzazione dei progetti comporta l'obbligo delle Ausl di rendicontazione delle somme secondo gli indirizzi del Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Sanità

conconfserv**********

DETERMINAZIONI

Direttoriali

DIREZIONE SANITÀ

DETERMINAZIONE 21.03.2006, n. DGUUA/3:

Piano Preventivo anno 2006 in materia di prestazioni di riabilitazione specifica extraospedaliera (art. 26 della legge 833/1978) erogate dalle strutture private provvisoriamente accreditate - Definizione del budget complessivo per il 2006 e ripartizione dello stesso per singolo erogatore accreditato.

IL DIRETTORE REGIONALE

Omissis

DETERMINA

per le motivazioni di cui in narrativa che qui si intendono integralmente riportate

1) di approvare in applicazione del punto 9 del dispositivo della delibera di Giunta Regionale 205/05 ed in esecuzione del verbale del 28 novembre 2005 (allegato 1 al presente atto) il Piano Preventivo 2006 di riparto del tetto annuo invalicabile nell'ambito del budget generale, pari a €. 92.158.559,00 fissato dalla precitata deliberazione e ripartita mensilmente per lo stesso singolo erogatore accreditato secondo il prospetto (allegato 2), parte integrante e sostanziale del presente atto, con rinuncia pertanto da parte degli stessi erogatori dell'incremento percentuale dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (indice FOI ISTAT);

2) di trasmettere il presente provvedimento al Servizio Assistenza Distrettuale Riabilitativa e Medicina Sociale della Direzione Sanità, alla FIRA S.p.a. (OGMF), e di notificare lo stesso a tutte le strutture sanitarie provvisoriamente accreditate per l'assistenza riabilitativa ex art. 26 L. 833/78 e ai Direttori generali delle Aziende USL per gli adempimenti di competenza;

STRUTTURA ORGANIZZATIVA
TEMPORANEA
UFFICIO UNICO DEGLI ACQUISTI

IL DIRETTORE REGIONALE
Dr.ssa Domenica Pacifico

Segue allegato

III - Tariffe in vigore dal 01 gennaio 2004 per prestazioni rese a utenti residenti e non residenti nella Regione Abruzzo (vedi accordo e negoziazione 2004)

TARIFFE PER TIPO DI TRATTAMENTO	DELIBERA	EURO	LIRE
Internato intensivo fascia "A"	G.R. 671 DEL 01/08/2002	327,12	633.393
Internato intensivo fascia "B"	G.R. 671 DEL 01/08/2002	208,08	402.899
Internato estensivo medio grave	C.R. 157/2 del 21/12/2004	111,14	215.197
Internato grave	C.R. 157/2 del 21/12/2004	144,48	279.752
Semiinternato medio grave	C.R. 157/2 del 21/12/2004	67,44	130.582
Semiinternato grave	C.R. 157/2 del 21/12/2004	87,67	169.753
Ambulatoriale di gruppo	C.R. 157/2 del 21/12/2004	14,61	28.289
Ambulatoriale singolo	C.R. 157/2 del 21/12/2004	41,51	80.375
Extramurale	C.R. 157/2 del 21/12/2004	41,51	80.375
Domiciliare	C.R. 157/2 del 21/12/2004	53,54	103.668

ALLEGATO 2

Allegato N°--

PIANO PREVENTIVO ANNUALE PER LE STRUTTURE ACCREDITATE PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI EXTRA OSPEDALIERI - EX ART. 26 ANNO 2006

Valori annuali in Euro

Struttura Accreditata	BUDGET ANNUALE 2006-2007	Limiti invalicabili progressivi mensili											
		Gennaio 10%	Febbraio 10%	Marzo 10%	Aprile 10%	Maggio 10%	Giugno 10%	Luglio 7%	Agosto 7%	Settembre 7%	Ottobre 7%	Novembre 7%	Dicembre 6%
Fondazione Padre Alberto Mileno	7.245.027	724.503	1.449.005	2.173.508	2.898.011	3.622.514	4.347.016	4.854.168	5.361.320	5.868.472	6.375.624	6.882.776	7.245.027
Fondazione Piccola Opera Charitas	6.497.524	649.752	1.299.505	1.949.257	2.599.010	3.248.762	3.898.515	4.353.341	4.808.168	5.262.995	5.717.821	6.172.648	6.497.524
Fondazione Santa Caterina	3.960.222	396.022	792.044	1.188.066	1.584.089	1.980.111	2.376.133	2.653.349	2.930.564	3.207.780	3.484.995	3.762.211	3.960.222
Istituto Don Orione	5.635.021	563.502	1.127.004	1.690.506	2.254.008	2.817.511	3.381.013	3.775.464	4.169.916	4.564.367	4.958.819	5.353.270	5.635.021
Fondazione Papa Paolo VI	13.800.052	1.380.005	2.760.010	4.140.016	5.520.021	6.900.026	8.280.031	9.246.035	10.212.038	11.178.042	12.144.046	13.110.049	13.800.052
Centro Villa Pini d'Abruzzo	16.453.112	1.645.311	3.290.622	4.935.934	6.581.245	8.226.556	9.871.867	11.023.586	12.175.303	13.327.021	14.478.738	15.630.456	16.453.112
Maristella	4.600.017	460.002	920.003	1.380.005	1.840.007	2.300.009	2.760.010	3.082.012	3.404.013	3.726.014	4.048.016	4.370.016	4.600.017
Sanstefar SRL	17.662.686	1.766.267	3.530.513	5.295.770	7.061.027	8.826.283	10.591.540	11.827.219	13.062.898	14.298.579	15.534.258	16.769.936	17.662.686
Nova Salus	1.667.506	166.751	333.501	500.252	667.003	833.753	1.000.504	1.117.229	1.233.955	1.350.680	1.467.406	1.584.131	1.667.506
Riabilitativa S. Rocco srl	2.472.509	247.251	494.502	741.753	989.004	1.236.255	1.483.506	1.656.581	1.829.657	2.002.733	2.175.808	2.348.884	2.472.509
BIER – S. Lucia	575.002	57.500	115.000	172.501	230.001	287.501	345.001	385.251	425.502	465.752	506.002	546.252	575.002
Anffas – Teramo	3.200.000	320.000	640.000	960.000	1.280.000	1.600.000	1.920.000	2.144.000	2.368.000	2.592.000	2.816.000	3.040.000	3.200.000
MONTEFERRANTE SRL (ex EMME EMME) Villa Giulia	1.400.000	140.000	280.000	420.000	560.000	700.000	840.000	938.000	1.036.000	1.134.000	1.232.000	1.330.000	1.400.000
SANT'AGNESE - Pineto	6.000.000	600.000	1.200.000	1.800.000	2.400.000	3.000.000	3.600.000	4.020.000	4.440.000	4.860.000	5.280.000	5.700.000	6.000.000
Welnes e C. S.a.S. - Montorio al Vomano (TE)	1.000.000	100.000	200.000	300.000	400.000	500.000	600.000	670.000	740.000	810.000	880.000	950.000	1.000.000
TOTALI	92.158.659	9.215.866	18.431.712	27.647.568	36.863.424	46.079.280	55.295.136	61.746.235	68.197.334	74.648.433	81.099.532	87.550.631	92.158.659

Dirigenziali

DIREZIONE SANITÀ
SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE, MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

DETERMINAZIONE 28.03.2006, n. DG1/10:

Giudizio di idoneità per l'inquadramento nel ruolo medico del Servizio Sanitario Nazionale di incaricati del servizio di guardia medica e/o medicina dei servizi ed emergenza territoriale.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Omissis

DETERMINA

per le motivazioni di cui in premessa

1) di ammettere al giudizio di idoneità, per l'inquadramento nel ruolo medico del Servizio Sanitario Nazionale, i sanitari di cui all'allegato 1) che è parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

2) di pubblicare il presente atto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*, per estratto, e per intero l' allegato 1), che è parte integrante e sostanziale della presente determinazione.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dr. Enzio Verì

Segue allegato

REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

All. 1)

ELENCO ISTANZE PERVENUTE PER GIUDIZIO IDONEITA' D.P.C.M. 502/97 ART. 1, COMMA 3

cd	Cognome	Nome	Indirizzo	Città
1	ANGELUCCI	M.VINCENZA	Via Raffaello, 26	Pescara
2	ASCENZO	VINCENZO	Via G.D'Annunzio,15 BIS	Torre Dè passeri (PE)
3	BEVILACQUA	ANTONIA ANNA	Via del Santuario, 139	Pescara
4	CARAVAGGIO	VINCENZO	Via Aterno ,18	Lanciano (CH)
5	CARUGNO	PASQUALINO	Via Stadio, 18	S.Salvo (CH)
6	CERICOLA	ANTONIA	Via Garibaldi, 130	Paglieta (CH)
7	CONTI	ANDREA	Via Capo Croce, s.n.c.	Forcelle di Tornimparte (AQ)
8	CORNACCHIA	ROBERTO	Via Nicola Palma, 40	Città S.Angelo (PE)
9	CROCE	MAURO	Via Dei Martiri, 222	Capistrello (AQ)
10	DAMIANI	ROSSELLA	Via Belluno, 13	Giulianova (TE)
11	D'EGIDIO	GABRIELE	Via Strada Grande, 10	Chieti
12	DEL PAPA	LILIANA	Via Casarino, 13	Notaresco (TE)
13	DI ALESSIO	ALBERTO	Circonvallaz, Ragusa, 67	Teramo
14	DI BARTOLOMEO	IVANA	Via Regina Elena, 45	Pescara
15	DI DOMIZIO	GIUULIANO	Via Piano Finocchio, 27	Cugnoli (PE)
16	DI CLEMENTE	MARCO	Via F. De Blasiis, 15	Città S.Angelo (PE)
17	DI GIROLAMI	PIETRO	C.da Piane Tronto, 2	Controguerra (TE)
18	DI MATTEO	NICOLINA	Via delle Olimpiadi, 27	Avezzano (AQ)
19	DI VALENTINO	MICHELINA	Frazione Cusciano	Montorio al Vom.
20	DI VINCENZO	VINCENZO	Via L.Cardone, 109/v	Vasto (CH)
21	ERCOLE	CARLA	Via Nazario Sauro, 2	Avezzano
22	FATIGATI	GIACINTA	V.le Regina Elena, 49	Pescara
23	FINI	MAURO	Via S. Angelo,14	Pianella (PE)
24	GASPARI	MARIA LUISA	Via Dello Stadio, 24	Gissi
25	GIANDONATO	SETTEMBRINO	Piazza Plebiscito, 4	Palombaro (CH)
26	GRAVELLI	GIOVANNA	Via Della Madonnuccia, 25	Città S. angelo
27	GUADAGNOLI	ANTONIETTA	Via Don Bosco, 46	Sulmona (AQ)
28	LEONIO	LUCIANO	Via Arno, 1	Alba Adriatica
29	LITTERIO	AURORA	Via Don Minzioni, 1/d	Lanciano
30	LOZZI	BERTA	Via Sirente, 2	Raiano (AQ)
31	LUCIANI	BENEDETTO	Via G. D' annunzio, 3	Francavilla al Mare
32	LUPACCHINI	ANTONIETTA	V.le Ringa, 78	Penne
33	MALERBA	ELENA	Via Nino Bacili, 2	Ortona
34	MANCINELLI	ADAMO	Via Picena, 222	Chieti
35	MARRONE	ANNA	C. so Umberto, 532	Montesilvano (PE)
36	MASTROLORITO	MARIA	Via G. Marconi, 18	Palombaro
37	MATRICARDI	ANTONELLA	Via Foro, 89	Francavilla al Mare
38	NATARELLA	RITA	Via Marcianese, 23	Lanciano

Via Conte di Ruvo, n° 74 – 65100 PESCARA
Tel. 085 7671 – Fax 085 7672637

Mod. GRA-A01 - Edigrafital S.r.l. (TE)

REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

39	PAOLINI	FRANCO	Via Accolle, 2	Roseto Degli Abruzzi
40	PARISSE	M. CONCETTA	Via Crispi, 93	Avezzano
41	PICCIARELLI	GIOVANNI	Via Marcianese,123	Lanciano
42	PORRECA	RITA	C.so Vittorio Emanuele, 48	Casoli (CH)
43	RAGAINI	MAURO	V.le stazione c.le, 50	Sulmona
44	RICCI	GIOVANNI	Via Tario Rufo, 47	S. Omero (TE)
45	SALVATORELLI	ATTILIO	Via G. Saragat, 29	Teramo
46	SARNO	GAETANO	V.le Cappuccini, 7	Lanciano
47	SCARSELLA	AMERICO	V.le A. Moro, 27	L'Aquila
48	SUGLIA	DONATO	Via Petrarca, 5	Montesilvano
49	TORTORELLA	M. ELISABETTA	Via IV novembre, 41	Frisa (CH)
50	TROIANI SEVI	EMANUELA	Via Angelo Maria Ricci,12	Montereale
51	TUCCERI	FILOMENA	C.da S.Monica s.n.c.	Cerchio (AQ)
52	VENTURA	M. CONCETTA	Villa Andreoli, 289	Lanciano
53	VOLANTE	GIUSEPPE	Via Amerigo Vespucci, 23	S. Pelino di Avezzano

Modelli/Scarazza – Istanze 01 cf

GIUNTA REGIONALE - DIREZIONE SANITARIA - REGIONE ABRUZZO - PESCARA

2

Via Conte di Ruvo, n° 74 - 65100 PESCARA
Tel. 085 7671 - Fax 085 7672637

AVVISI

ERRATA CORRIGE E AVVISI DI RETTIFICA

L'avviso di rettifica è disposto quando, successivamente alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale di un documento, vengono in esso riscontrati errori già contenuti nel documento originale. L'avviso di rettifica può essere disposto esclusivamente dall'autorità che ha disposto la pubblicazione dell'atto errato o dal suo superiore gerarchico, tramite nota scritta indirizzata alla Direzione del Bollettino.

L'errata corrige è disposta quando, successivamente alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale di un documento, vengono riscontrate difformità tra il testo originale e il testo pubblicato. La Redazione del Bollettino può disporre autonomamente l'errata corrige, previa intesa con gli estensori dell'atto da correggere.

In caso di correzione di avvisi contenenti bandi di gara e di concorso con termine di scadenza, la Direzione del Bollettino, di concerto con l'autorità estensore dell'atto, dispone che la pubblicazione dell'errata corrige o dell'avviso di rettifica non risulti pregiudichevole di situazioni giuridiche soggettive degli interessati ai documenti medesimi.

DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI

SERVIZIO BURA PUBBLICITA' ED ACCESSO

DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Corso Federico II, n° 51 - 67100 L'Aquila
centralino: 0862 3631
Tel. 0862/ 364659 - 364660 - 364661 - 364663 - 36470
Fax. 0862 364665
Sito Internet: http://bura.regione.abruzzo.it
e-mail: bura@regione.abruzzo.it