

REPUBBLICA ITALIANA

REGIONE SICILIANA



REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

2014-2018

Allegato 1

Approvato con D.A. Salute n°351 del 08.03. 2016

Sommario

PREMESSA.....	3
1.1 Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione siciliana.....	5
1.2 Vision, principi, priorità, criteri, struttura, valutazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018.....	39
1.3 Raccordo con le Azioni Centrali del PNP 2014-2018.....	43
1.4 Struttura del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018.....	43
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE:MACRO OBIETTIVI.....	44
2.1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili . . . í í	44
Programma regionale miglioramento screening oncologici.....	78
2.2 Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali.....	84
Programma regionale Screening audiologico neonatale.....	85
Programma regionale Screening oftalmologico neonatale	87
2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	91
2.4 Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti.	96
2.5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti.....	104
2.6 Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti	115
2.7 Prevenire gli infortuni e le malattie professionali.....	129
2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.....	212
2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	232
2.10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.....	260
3.1 Piano di monitoraggio e valutazione	286

Premessa

La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 13 novembre 2014 ha sancito l'intesa sulla proposta del Ministero della Salute relativa al Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 che è stato, pertanto, approvato.

Lo stesso articolo di intesa ha impegnato le regioni a:

- 1) recepire il Piano Nazionale della Prevenzione entro il 31.12.2014;
- 2) applicare, nella elaborazione del proprio PRP, la visione i principi, le priorità e la struttura del Piano Nazionale della Prevenzione;
- 3) individuare dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali, rispetto ad obiettivi e azioni, con cui si attueranno tutti i macro obiettivi e tutti gli obiettivi centrali;
- 4) definire elementi (contesto profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nei precedenti PRP funzionali ai programmi regionali individuati;
- 5) adottare il Piano Regionale della Prevenzione entro il 31 maggio 2015 orientandolo alla realizzazione del Piano nazionale della prevenzione attraverso i programmi regionali individuati;
- 6) trasmettere annualmente alla Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo della Malattie idonea documentazione sulle attività svolte al fine di consentire la certificazione del raggiungimento degli obiettivi previsti;
- 7) individuare il Coordinatore regionale del Piano Regionale della Prevenzione.

Con Decreto Assessoriale n° 2198 del 18 dicembre 2014 la Regione Siciliana ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e ha tracciato i primi indirizzi operativi.

In particolare ha stabilito che i programmi regionali di prevenzione preliminarmente individuati in armonia con le Azioni Centrali e i Macro obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 saranno sviluppati in base alle competenze previste all'art.4 dello stesso provvedimento e compresi nell'ambito dei macro obiettivi centrali del Piano Nazionale della Prevenzione secondo lo schema riportato nella pagina seguente.

Con Decreto Assessoriale n°10 del 7 gennaio 2015 la Regione Siciliana ha individuato il coordinatore del Piano Nazionale della Prevenzione per adempiere alle previsioni dell'Intesa sancita in seno alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 13 novembre 2014.

**Macro Obiettivi del
Piano Nazionale della Prevenzione**

**Programmi Regionali da
consolidare/sviluppare**

2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.	Programma Regionale FED (Formazione, Educazione, Dieta). Programma Regionale Promozione della Salute e lotta a Tabagismo, abuso di alcol, sedentarietà. Programma Regionale di Promozione della salute a favore di soggetti a rischio di MCNT. Programma di miglioramento degli screening oncologici.
2.2 Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali.	Programma di screening audiologico neonatale. Programma di screening oftalmico neonatale.
2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani.	Programma Regionale di prevenzione del disagio psichico infantile, adolescenziale e giovanile (ASP/Scuola).
2.4 Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti.	Programma Regionale prevenzione abuso di sostanze. (Sert/Scuole) Programma Regionale prevenzione delle dipendenze senza sostanza. Applicazione delle Linee Guida sulla Prevenzione del GAP.
2.5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti.	Programma di Prevenzione degli incidenti stradali interistituzionale (ASP, Prefetture, Comuni, Scuola, Polizia Stradale).
2.6 Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti.	Programma prevenzione incidenti domestici tramite rete delle UOEPSA (Unità Operative di Educazione e Promozione della Salute).
2.7 Prevenire gli infortuni e le malattie professionali.	Programma Regionale di prevenzione degli infortuni e malattie professionali in edilizia e in agricoltura, in ambito lavorativo anche con l'utilizzo degli strumenti informativi del sistema di sorveglianza degli infortuni mortali ed emersione delle patologie correlate.
2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute.	Programma Regionale per il controllo dei problemi di salute rilevanti nelle aree a rischio ambientale/SIN. Programma regionale per lo sviluppo dei controlli in materia di REACH/CLP indirizzato alla riduzione dei rischi per esposizione e per l'uso delle sostanze chimiche/miscele pericolose sulla base dei criteri europei, coordinati dalle autorità competenti.
2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie.	Consolidamento del sistema di sorveglianza e di notifiche delle malattie infettive con particolare riguardo alla sorveglianza speciale su Morbillo e Rosolia congenita. Ampliamento della copertura della popolazione regionale con anagrafe vaccinale informatizzata anche al fine dei target previsti di percentuale di copertura.
2.10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.	Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC Sicilia) anche a sviluppo interdisciplinare per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Piano Regionale Pluriennale di costruzione del corretto rapporto uomo/animale/ambiente

Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione siciliana



Aggiornamento 2013

Premessa

L'analisi di seguito riportata è finalizzata ad una rappresentazione dei problemi rilevanti di salute della Regione Siciliana, partendo dalla lettura di alcune informazioni quantitative, principalmente basate su dati correnti già disponibili sul territorio ed è tratta, con alcuni aggiornamenti (anno 2013) dal profilo di salute completo elaborato dal Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute (l'Indagine sul profilo di salute e priorità sanitarie in Sicilia).

Il particolare contesto oro-geografico ha da sempre inciso sullo sviluppo socio-economico della Sicilia e conseguentemente anche sugli aspetti sanitari: la vastità del suo territorio, la presenza di arcipelaghi (Eolie, Egadi, Pelagie, nonché le isole di Ustica e Pantelleria) comportano peculiari criticità prevalentemente legate alle difficili vie di comunicazione che incidono sui tempi di percorrenza e dunque sul tempestivo accesso alle cure in alcune aree.

Profilo demografico

La popolazione regionale residente al 31 Dicembre 2013 risulta di 5.094.937 unità, di cui 2.470.628 uomini (48,5%) e 2.624.309 donne (51,5%). La Sicilia, con una estensione territoriale di 25.832 km², risulta essere la più vasta del Paese.

L'insediamento della popolazione è di tipo accentrato specie nei capoluoghi, con maggiore densità di popolazione lungo le aree costiere a causa delle correnti migratorie dalle aree montuose e collinari dell'interno verso i centri più grandi.

Nei tre principali comuni della Sicilia (Palermo, Catania e Messina) si concentra quasi un quarto della popolazione (1.236.065 abitanti pari al 24,3% del totale).

La Regione è costituita da nove province che configurano le attuali Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) per un totale di 390 comuni.

La provincia più grande è Palermo che con 1.275.598 abitanti rappresenta circa un quarto della popolazione totale dell'isola (tabella 1).

Tabella 1. Popolazione residente in Sicilia e superficie territoriale (anno 2013).

Provincia di residenza	Numero comuni	popolazione residente	superficie in Km ²	densità abitanti per Km ²
Agrigento	43	448.831	3.052	147
Caltanissetta	22	274.731	2.138	128
Catania	58	1.115.704	3.574	312
Enna	20	172.456	2.575	67
Messina	108	648.371	3.266	199
Palermo	82	1.275.598	5.009	255
Ragusa	12	318.249	1.624	196
Siracusa	21	404.847	2.124	191
Trapani	24	436.150	2.470	177
REGIONE SICILIA	390	5.094.937	25.832	197

Elaborazione DASOE su base dati ISTAT (<http://demo.istat.it/index.html>)

I principali indicatori demografici, provinciali e regionali, confrontati con quelli nazionali per l'anno 2013, sono riportati nella tabella seguente:

Tabella 2. Indicatori strutturali della popolazione residente per regione, provincia e ripartizioni italiane.

	% popolazione 0-14 anni	% popolazione 15-64 anni	% popolazione 65 anni e più	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Tasso di natalità (per 1.000 residenti)
Sicilia								
2004	16,7	65,9	17,4	51,7	26,8	104,8	39,6	10,3
2005	16,4	65,9	17,7	51,9	27,3	107,8	39,8	10,1
2006	16,2	65,8	18,0	51,7	27,5	111,1	40,1	10,0
2007	15,9	65,9	18,2	51,3	27,6	114,0	40,4	9,8
2008	15,7	66,1	18,2	51,0	27,6	116,6	40,6	9,9
2009	15,5	66,2	18,3	50,9	27,8	118,6	40,8	9,8
2010	15,3	66,3	18,4	50,9	27,8	120,2	41,0	9,5
2011	15,2	66,3	18,5	50,8	28,0	122,2	41,3	9,4
2012	14,9	66,2	18,9	51,1	28,6	127,0	41,7	9,3
2013	14,6	65,8	19,6	52,0	29,8	134,2	42,6	8,8
Province - 2013								
Agrigento	14,6	65,0	20,4	53,8	31,4	140,2	42,9	8,0
Caltanissetta	15,1	65,4	19,5	52,8	29,7	128,5	42,2	8,4
Catania	15,4	66,4	18,2	50,5	27,4	118,8	41,8	9,7
Enna	13,9	65,2	20,9	53,5	32,1	150,4	43,6	7,3
Messina	13,0	65,6	21,4	52,5	32,6	164,2	44,3	7,9
Palermo	15,0	66,1	18,9	51,4	28,7	126,6	42,2	9,4
Ragusa	15,0	65,9	19,1	51,8	29,0	127,4	42,1	9,1
Siracusa	14,3	66,1	19,6	51,4	29,8	138,1	42,8	8,7
Trapani	14,0	64,7	21,3	54,5	33,0	153,0	43,6	7,9
Ripartizioni - 2013								
Nord-ovest	13,7	63,6	22,8	57,2	35,8	166,5	45,1	8,5
Nord-est	13,9	63,9	22,2	56,5	34,8	160,1	44,8	8,6
Centro	13,4	64,3	22,3	55,7	34,8	166,9	44,9	8,6
Mezzogiorno	14,4	66,2	19,4	51,0	29,3	134,8	42,8	8,5
Italia	13,9	64,7	21,4	54,6	33,1	154,1	44,2	8,5

Fonte: ISTAT - Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile . Aggiornamento al 31 dicembre 2013. Elaborazione dati DASOE ó Servizio 7.

Dal 2004 in Sicilia si registra un tasso di natalità in costante decremento. In particolare nel 2013 il tasso di natalità è stato pari a 8,8 per mille abitanti contro la media nazionale di 8,5 nati ogni mille abitanti (tabella 2).

L'età media della popolazione della Sicilia nel 2013 è di 42,6 anni (3 anni in più rispetto al 2004), inferiore a quella dell'intera nazione (44,2).

Gli individui con 65 anni e più rappresentano il 19,6% dell'intera popolazione regionale, un valore inferiore a quello registrato per l'intera nazione (21,4%). I giovani con meno di 15 anni rappresentano il 14,6% e l'indice di vecchiaia è pari a 134 anziani per cento giovani, un valore inferiore a quello osservato nell'intera nazione (154).

Gli adulti di età compresa tra 15 e 64 anni (età lavorativa) rappresentano il 65,8% della popolazione, con un rapporto di 100 individui in età lavorativa su 52 individui in età non attiva (indice di dipendenza strutturale) e in particolare su quasi 30 anziani (indice di dipendenza per gli anziani), registrando un valore più basso in Sicilia rispetto al valore nazionale (33,1%).

Tuttavia la struttura demografica attuale correlata al declino generalizzato della fecondità anche nel Meridione condurranno ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia.

Quanto agli aspetti socio economici che come noto hanno un consistente effetto sugli esiti di salute e sulla qualità dell'assistenza, la situazione siciliana è la seguente: agli inizi del 2013 il tasso di disoccupazione in Sicilia è pari al 21%, superiore al valore di riferimento nazionale (12,2%). Si registra un divario ragguardevole tra uomini e donne: il tasso di disoccupazione femminile raggiunge il 23,1%, oltre 3 punti percentuali in più di quello maschile (19,9%).

Nonostante i progressi degli ultimi anni la Sicilia resta però tra le regioni italiane a più basso reddito pro-capite e tra quelle in cui il flusso migratorio assume proporzioni significativamente elevate. Le figure successive riportano le piramidi delle età relative agli anni 2005 e 2013.

Figura 1. Piramide delle età della popolazione residente in Sicilia (anno 2005).

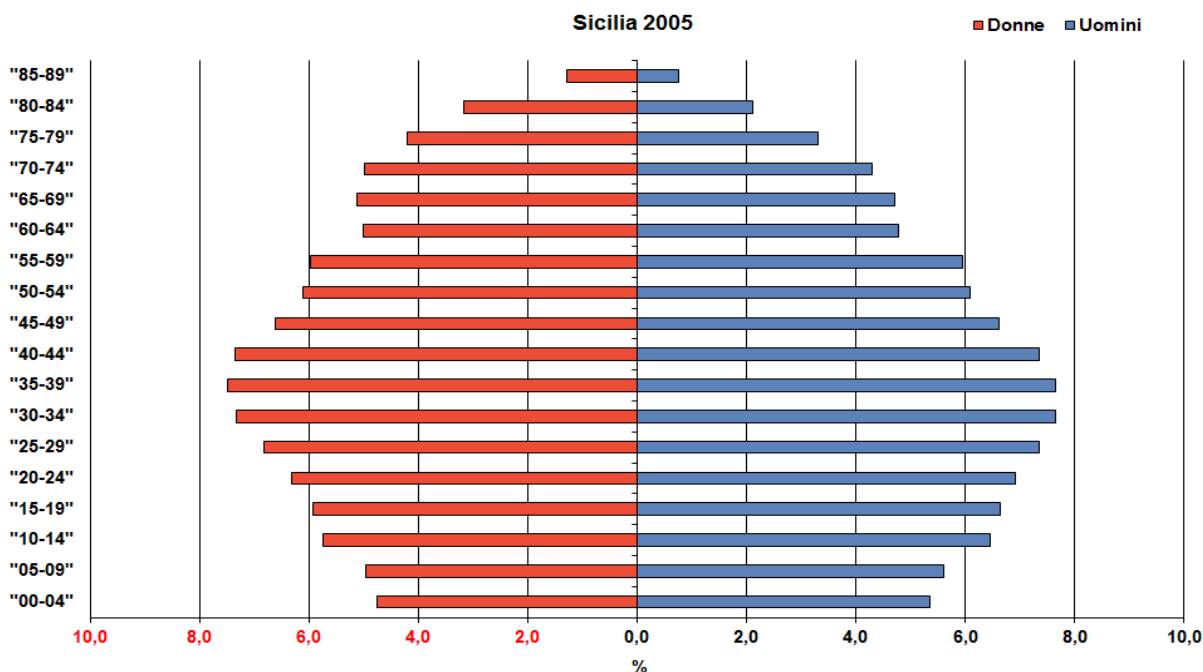
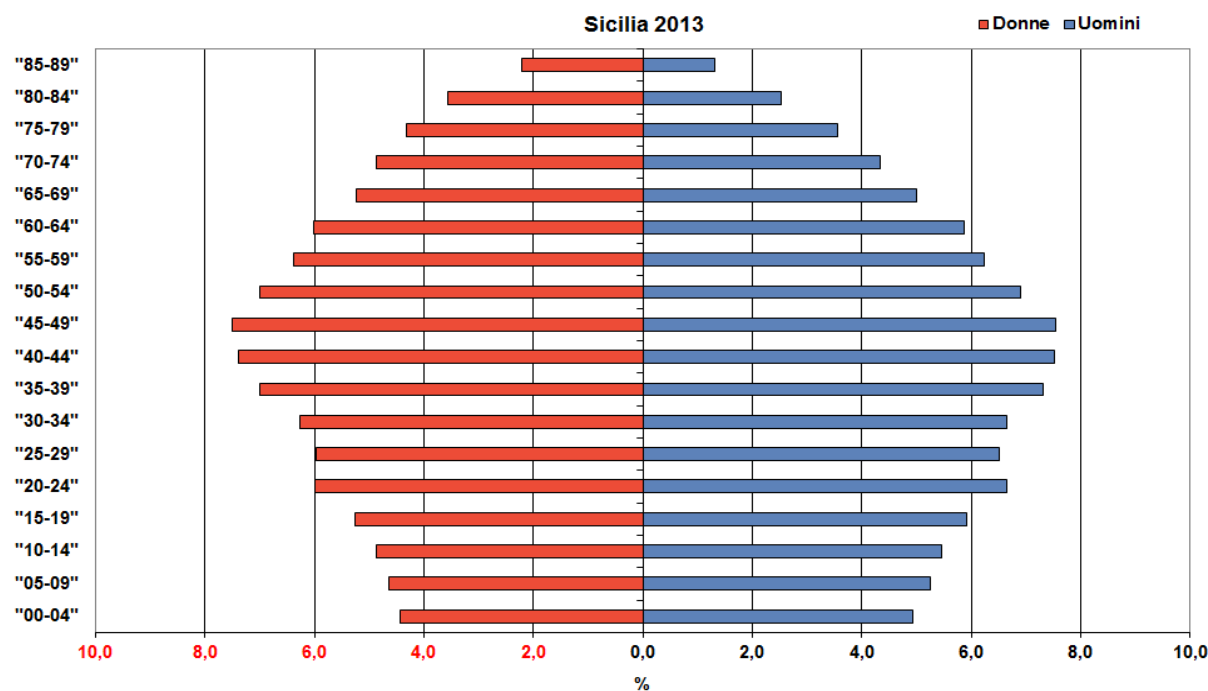


Figura 2. Piramide delle età della popolazione residente in Sicilia (anno 2013).



Elaborazione DASOE su base dati ISTAT

È possibile evidenziare delle modifiche avvenute a livello demografico. La popolazione siciliana ha subito un invecchiamento determinato dalla riduzione del numero delle nascite e dal progressivo miglioramento dell'aspettativa di vita.

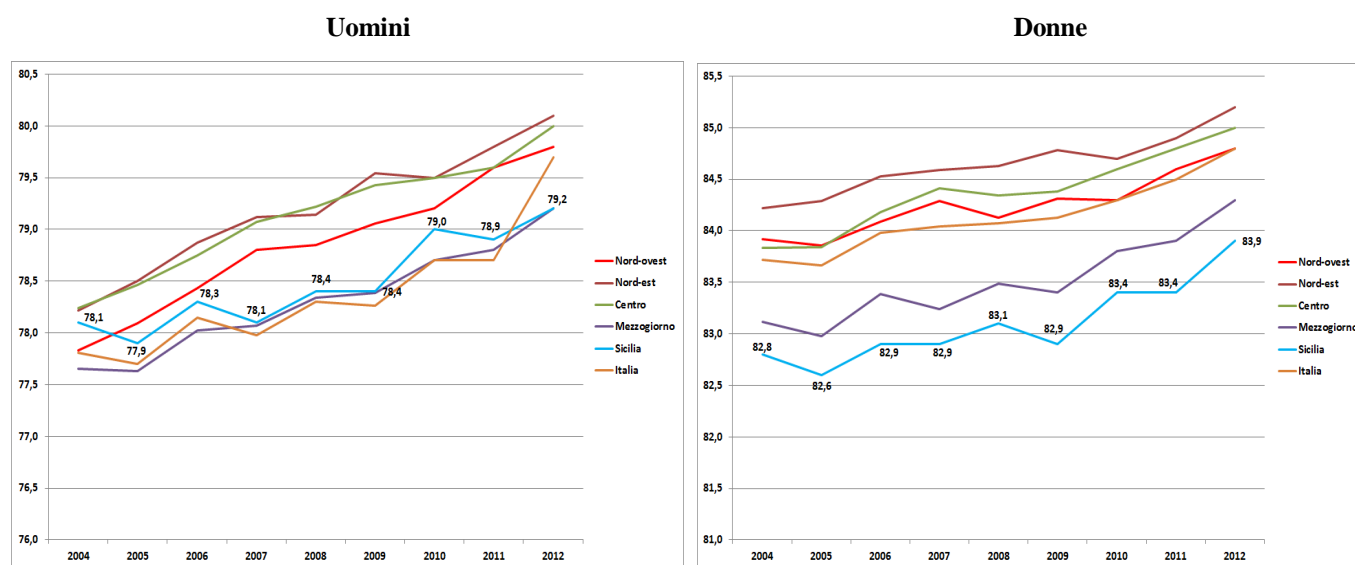
L'Italia è il Paese al mondo in cui il tasso di invecchiamento della popolazione è il più intenso e veloce, come confermato anche dall'OMS. I dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana che ha caratterizzato tutto il secolo trascorso e che ha portato nel 2012 la speranza di vita alla nascita a 79,7 anni per gli uomini e a 84,8 anni per le donne (figura 3).

I divari tra i sessi, seppure in lieve diminuzione, rimangono elevati. La differenza di oltre 5 anni di vita a favore del sesso femminile è attribuibile ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte delle cause di morte.

Studi recenti hanno rilevato come questo differenziale sia attribuibile per il 60% circa alla minore mortalità delle donne nell'ambito delle malattie cardiovascolari e dei tumori, che spiegano oltre il 70% della mortalità complessiva.

Nel 2012 l'aspettativa di vita alla nascita in Sicilia è pari a 79,2 anni tra gli uomini e di 83,9 anni per le donne: rispetto al 2004 l'incremento maggiore si registra tra gli uomini (+1,4%) piuttosto che tra le donne (+1,3%).

Figura 3. Andamento della speranza di vita 2004-2012: confronto Sicilia ó Italia.



Elaborazione DASOE su base dati Istat-HFA (versione giugno 2013)

Le migrazioni dall'estero degli ultimi anni producono l'effetto di riequilibrare leggermente la struttura per età della popolazione in favore delle classi di età giovanili e degli adulti in età da lavoro.

Secondo le previsioni demografiche dell'ISTAT, nella popolazione della Sicilia la quota di anziani continuerà a crescere nei prossimi decenni a causa dell'allungamento della speranza di vita.

Inoltre, è attesa una riduzione della quota di giovani a seguito dell'esaurimento dell'effetto riequilibrante dovuto all'immigrazione di giovani adulti e alla ripresa della natalità negli anni recenti. Pertanto, la struttura della popolazione sarà sempre più sbilanciata verso l'età avanzata e ciò comporterà sfide sempre più complesse per il sistema sociosanitario regionale.

Quadro nosografico della Regione

Mortalità

I dati di mortalità riportati in questo documento derivano dall'elaborazione dei dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) per la sola Sicilia per il periodo 2004-2013 e dalla base dati di mortalità Istat - HFA (ultimo aggiornamento: 31 dicembre 2011) per i confronti Sicilia-Italia.

Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile oltre ad essere un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita, è considerato nella letteratura internazionale una misura riassuntiva dello stato di salute di comunità e uno dei principali indicatori di valutazione delle condizioni socio-economiche, ambientali, culturali e della qualità delle cure materno-infantili.

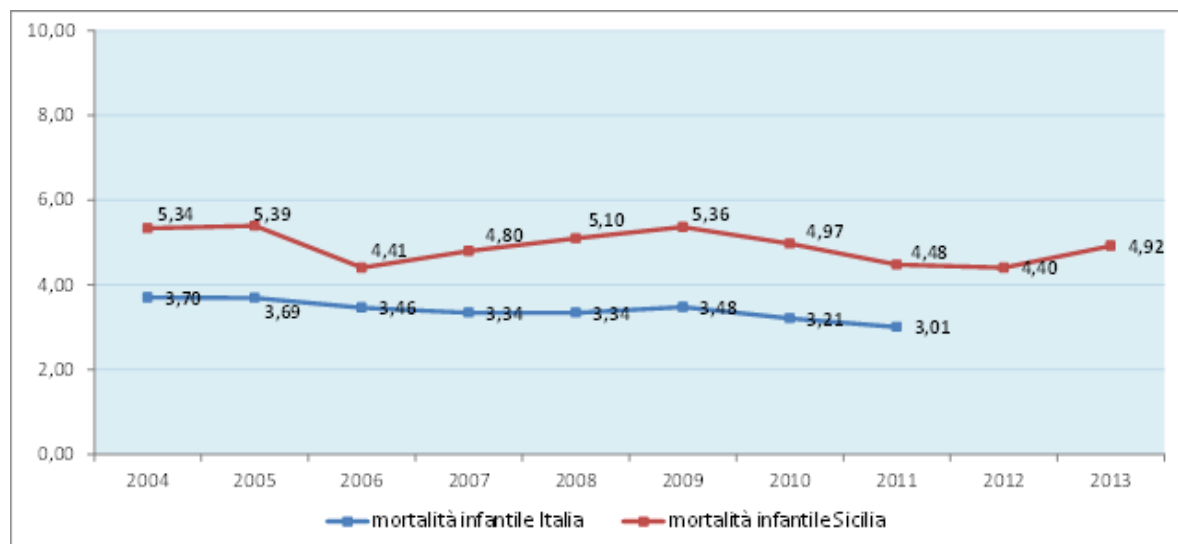
Studi recenti mostrano la correlazione tra tasso di mortalità infantile e aspettativa di vita in buona salute (Health Adjusted Life Expectancy: HALE).

Nel 2011 (ultimo anno disponibile per un confronto a livello nazionale) in Sicilia il tasso di mortalità infantile è stato di 4,5 morti per 1.000 nati vivi (Italia: 3 morti per 1.000 nati vivi).

È da sottolineare che sebbene la bassa numerosità delle osservazioni per ciascun anno può determinare una maggiore variabilità delle stime, tuttavia la mortalità infantile in Sicilia si mantiene tendenzialmente più alta rispetto al tasso di mortalità infantile italiano.

Nel periodo analizzato (2004-2013) l'andamento della mortalità infantile in Sicilia (Fig. 4) mostra complessivamente una riduzione nel tempo con tassi che variano dal 5,3‰ del 2004 al 4,9‰ del 2013: malgrado sia rilevabile in ambito regionale un sensibile miglioramento, tuttavia si riscontrano livelli del tasso più elevati rispetto alla media nazionale.

Fig. 4. Andamento dei tassi di mortalità infantile in Sicilia (2004-2013) e in Italia (2004-2011) per 1.000 nati vivi.



Elaborazione DASOE su base dati Istat - HFA (versione dicembre 2013) e su base dati ReNCaM 2004-2013.

Mortalità generale

Come si osserva dalla tabella seguente, sulla base dei dati di confronto con il resto del Paese, riferiti sulla base dati ISTAT con ultimo aggiornamento disponibile relativo all'anno 2011, il tasso standardizzato di

mortalità per tutte le cause in entrambi i sessi risulta più elevato rispetto al valore nazionale (uomini 113,4 vs 106,0 /10.000; donne 76,4 vs 67,2 /10.000).

Riguardo alle singole cause, valori superiori rispetto al contesto nazionale (evidenziati in grassetto) si riscontrano in entrambi i sessi per il diabete, per le malattie del sistema circolatorio con particolare riferimento ai disturbi circolatori dell'encefalo e alle malattie ischemiche del cuore.

Per il solo genere maschile valori superiori si osservano per le malattie dell'apparato respiratorio; mentre per il solo genere femminile si segnala il tumore del colon retto e le cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti.

Tassi di mortalità per causa Sicilia-Italia 2011				
Cause di morte	Tassi stand. x 10.000 Maschi		Tassi stand. x 10.000 Femmine	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
Tumori maligni	31,1	33,5	17,2	18,5
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	1,5	2,0	0,8	1,0
<i>Tumori maligni colon,retto,ano</i>	3,6	3,7	2,4	2,1
<i>Tumori maligni trachea,bronchi,polmoni</i>	8,4	8,8	1,7	2,3
<i>Tumori maligni mammella della donna</i>			3,1	3,1
Diabete mellito	5,5	3,3	4,9	2,6
Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	3,4	3,6	2,8	2,9
Malattie del sistema circolatorio	43,2	36,7	32,2	25,7
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	12,8	9,1	11,2	7,5
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	14,3	14,0	7,7	7,6
Malattie dell'apparato respiratorio	8,9	8,6	3,4	3,8
Malattie dell'apparato digerente	3,9	4,1	2,4	2,6
Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	4,8	4,9	2,4	2,2
Tutte le cause	113,4	106,0	76,4	67,2

Elaborazione DASOE su fonte ISTAT-HFA. Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane. Anno di riferimento: 2011.

In Sicilia la mortalità per malattie circolatorie risulta quindi più elevata che nel resto del paese.

Tra le principali cause di morte vi sono inoltre il diabete e le malattie respiratorie (specie nel sesso maschile). Anche l'andamento dei ricoveri ospedalieri ed il consumo di farmaci sul territorio riflettono la rilevanza del ricorso alle cure per malattie dell'apparato circolatorio.

La patologia tumorale pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese si avvicina ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcune specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore della mammella).

Una sfida alla salute viene dagli effetti dell'inquinamento ambientale, non sempre noti e facili da evidenziare specie nelle aree industriali a rischio. Persistono, ancora oggi, forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardio-vascolari, per quanto riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia, diabete e fumo e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi anni.

Mortalità per grandi gruppi di cause in Sicilia

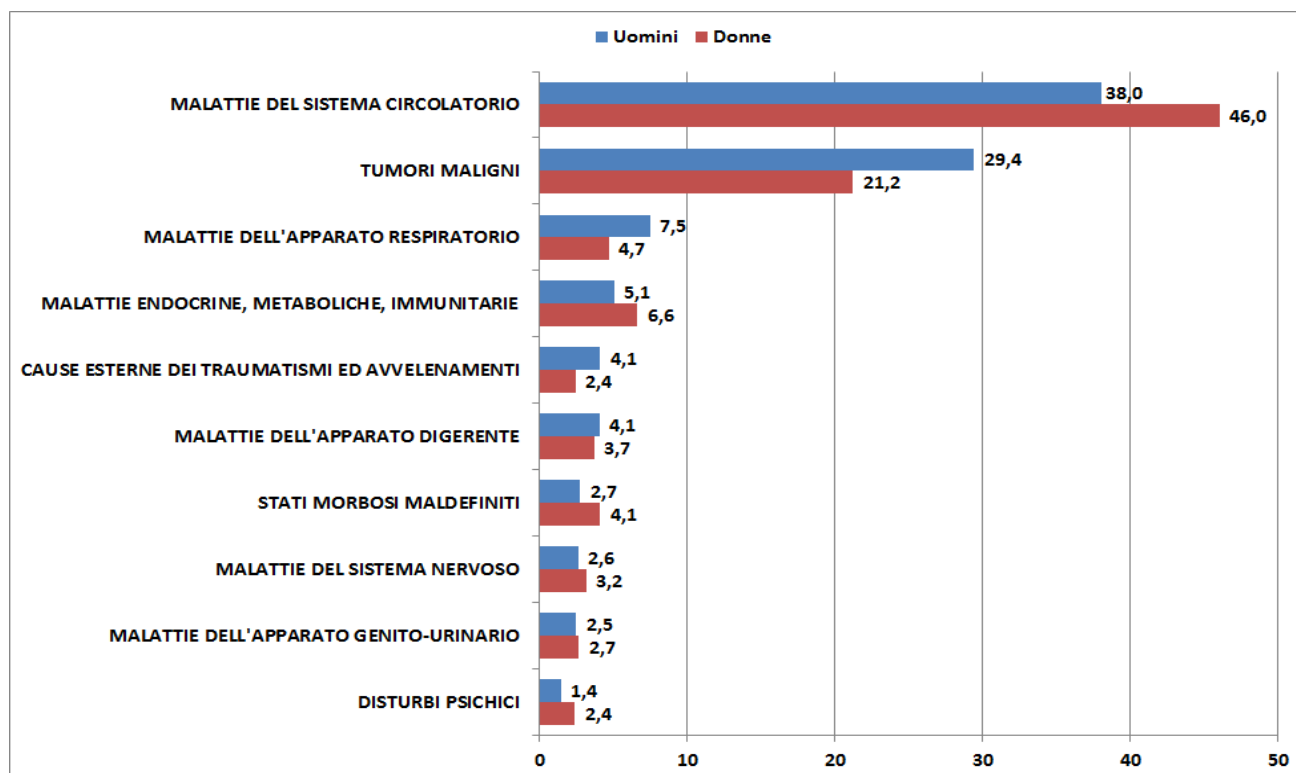
Grandi Categorie ICD IX - UOMINI	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni	Grandi Categorie ICD IX - DONNE	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	9026	38,0	236326,0	MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	11066	46,0	109872
TUMORI MALIGNI	6988	29,4	348923,0	TUMORI MALIGNI	5105	21,2	286301,0
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1777	7,5	34672	MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	1593	6,6	31905,5
MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	1203	5,1	42599,0	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1133	4,7	17114,0
CAUSE ESTERNE DEI TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI	976	4,1	180411	STATI MORBOSI MALDEFINITI	983	4,1	17241,5
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	963	4,1	55139	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	891	3,7	24127
STATI MORBOSI MALDEFINITI	651	2,7	33141	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	762	3,2	23908
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	623	2,6	31124	MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	643	2,7	9481,5
MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	594	2,5	11880	CAUSE ESTERNE DEI TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI	589	2,4	37497,0
DISTURBI PSICHICI	342	1,4	8492	DISTURBI PSICHICI	581	2,4	4918
MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	154	0,6	81595	TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	149	0,6	7704,5
TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	150	0,6	7411,5	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	125	0,5	67140,5
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	100	0,4	8066	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI	118	0,5	4719,0
MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI	88	0,4	4542	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	99	0,4	5061,5
MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	32	0,1	1520,0	MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	91	0,4	3847,5
MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	12	0,1	600	MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	21	0,1	545
COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	0	0	150	COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	2	0,0	1032,5
TUTTE LE CAUSE	23738	100	1089937	TUTTE LE CAUSE	24041	100	653771

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

La distribuzione per numero assoluto delle grandi categorie ICD IX mostra come la prima causa di morte in Sicilia siano le malattie del sistema circolatorio, che sostengono insieme alla seconda, i tumori maligni, più dei 2/3 dei decessi avvenuti nel periodo in esame.

La terza causa negli uomini è rappresentata dalle malattie respiratorie (7,5%) e nelle donne dal raggruppamento delle malattie metaboliche, endocrine ed immunitarie (6,6%) per la quasi totalità sostenuta dal diabete.

Mortalità proporzionale per i primi 10 gruppi di cause in Sicilia (tutte le età)



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

Tale evidenza si conferma passando all'analisi delle sottocategorie in cui le prime due cause in assoluto in entrambi i sessi si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore. Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono il diabete (6,1%) e il tumore della mammella (3,8%), mentre negli uomini ai tumori dell'apparato respiratorio (7,9%) si aggiungono il diabete (4,6%) e le malattie polmonari croniche ostruttive (4,4%).

Mortalità per sottocategorie diagnostiche in Sicilia (prime 10 cause)

Sottocategorie ICD IX Uomini	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Sottocategorie ICD IX - Donne	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %
Disturbi circolatori dell'encefalo	2825	11,9	Disturbi circolatori dell'encefalo	4090	17,0
Malattie ischemiche del cuore	2730	11,5	Malattie ischemiche del cuore	2166	9,0
T.M. della trachea, bronchi e polmoni	1887	7,9	Diabete mellito	1463	6,1
Diabete mellito	1096	4,6	T.M. della mammella	922	3,8
Malattie polmonari croniche ostruttive	1035	4,4	T.M. del colon e del retto	699	2,9
T.M. del colon e del retto	802	3,4	Insufficienza renale cronica	497	2,1
T.M. della prostata	722	3,0	Malattie polmonari croniche ostruttive	492	2,0
T.M. del fegato	584	2,5	T.M. della trachea, bronchi e polmoni	459	1,9
Cirrosi e malattie croniche del fegato	535	2,3	T.M. del fegato	457	1,9
Insufficienza renale cronica	460	1,9	Cirrosi e malattie croniche del fegato	417	1,7
Totale prime 10 cause	12676	53,4	Totale prime 10 cause	11662	48,5
Tutte le cause	23738	100	Tutte le cause	24041	100

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

Mortalità prematura

I dati di mortalità in termini assoluti o di tassi possono fornire una lettura distorta dei problemi più gravi poiché i valori sono molto più elevati negli anziani.

L'analisi per gli anni di vita perduti con le morti premature rispetto all'età considerata (75 anni) costituisce una misura chiave del peso sociale ed economico delle varie cause di morte.

Sotto tale profilo, l'analisi per sottocategorie evidenzia tra le prime cause negli uomini oltre alle malattie ischemiche del cuore, le neoplasie maligne dell'apparato respiratorio (seconda causa di mortalità prematura), gli incidenti stradali (terza causa), i disturbi circolatori dell'encefalo (quarta causa) e il suicidio (quinta causa di mortalità prematura).

Tra le donne, invece, tra le cause tumorali si segnalano le neoplasie maligne della mammella (prima causa di mortalità prematura), dell'apparato respiratorio (terza causa) e del colon-retto (quinta causa). Infine, i disturbi circolatori dell'encefalo e le malattie ischemiche del cuore costituiscono rispettivamente la seconda e la quarta causa di mortalità prematura tra il genere femminile.

Mortalità prematura in Sicilia (prime 10 cause)

Rango	Sottocategorie ICD IX Uomini	Anni di vita persi a 75 anni	Sottocategorie ICD IX Donne	Anni di vita persi a 75 anni
1	Malattie ischemiche del cuore	98800	T. M. della mammella	69012,5
2	T.M. della trachea, bronchi e polmoni	98117	Disturbi circolatori dell'encefalo	33197,5
3	Accidenti stradali da veicoli a motore e da trasporto	82393,5	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	29692,5
4	Disturbi circolatori dell'encefalo	47313,5	Malattie ischemiche del cuore	29095
5	Suicidio	43872,5	T.M. del colon e del retto	27179,5
6	Cirrosi e malattie croniche del fegato	38080	Diabete mellito	20510
7	T.M. del colon e del retto	34240	T. M. dell'encefalo e altre parti del sistema nervoso	18333,5
8	Cadute ed infortuni	33491,5	T. M. dell'ovaio	18017,5
9	Diabete mellito	28315	T. M. dell'utero	17695
10	T. M. del fegato	27839,5	Accidenti stradali da veicoli a motore e da trasporto	14958

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

Nella tabella successiva vengono presentati i principali indicatori statistici di mortalità generale per le nove ASP della Sicilia.

Mortalità generale nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

AZIENDA SANITARIA	Uomini 2005-2013						Donne 2005-2013					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	2209	1021,6	648,6	97,3	95,9	98,6	2.151	930,7	424,9	98,2	96,9	99,6
ASP Caltanissetta	1342	1021,2	698,3	104,6	102,7	106,5	1321	934,0	465,1	106,3	104,4	108,2
ASP Catania	4.793	918,7	680,8	102,9	101,9	103,8	4.805	859,8	439,2	102,1	101,1	103,0
ASP Enna	912	1072,7	657,8	98,5	96,4	100,6	892	971,8	430	99,1	96,9	101,3
ASP Messina	3.319	1063,0	654	98,4	97,3	99,5	3.602	1066,3	429,6	97,7	96,7	98,8
ASP Palermo	5.634	936,1	667,5	100,2	99,3	101,1	5.799	895,3	435,9	100,1	99,3	101,0
ASP Ragusa	1459	953,2	637,5	96,2	94,6	97,9	1436	907,0	425,8	98,9	97,2	100,6
ASP Siracusa	1916	975,7	684,2	103,2	101,7	104,8	1854	907,5	451	103,6	102,0	105,2
ASP Trapani	2156	1024,7	639,9	96,6	95,2	98,0	2.181	974,8	412,7	95,6	94,3	97,0
SICILIA	23.738	977,7	664,6				24.041	926,4	434,1			

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

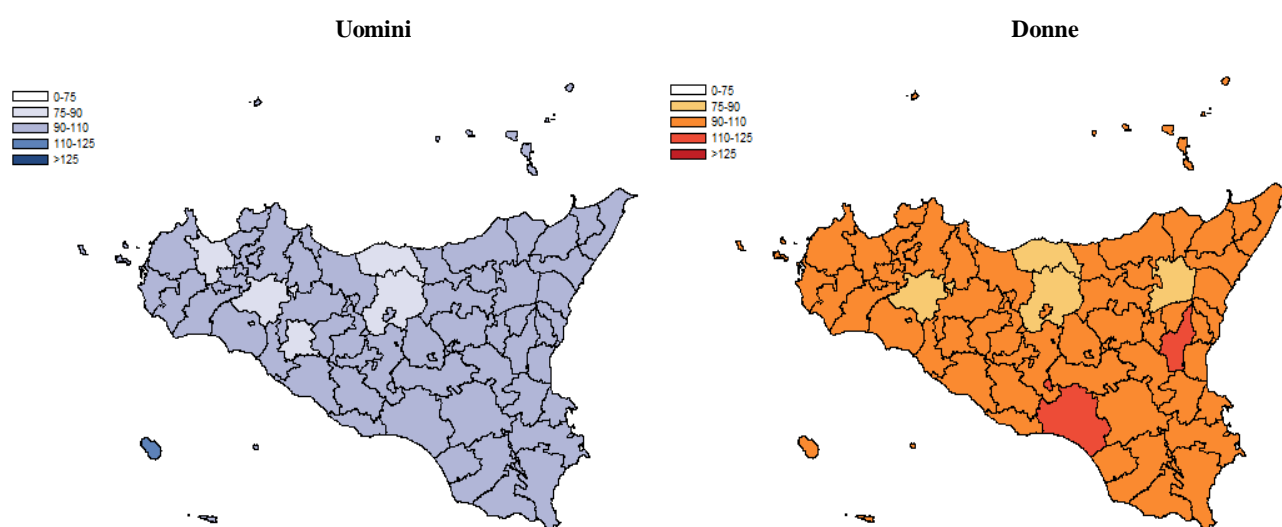
In Sicilia la mortalità per tutte le cause fa registrare una media annua di 47.779 decessi (49,7% tra gli uomini e 50,3% tra le donne).

I rapporti standardizzati di mortalità (SMR) illustrati nella tabella mostrano lievi eccessi statisticamente significativi in entrambi i sessi nelle province di Caltanissetta, Catania e Siracusa.

L'analisi condotta su base distrettuale evidenzia alcuni eccessi al di sopra dell'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti sanitari di Caltanissetta, Gela, Adrano, Catania metropolitana, Paternò, Palermo metropolitana e Noto.

Tra i soli uomini si segnalano SMR più elevati nel distretto di Pantelleria; mentre tra le donne nei distretti di Mussomeli, Palagonia, Bagheria e Lentini.

Mortalità per tutte le cause: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2005-2013



Mortalità per malattie del sistema circolatorio

La mortalità per malattie circolatorie risulta in eccesso rispetto al resto del Paese in entrambi i sessi con una media annua di oltre 20.000 decessi (44,9% tra gli uomini e 55,1% tra le donne).

I rapporti standardizzati di mortalità (SMR) illustrati nella tabella mostrano eccessi statisticamente significativi in entrambi i sessi nelle province di Caltanissetta e Siracusa.

Tra gli uomini si osservano eccessi in provincia di Catania, mentre tra le sole donne si rilevano eccessi nella provincia di Agrigento.

Mortalità per malattie del sistema circolatorio nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

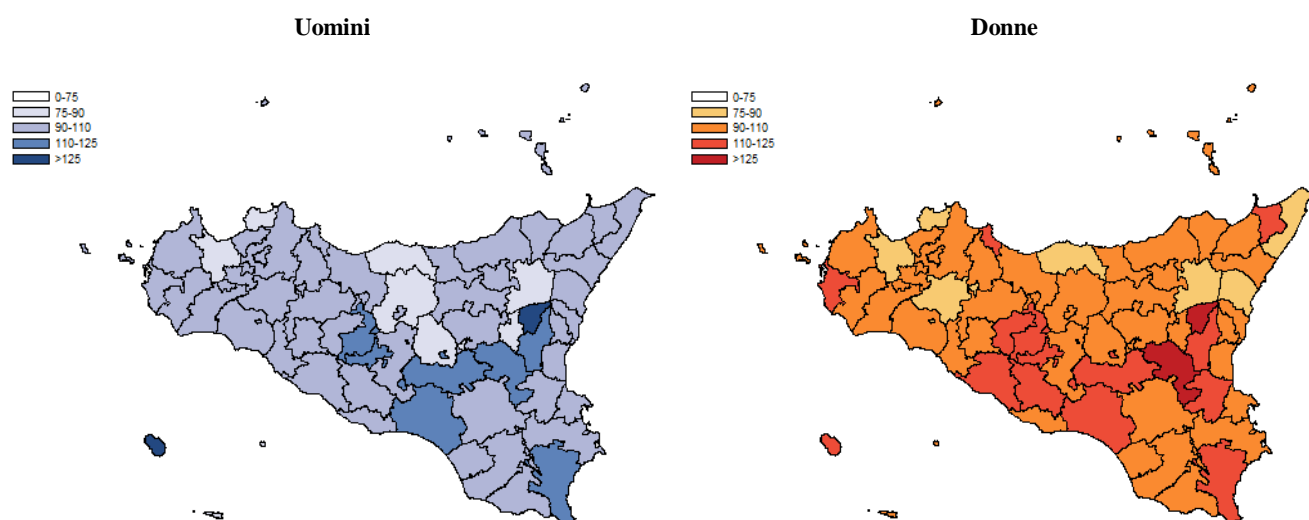
AZIENDA SANITARIA	Uomini 2005-2013						Donne 2005-2013					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	877	405,8	240	100,5	98,3	102,8	1.093	473,1	187,8	108,8	106,6	110,9
ASP Caltanissetta	534	406,0	263,8	109,6	106,6	112,8	643	454,2	200,9	113,7	110,8	116,7
ASP Catania	1.815	348,0	249,2	103,8	102,3	105,4	2.170	388,3	175,4	101,4	100,0	102,8
ASP Enna	347	407,8	237,4	97,1	93,7	100,5	420	457,0	178,8	101,2	98,0	104,5
ASP Messina	1.255	401,9	232,9	96,6	94,9	98,4	1.701	503,5	171,6	98,0	96,5	99,6
ASP Palermo	2.031	337,5	230,5	95,5	94,1	96,9	2.480	382,8	163,2	93,3	92,0	94,5
ASP Ragusa	570	372,3	233,5	98,1	95,5	100,9	671	423,6	171,9	100,4	97,9	103,0
ASP Siracusa	743	378,3	255,8	106,5	104	109,1	848	415,1	181,6	104,2	101,8	106,5
ASP Trapani	855	406,4	238,8	99,7	97,5	102,0	1.042	465,6	169,4	97,8	95,8	99,8
SICILIA	9.026	371,7	240,6				11.066	426,4	174,1			

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

L'analisi condotta su base distrettuale evidenzia alcuni eccessi al di sopra dell'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti sanitari di Canicattì, Ribera, Gela, Mussomeli, San Cataldo, Adrano, Palagonia, Paternò, Piazza Armerina, Sant'Agata di Militello, Lentini, Noto, Marsala e Pantelleria.

Tra i soli uomini si segnalano SMR più elevati nel distretto di Trapani; mentre tra le donne nei distretti di Agrigento, Casteltermini, Licata, Sciacca, Caltanissetta, Milazzo, Patti, Bagheria e Vittoria.

Mortalità per malattie del sistema circolatorio: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2005-2013



Mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo

L'eccesso di mortalità per malattie circolatorie è sostenuto in particolare dalle malattie cerebrovascolari. I disturbi circolatori dell'encefalo fanno registrare, per entrambi i sessi, un numero relativamente alto di decessi nell'intera popolazione siciliana.

Nel periodo in osservazione il numero medio annuale di decessi registrati è pari a 6.915 di cui il 40,9% negli uomini e il 59,1% nelle donne.

I rapporti standardizzati di mortalità (SMR) mostrano eccessi statisticamente significativi in entrambi i generi nelle province di Caltanissetta, Catania, Enna, Siracusa e Trapani; mentre tra le sole donne si osservano SMR superiori all'atteso regionale nelle province di Agrigento e Ragusa.

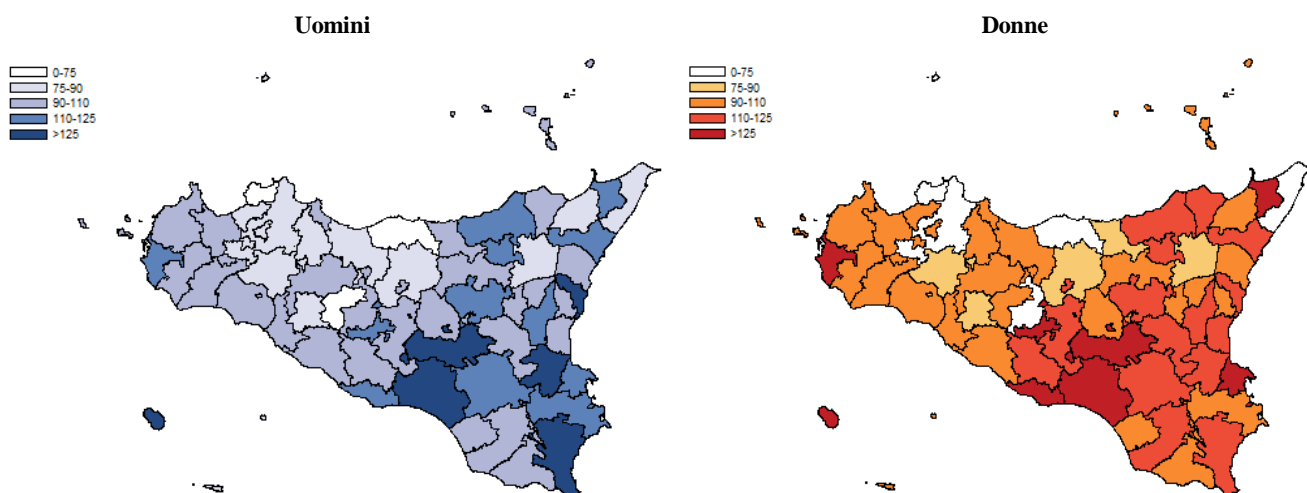
Mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

AZIENDA SANITARIA	Uomini 2005-2013						Donne 2005-2013					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	270	125,0	70,7	98,2	94,3	102,2	385	166,4	64,2	103,5	100,1	107,0
ASP Caltanissetta	182	138,2	85,8	119,2	113,5	125,1	253	178,9	77,0	121,4	116,5	126,5
ASP Catania	593	113,6	78,6	109,1	106,2	112,1	845	151,2	66,5	107,0	104,6	109,4
ASP Enna	131	154,1	84,6	116,0	109,5	122,9	187	203,6	76,4	121,9	116,2	127,9
ASP Messina	376	120,5	67,2	92,0	88,9	95,1	613	181,6	61,0	95,3	92,8	97,9
ASP Palermo	538	89,4	59,5	81,0	78,7	83,3	772	119,2	50,5	78,6	76,7	80,4
ASP Ragusa	187	122,0	74,1	102,2	97,4	107,2	262	165,4	65,8	106,1	101,8	110,4
ASP Siracusa	261	133,0	86,9	120,7	115,8	125,6	344	168,3	71,1	114,5	110,5	118,6
ASP Trapani	288	136,9	77,4	106,8	102,7	111,0	430	192,2	68,4	109,1	105,7	112,6
SICILIA	2.825	116,4	72,6				4.090	157,6	62,9			

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

Dall'analisi eseguita su base distrettuale si evidenziano eccessi significativamente superiori all'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti di Licata, Gela, San Cataldo, Acireale, Caltagirone, Catania metropolitana, Paternò, Agira, Piazza Armerina, Milazzo, Sant'Agata di Militello, Taormina, Ragusa, Augusta, Lentini, Noto, Siracusa e Marsala. Tra i soli uomini si osservano SMR superiori all'atteso nel distretto di Pantelleria; mentre tra le donne nei distretti di Canicattì, Caltanissetta, Patti e Alcamo.

Mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2005-2013



Mortalità per diabete

Il diabete rappresenta il 90% del totale delle patologie delle ghiandole endocrine ed è responsabile, rispettivamente per gli uomini e per le donne, del 42,8% e del 57,2% del numero totale medio dei decessi osservati per questa causa di morte (2.559).

I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano eccessi statisticamente significativi in entrambi i sessi nella sola provincia di Enna. Tra i soli uomini si osservano eccessi nella provincia di Catania, mentre tra le donne si evidenziano valori statisticamente significativi nelle province di Agrigento e di Siracusa.

Mortalità per diabete nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

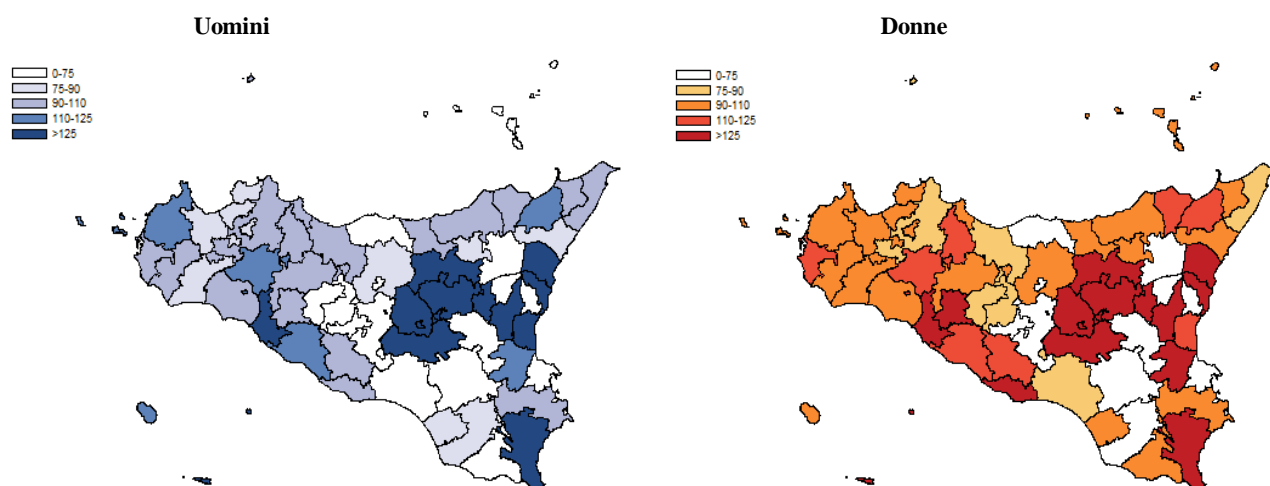
AZIENDA SANITARIA	Uomini 2005-2013						Donne 2005-2013					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	111	51,4	31,1	105,3	98,9	112,0	155	67,2	28,3	115,5	109,5	121,7
ASP Caltanissetta	36	27,3	18,5	60,3	53,9	67,3	54	38,0	17,8	70,6	64,4	77,2
ASP Catania	228	43,6	30,4	106,3	101,8	111,0	292	52,3	25,0	102,2	98,3	106,2
ASP Enna	65	76,8	44,8	151,3	139,3	164,1	83	90,2	37,0	149,5	139,0	160,7
ASP Messina	152	48,5	28,5	96,9	91,8	102,1	217	64,2	24,0	96,7	92,5	101,1
ASP Palermo	254	42,2	28,8	98,3	94,4	102,5	324	50,1	23,5	92,4	89,0	95,8
ASP Ragusa	56	36,4	23,1	79,5	72,7	86,8	77	48,3	21,2	86,6	80,2	93,3
ASP Siracusa	90	46,1	30,6	105,8	98,7	113,3	120	58,7	27,5	110,5	104,0	117,3
ASP Trapani	104	49,6	29,5	100,8	94,4	107,4	141	63,2	25,5	101,9	96,4	107,6
SICILIA	1.096	45,2	29,2				1.463	56,4	24,9			

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

L'analisi condotta su base distrettuale ha invece evidenziato eccessi significativamente più elevati rispetto all'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti di Ribera, Acireale, Catania metropolitana, Giarre, Paternò, Agira, Enna, Nicosia, Piazza Armerina, Lentini e Noto.

Tra gli uomini si segnalano SMR più elevati nei distretti di Agrigento, Palermo metropolitana e Trapani. Tra le donne invece si evidenziano valori più elevati nei distretti di Bivona, Canicattì, Licata, Corleone, Patti, Misilmeri, Lampedusa e Linosa.

Mortalità per diabete: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2005-2013



Mortalità per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

La mortalità per malattie respiratorie risulta in eccesso a livello regionale. In particolare per BPCO si registrano mediamente oltre 1.500 decessi all'anno, con un marcato interessamento del genere maschile localizzato prevalentemente nella parte centrale dell'isola.

I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano valori significativamente in eccesso in entrambi i sessi rispetto al riferimento regionale nella provincia di Enna.

Tra gli uomini si segnalano eccessi nelle province di Agrigento e Caltanissetta; mentre tra le donne si evidenziano valori statisticamente significativi nella sola provincia di Palermo.

Mortalità per BPCO nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

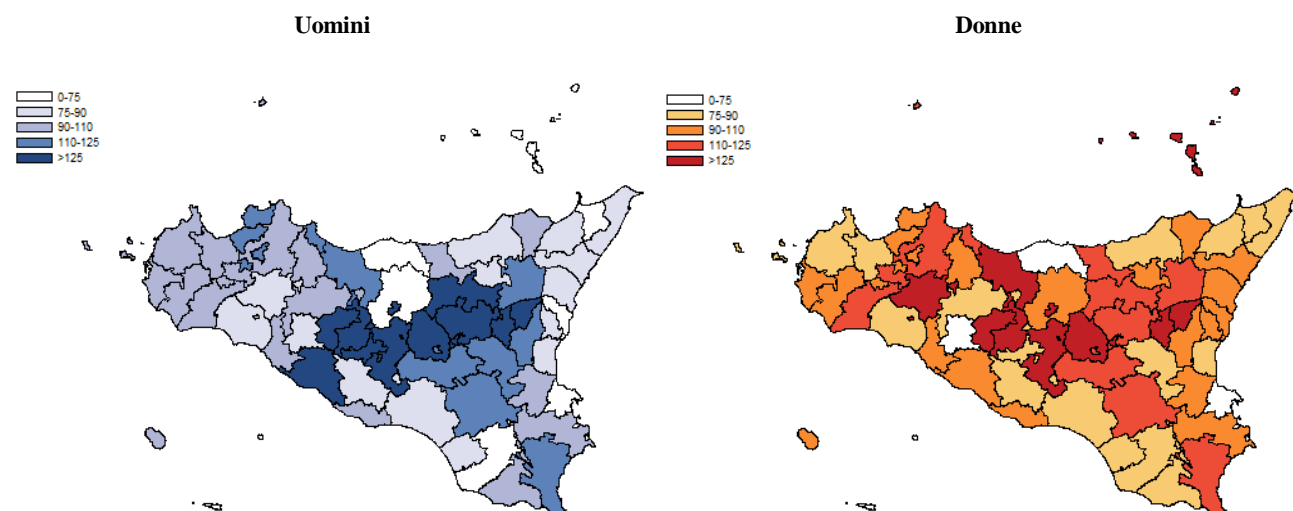
AZIENDA SANITARIA	Uomini 2005-2013						Donne 2005-2013					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	111	51,4	28,6	110,0	103,3	117,1	41	17,9	7,2	92,2	83,0	102,0
ASP Caltanissetta	79	60,0	36,0	140,8	130,7	151,6	28	19,9	9,0	111,6	98,3	126,2
ASP Catania	185	35,5	24,2	92,9	88,4	97,4	94	16,8	7,9	98,3	91,8	105,1
ASP Enna	57	66,9	35,8	137,4	125,7	149,8	25	27,6	11,0	137,0	119,8	156,0
ASP Messina	127	40,7	22,3	85,0	80,1	90,1	69	20,4	7,4	90,0	83,1	97,4
ASP Palermo	241	40,1	26,0	99,3	95,2	103,6	132	20,4	9,0	111,7	105,4	118,2
ASP Ragusa	55	36,0	21,6	82,5	75,4	90,1	24	15,4	6,3	82,3	71,8	93,9
ASP Siracusa	80	40,8	26,3	101,0	93,8	108,7	36	17,5	7,6	98,2	87,8	109,6
ASP Trapani	99	47,3	26,5	100,8	94,3	107,6	42	18,9	6,9	89,7	80,9	99,2
SICILIA	1.035	42,6	26,1				492	19,0	8,0			

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

L'analisi condotta su base distrettuale ha invece evidenziato eccessi significativamente più elevati rispetto all'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti sanitari di Casteltermeni, Caltanissetta, Adrano ed Enna.

Tra gli uomini si osservano eccessi nei distretti di Agrigento, Mussomeli, San Cataldo, Paternò, Agira, Nicosia, Piazza Armerina e Noto; mentre tra le donne nei distretti sanitari di Palermo metropolitana e di Termini Imerese.

Mortalità per BPCO: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2005-2013



In generale pertanto in merito alla mortalità in Sicilia si evidenzia quanto segue:

- è aumentata l'aspettativa di vita;
- la mortalità infantile, indicatore sintetico dello stato socio-sanitario di comunità, si mantiene tra i più elevati del Paese, anche se in progressiva riduzione;
- la mortalità generale, come esito sfavorevole di salute, è al di sopra di quella nazionale (in particolare nelle donne);
- le principali cause di decesso sono attribuibili alle malattie del sistema circolatorio e ai tumori;
- la mortalità precoce è principalmente attribuibile ai tumori e, per il genere maschile in particolare, alle malattie del sistema circolatorio e ai traumatismi ed avvelenamenti;
- il peso di alcune condizioni croniche come le malattie circolatorie (in particolare cerebrovascolari), diabete e broncopatie croniche è particolarmente rilevante in Sicilia e potenzialmente destinato ad un progressivo incremento in relazione all'invecchiamento della popolazione.

Oltre agli interventi relativi al contrasto dei principali fattori di rischio occorre predisporre adeguate strategie assistenziali sul territorio per la riduzione del carico di mortalità oggi fortemente in eccesso.

Tumori e diagnosi precoce oncologica

L'epidemiologia dei tumori nel Paese è attraversata da importanti fenomeni che offrono spunti di politica sanitaria.

Infatti in Italia:

- l'evoluzione positiva dei dati di mortalità, in lenta ma costante riduzione negli ultimi anni, pare si interrompa negli anni 2000, almeno limitatamente alle donne. Un effetto principalmente dovuto all'aumento dei decessi per tumore del polmone tra le donne, presumibilmente associato all'aumento del numero di fumatrici e all'ineadeguatezza della lotta al tabagismo;
- l'evoluzione articolata dei dati d'incidenza, dove negli ultimi anni si osserva per gli uomini la contrazione del rischio nelle regioni settentrionali contrastata da incrementi nelle regioni meridionali, e per le donne, l'aumento di rischio particolarmente evidente nelle regioni meridionali;
- l'aumento positivo e costante della probabilità di sopravvivere dopo l'occorrenza del tumore nel corso di successive rilevazioni, accompagnato però da differenze elevate che vedono un accentuato vantaggio prognostico nelle regioni del Nord;
- l'esplosione del numero di nuovi casi prevalenti determinato da un lato dall'aumento della speranza di vita alla nascita, con il conseguente aumento del numero di nuovi casi tra gli anziani, e dall'altro, dalla migliore sopravvivenza per tumore. I casi prevalenti erano circa 820 mila nel 1970 e circa 1.7 milioni nel 2006: un grande numero di persone con passata storia oncologica che contribuiscono all'aumento della domanda sanitaria e per le quali sono necessari specifici programmi di assistenza.

Incidenza

I dati di incidenza e di prevalenza riportati in questo documento derivano dall'elaborazione del dataset integrato dei Registri Tumori della Sicilia per il periodo compreso tra il 1 gennaio 2002 e il 31 dicembre 2009.

Sulla base dei dati registrati nel periodo 2002-2009, si può stimare che siano stati diagnosticati in media ogni anno 21.929 casi di tumori escluso la pelle di cui 11.895 (54,2%) casi fra i maschi e 10.034 (45,8%) casi fra le femmine sull'intera popolazione siciliana.

Incidenza nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia (aa 2002-2009). Tutti i tumori.

AZIENDA SANITARIA	Numero medio annuale casi incidenti	Tasso std EU x 100.000	Intervalli di confidenza al 95%		Numero medio annuale casi incidenti	Tasso std EU x 100.000	Intervalli di confidenza al 95%	
			Limite inferiore	Limite superiore			Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	1032,0	--	--	--	861,1	--	--	--
ASP 2 Caltanissetta	684,3	404,6	386,6	423,3	552,7	296,2	281,1	311,9
ASP 3 Catania	2572,7	432,8	422,9	442,8	2240,7	326,7	318,5	335,0
ASP 4 Enna	404,8	--	--	--	357,1	--	--	--
ASP 5 Messina	1676,3	404,0	392,5	415,7	1377,0	291,3	281,7	301,1
ASP 6 Palermo	2847,5	399,9	392,4	407,5	2460,3	299,2	293,0	305,5
ASP 7 Ragusa	738,7	388,7	377,0	400,8	620,3	299,8	289,6	310,4
ASP 8 Siracusa	956,0	396,0	385,6	406,6	741,3	280,4	271,8	289,2
ASP 9 Trapani	982,4	358,3	348,0	368,8	823,2	274,1	265,2	283,3
REGIONE SICILIA	11894,8	399,0			10033,7	299,6		

Elaborazione DASOE su base dati Registri Tumori della Sicilia 2002-2009.

Tra gli uomini le sedi tumorali più frequenti sono risultate la prostata (6.845 nuovi casi pari al 16,6% di tutti i tumori), il polmone (6.573 casi, con il 15,9%), il colon-retto (5.264 casi, 12,7%) e la vescica (4.868 nuovi casi pari al 11,8%).

Per le donne, invece, le sedi tumorali più frequenti risultano la mammella (con 9.717 nuove diagnosi ed una percentuale del 27,8%), il colon-retto (4.606 casi 13,2%), la tiroide (2.155 casi 6,2%) e il corpo dell'utero (2.022 nuovi casi pari al 5,8%).

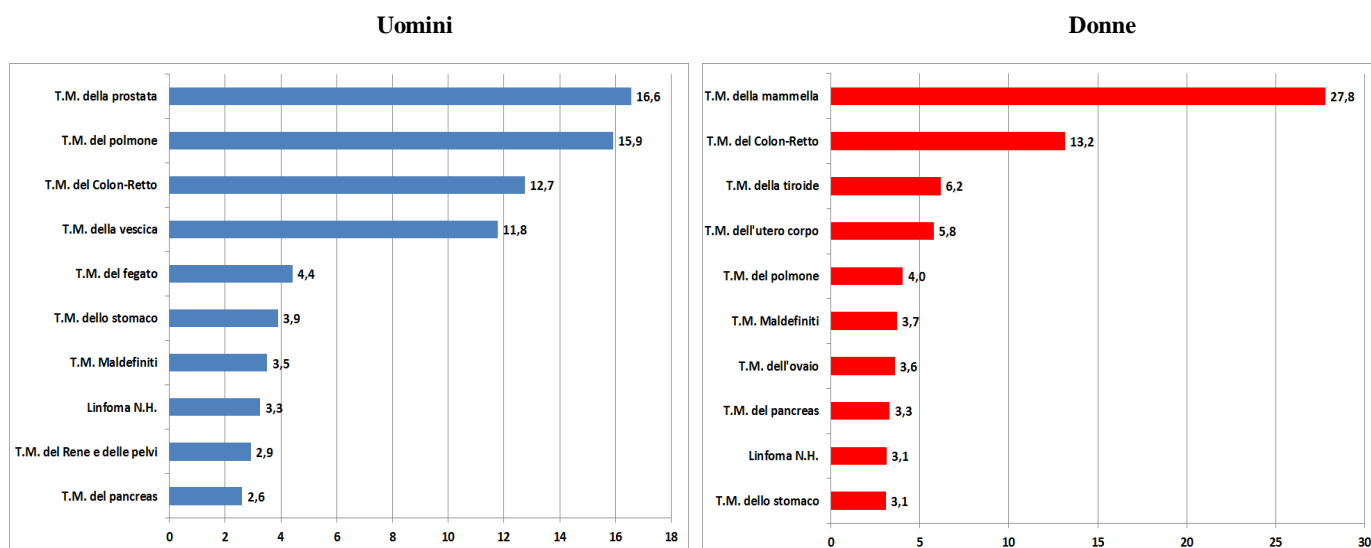
L'incidenza nelle fasce d'età più basse fino alla fascia 50-54 anni, risulta più elevata per le donne a causa del tumore della mammella, mentre si ha un'inversione di tendenza a sfavore degli uomini nelle fasce di età più avanzate a causa del tumore della prostata e del polmone.

I tassi di incidenza per tutti i tumori tra le regioni italiane, evidenziano una certa eterogeneità nella distribuzione i per regione e tendenzialmente più elevati al Centro-Nord e più bassi al Sud.

La Sicilia si colloca per entrambi i sessi al di sotto delle linee di tendenza dell'Italia e del Mezzogiorno.

In media il tasso di incidenza per il totale dei tumori per gli uomini (esclusi la cute non melanoma) in Sicilia è inferiore di oltre il 27% alle aree del Nord, del 16% a quelle del centro, e del 9% del resto del Sud (dati AIRTUM 2005-2007: I numeri del Cancro 2011); mentre per le donne la differenza percentuale si riduce al 23% al Nord, al 4% per il Centro ed al 1% per il Sud, denotando uno scostamento minore rispetto al sesso maschile.

Incidenza proporzionale prime 10 cause tumorali (Sicilia 2002-2009; tutte le età)



Elaborazione DASOE su base dati Registri Tumori della Sicilia 2002-2009.

Prevalenza

In Sicilia si stimano 137.971 soggetti con diagnosi di tumore in qualsiasi sede (escluso la pelle non melanoma) pari al 2,7% dell'intera popolazione siciliana, valore che può essere confrontato con il dato AIRTum (3,0%).

Tale numero è in costante aumento per svariati fattori tra cui la diffusione degli screening o di altre forme di diagnosi precoce di alcuni tumori (mammella, colon-retto, cervice uterina, prostata ecc.), l'aumento della speranza di vita, che comporta pertanto un incremento della quota di soggetti in età avanzata in cui è maggiore l'incidenza di malattie oncologiche, e i costanti miglioramenti negli anni di sopravvivenza dal momento della diagnosi di tumore.

La sede a maggiore frequenza di casi prevalenti per gli uomini è la prostata, seguita dalla vescica, dal colon-retto e dal polmone.

Nelle donne le sedi più frequenti sono risultate la mammella, il colon-retto, seguito dalla tiroide e dal corpo dell'utero.

Mortalità

Il numero medio annuale di decessi per patologie tumorali, nell'intera regione Sicilia è pari a 12.392 di cui il 97,6% è da ricondurre a patologie tumorali maligne e il restante 2,4% ai tumori benigni. Il 57,8% dei decessi per tumori maligni si osserva negli uomini mentre il 42,2% nelle donne. Le patologie tumorali, seconda causa di morte anche in Sicilia, costituiscono un problema rilevante di salute pubblica, specie per alcune categorie diagnostiche prevenibili con efficaci programmi di diagnosi precoce.

Come rappresentato in tabella e nei due grafici seguenti, le cause principali di mortalità tumorale sono rappresentate nell'uomo dal tumore della trachea, bronchi e polmoni che rappresenta oltre ¼ dei decessi per neoplasia nei maschi (27%) e nella donna dal tumore della mammella (18,1%). Ai primi posti in entrambi i sessi si evidenziano i tumori del colon e del retto (uomini 11,5%; donne 13,7%), del fegato (uomini 8,4%, donne 9%) e nell'uomo della prostata (terza causa di decesso con il 10,3%).

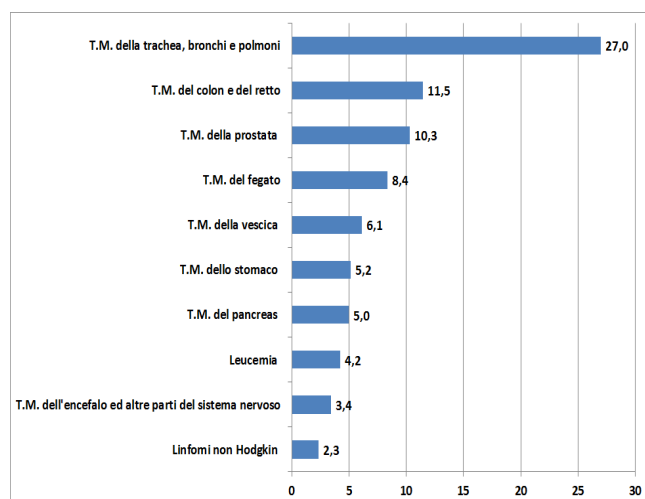
Mortalità per tumori maligni in Sicilia (tutte le età)

Uomini 2005-2013	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni	Donne 2005-2013	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni
T.M. della trachea, bronchi e polmoni	1887	27,0	98117	T. M. della mammella	922	18,1	69012,5
T.M. del colon e del retto	802	11,5	34240	T.M. del colon e del retto	699	13,7	27179,5
T.M. della prostata	722	10,3	8525	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	459	9,0	29692,5
T.M. del fegato	584	8,4	27839,5	T. M. del fegato	457	9,0	14842,5
T.M. della vescica	428	6,1	10877,5	T. M. del pancreas	345	6,8	14155
T.M. dello stomaco	360	5,2	18715	T. M. dell'utero	283	5,5	17695
T.M. del pancreas	348	5,0	20912,5	T. M. dello stomaco	257	5,0	13045
Leucemia	295	4,2	18106,5	T. M. dell'ovaio	236	4,6	18017,5
T.M. dell'encefalo ed altre parti del sistema nervoso	239	3,4	24964,5	Leucemia	224	4,4	13068,5
Linfomi non Hodgkin	164	2,3	11822,0	T. M. dell'encefalo e altre parti del sistema nervoso	216	4,2	18333,5
T.M. del rene	155	2,2	8127,5	Linfomi non Hodgkin	125	2,4	7157,5
Mieloma	118	1,7	4892,5	Mieloma multiplo	108	2,1	3577,5
T.M. della laringe	117	1,7	6252,5	T. M. della vescica	91	1,8	1830
Melanoma	62	0,9	5675	T. M. del rene	81	1,6	3774,5
Linfomi di Hodgkin	23	0,3	2747,5	Melanoma	42	0,8	4070
TUMORI MALIGNI	6988	100	348923	TUMORI MALIGNI	5105	100	286301

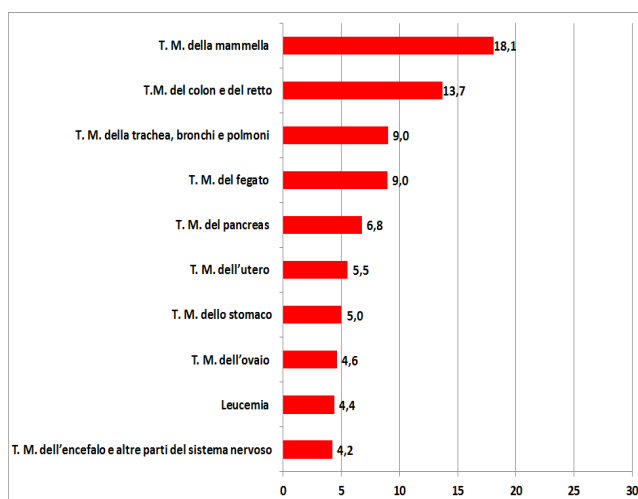
Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

Mortalità proporzionale per tumori in Sicilia (tutte le età ó prime 10 cause)

Uomini



Donne



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

Mortalità per tumori maligni nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

AZIENDA SANITARIA	Uomini 2005-2013						Donne 2005-2013					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	636	294,0	195,8	96,2	93,7	98,7	432	187,1	108,4	92,4	89,5	95,4
ASP Caltanissetta	377	286,5	204,1	99,3	96,0	102,7	267	188,4	115,6	98,1	94,2	102,1
ASP Catania	1.429	273,9	206,7	102,9	101,1	104,7	1.084	194,1	121,5	105,7	103,6	107,8
ASP Enna	246	289,5	189,0	91,6	87,9	95,5	178	193,9	108,3	93,0	88,5	97,6
ASP Messina	1.002	321,0	204,7	102,1	100,0	104,3	746	220,9	118,1	100,3	97,9	102,8
ASP Palermo	1.703	283,0	208,5	102,6	101,0	104,2	1.267	195,6	120,2	102,5	100,7	104,4
ASP Ragusa	407	266,0	186,1	92,3	89,4	95,4	292	184,4	109,3	94,6	91,0	98,3
ASP Siracusa	569	289,9	206,5	102,4	99,6	105,2	403	197,2	121,5	103,1	99,8	106,6
ASP Trapani	619	294,1	191,1	94,9	92,5	97,5	436	194,9	109,0	92,9	90,0	95,8
SICILIA	6.988	287,8	202,2				5.105	196,7	116,8			

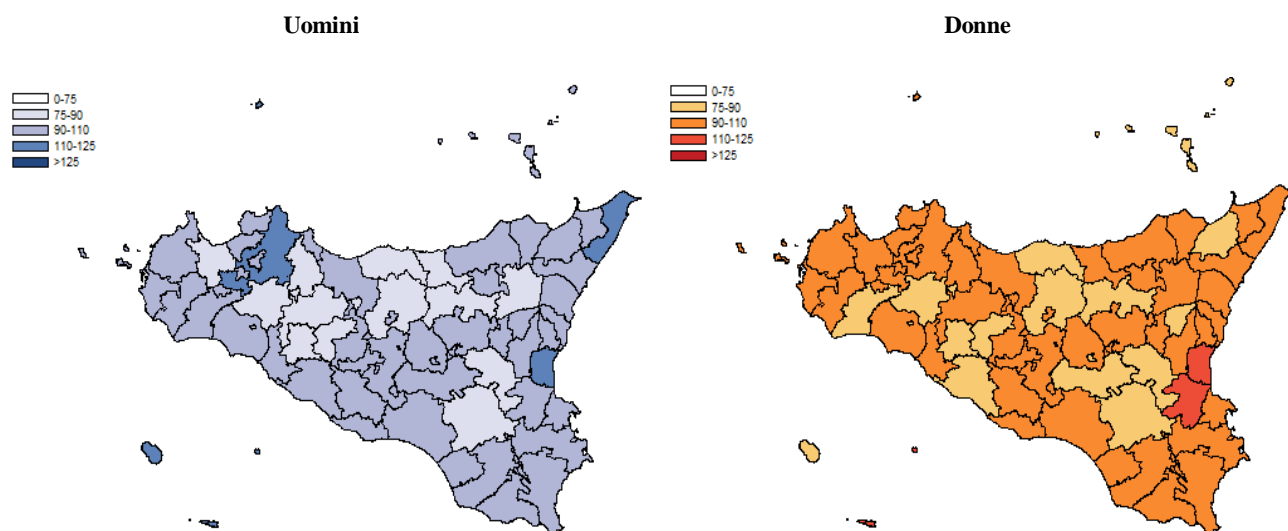
Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano eccessi di mortalità statisticamente significativi in entrambi i sessi per le province di Catania e Palermo.

A livello distrettuale si osserva un eccesso più alto dell'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti sanitari di Catania metropolitana, Messina metropolitana e Palermo metropolitana.

Tra i soli uomini, si osservano eccessi più alti nei distretti sanitari di Gela e di Siracusa, mentre tra le donne nei distretti di Acireale, Termini Imerese e Lentini.

Mortalità per tumori maligni: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2005-2013



Elaborazione DASOE su base dati 2005-2013.

Diagnosi precoce

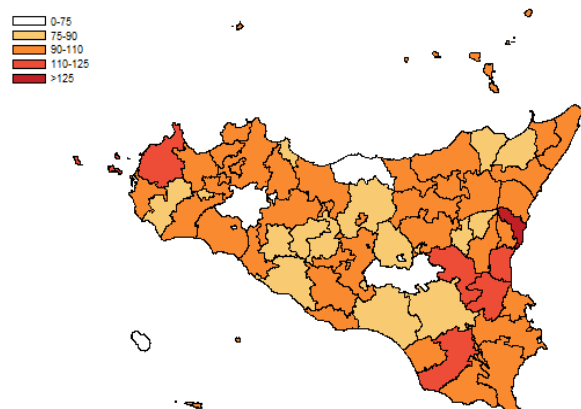
In Sicilia le neoplasie della mammella determinano una quota rilevante di decessi nelle donne siciliane (922 in media ogni anno) e, a fronte di una minore incidenza, rappresentano la prima causa di morte nelle donne in alcune classi d'età.

I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano valori statisticamente significativi nella sola provincia di Catania, confermati anche dall'analisi su base distrettuale dove si osservano degli eccessi nei distretti di Acireale, Catania metropolitana e Palagonia.

Mortalità per tumore della mammella nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

AZIENDA SANITARIA	Mortalità per tumore della mammella 2005-2013					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	79	34,1	21,8	94,2	87,4	101,3
ASP Caltanissetta	45	31,6	21,3	91,3	82,6	100,6
ASP Catania	209	37,3	25,5	111,6	106,6	116,8
ASP Enna	28	30,7	19,2	82,4	72,6	93,2
ASP Messina	134	39,6	23,9	100,8	95,2	106,6
ASP Palermo	212	32,7	21,7	94,3	90,2	98,7
ASP Ragusa	58	36,9	24,5	104,9	96,1	114,2
ASP Siracusa	74	36,3	24,0	104,1	96,3	112,3
ASP Trapani	84	37,3	23,8	99,4	92,4	106,7
SICILIA	922	35,5	23,2			

Distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

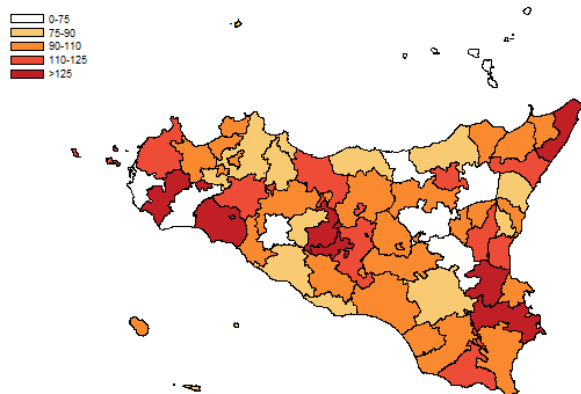
Anche i tassi di mortalità per tumore maligno dell'utero, seppure in decremento, rimangono leggermente più elevati che nel resto del Paese (nel 2011 il tasso standardizzato di mortalità per tumore maligno dell'utero è pari all'0,78 in Sicilia, mentre in Italia è pari allo 0,76 /10.000 abitanti).

In Sicilia il numero medio annuale di decessi è pari a 283. I rapporti standardizzati di mortalità mostrano valori significativamente superiori all'atteso regionale nelle province di Messina e di Siracusa. Dall'analisi su base distrettuale si osservano degli eccessi di mortalità nei distretti di Catania metropolitana, Messina metropolitana e Siracusa.

Mortalità per tumore dell'utero nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

AZIENDA SANITARIA	Mortalità per tumore dell'utero 2005-2013					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	25	10,8	6,0	96,6	84,4	110,1
ASP Caltanissetta	17	12,2	7,7	114,1	96,9	133,6
ASP Catania	56	10,0	6,5	98,3	89,9	107,3
ASP Enna	10	10,5	6,1	91,4	73,2	112,8
ASP Messina	46	13,5	7,9	111,6	101,1	122,9
ASP Palermo	60	9,3	6,2	88,0	80,8	95,8
ASP Ragusa	19	11,7	6,9	108,5	92,7	126,3
ASP Siracusa	26	12,5	8,1	117,5	102,8	133,7
ASP Trapani	25	11,0	6,3	95,4	83,2	108,8
SICILIA	283	10,9	6,7			

Distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

I tumori maligni del colon-retto sono responsabili di una quota relativamente alta di decessi per tumori nella popolazione siciliana, soprattutto in alcune classi d'età.

Nel periodo analizzato si osserva un numero medio annuale di decessi pari a 1.501, di cui il 53,4% negli uomini e il 46,6% nelle donne.

Mortalità per tumore del colon-retto nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

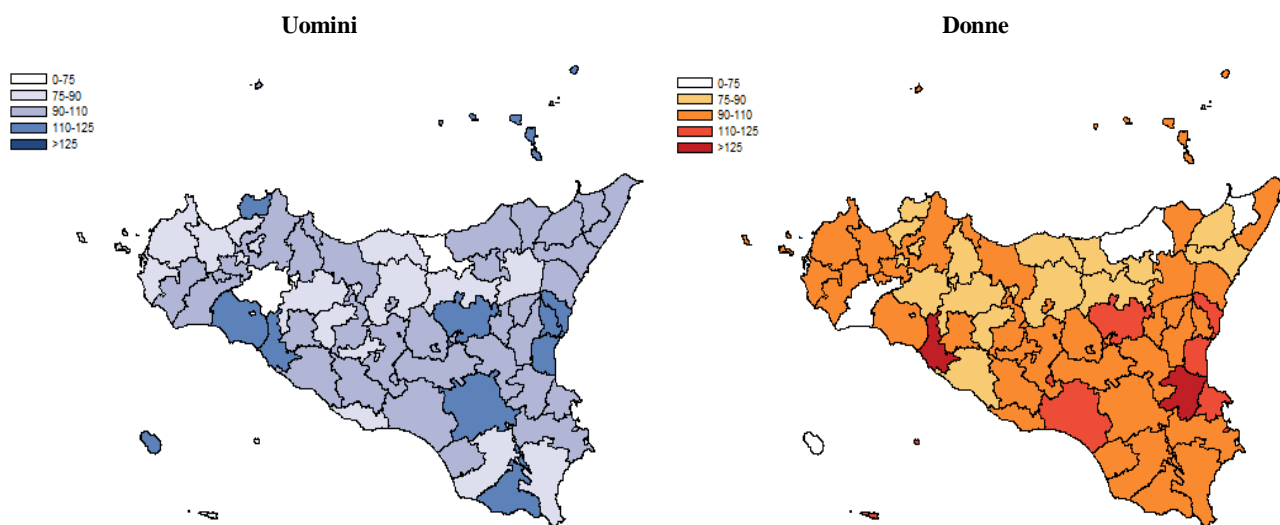
AZIENDA SANITARIA	Uomini 2005-2013						Donne 2005-2013					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	75	34,5	22,0	97,9	90,6	105,6	62	26,8	14,3	96,6	88,7	104,9
ASP Caltanissetta	44	33,3	23,1	100,6	90,9	111,0	39	27,7	15,7	106,0	95,2	117,7
ASP Catania	175	33,6	24,7	110,4	105,0	116,0	156	28,0	15,9	112,4	106,6	118,4
ASP Enna	30	35,3	22,4	96,8	85,6	109,0	26	28,0	13,9	97,4	85,3	110,8
ASP Messina	116	37,1	23,4	102,6	96,5	109,0	94	27,8	13,1	90,7	84,7	97,0
ASP Palermo	188	31,3	22,3	99,0	94,3	103,8	169	26,1	14,6	100,3	95,3	105,4
ASP Ragusa	49	31,7	21,9	95,8	87,0	105,2	40	25,3	14,2	94,9	85,3	105,2
ASP Siracusa	59	30,2	21,0	93,4	85,7	101,7	53	25,7	14,2	99,3	90,5	108,6
ASP Trapani	66	31,4	20,1	88,2	81,3	95,6	60	26,9	13,6	92,6	84,9	100,7
SICILIA	802	33,0	22,6				699	26,9	14,5			

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

I rapporti standardizzati di mortalità mostrano eccessi statisticamente significativi in entrambi i sessi nella provincia di Catania.

L'analisi eseguita su base distrettuale evidenzia eccessi significativamente più elevati rispetto all'atteso regionale in entrambi i sessi nel solo distretto sanitario di Catania metropolitana. Tra le sole donne si osservano eccessi nei distretti sanitari di Ribera, Palermo metropolitana e Lentini.

Distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2005-2013



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2005-2013.

Tutte queste condizioni sono suscettibili di efficaci interventi di prevenzione secondaria di cui sono in corso già da alcuni anni programmi organici in tutto il paese.

In Sicilia è in fase di attuazione uno specifico piano regionale di prevenzione approvato con D.A. n° 3220 del 30/12/2010.

I dati del sistema di sorveglianza Passi relativi al quadriennio 2010-2013, mostrano che il ricorso alla diagnosi precoce è inferiore a quanto rilevato nelle altre aree del Paese.

Ricorso alla Diagnosi Precoce. Confronto Sicilia - Italia 2010-2013

Ricorso alla diagnosi precoce		Stima ASP Sicilia	Stima ASL Italia
Screening neoplasia del collo dell'utero (donne 25-64 anni)	Eseguito un pap test negli ultimi 3 anni	65%	77%
Screening neoplasia della mammella (donne 50-69 anni)	Eseguita una mammografia negli ultimi 2 anni	54%	71%
Screening tumore del colon retto (50-69 anni)	Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni	9%	33%
	Colonscopia eseguita negli ultimi 5 anni	8%	13%

Fonte: Indagine PASSI Sicilia 2010-2013

Nelle ASP siciliane la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni varia dal valore minimo del 54% di Agrigento ed Enna (valore statisticamente inferiore alla media regionale, 65%) al valore massimo del 78% di Catania.

Nell'ASP di Agrigento la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva è pari al 32%, e rappresenta il valore più basso tra le nove ASP siciliane. Nell'ASP di Catania la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva è invece pari al 69%, valore statisticamente superiore alla media regionale (54%).

Infine, in Sicilia il 17% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colo rettili in accordo con le linee guida nazionali (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni). Nell'ASP di Agrigento la percentuale di persone che ha riferito di aver effettuato un esame preventivo è pari al 7%, e rappresenta il valore più basso tra le nove ASP siciliane. Nelle ASP di Ragusa la percentuale di intervistati che ha riferito di aver effettuato un esame preventivo è invece pari al 32%, valore statisticamente superiore alla media regionale.

Ricorso alla Diagnosi Precoce nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia. 2010-2013

Ricorso alla Diagnosi Precoce	ASP 1 AG	ASP 2 CL	ASP 3 CT	ASP 4 EN	ASP 5 ME	ASP 6 PA	ASP 7 RG	ASP 8 SR	ASP 9 TP	Sicilia
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)	54%	61%	78%	54%	59%	68%	61%	58%	63%	65%
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni)	32%	55%	69%	38%	49%	61%	53%	52%	40%	54%
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto (50-69 anni)										
screening ricerca di sangue occulto nelle feci	4%	13%	8%	4%	7%	7%	23%	10%	12%	9%
screening colonscopia	3%	18%	10%	6%	9%	6%	9%	10%	2%	8%

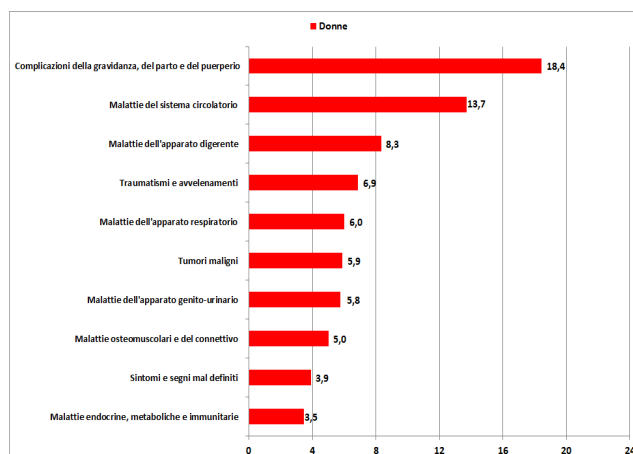
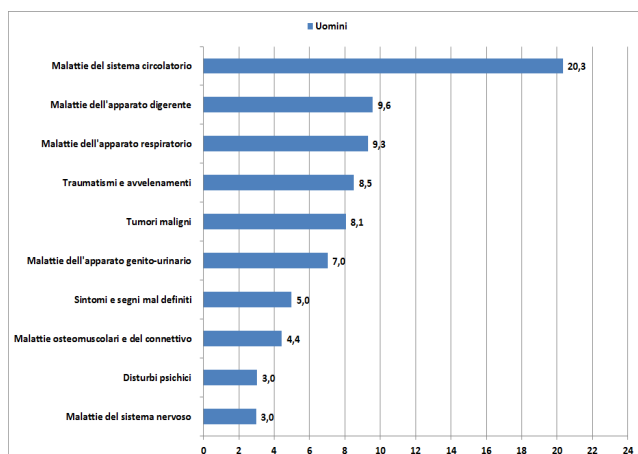
Fonte: Indagine PASSI Sicilia 2010-2013

Assistenza Ospedaliera

Anche la distribuzione proporzionale dei ricoveri ordinari e in day hospital per grandi categorie ICD IX⁶ CM riportata nei due grafici sottostanti, conferma che le malattie del sistema circolatorio si segnalano come la prima causa di ricovero nella nostra regione tra il genere maschile e come seconda tra il genere femminile. Durante il triennio 2011-2013 infatti, in Sicilia il numero medio annuale di ricoveri per malattie del sistema circolatorio è stato pari a 98.361 di cui il 20,3% tra gli uomini e il 13,7% tra le donne.

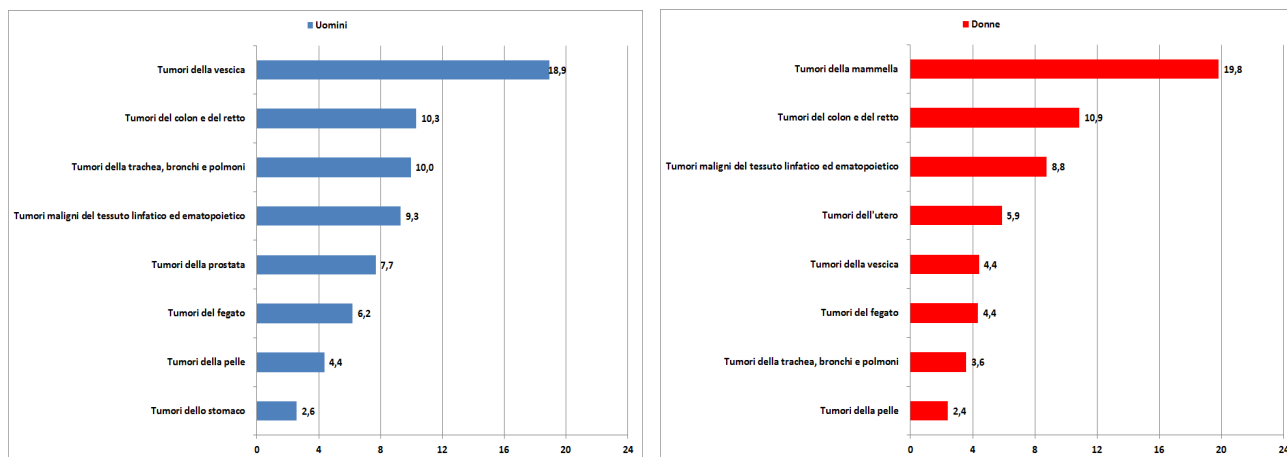
Oltre alle cause circolatorie, tra le prime cinque grandi categorie diagnostiche emergono tra le donne i ricoveri per le complicanze della gravidanza e del parto (18,4%), per malattie dell'apparato digerente (8,3%), per traumatismi e avvelenamenti (6,9%). Tra gli uomini si segnalano i ricoveri per malattie dell'apparato digerente (9,6%) e quelli per traumatismi e avvelenamenti (8,5%).

Ospedalizzazione proporzionale per grandi categorie ICD-9 CM in Sicilia (tutte le età)



Come rappresentato nei due grafici seguenti, le cause principali di ospedalizzazione per cause tumorali sono rappresentate nell'uomo dai tumori della vescica (18,9%), seguiti da quelle del colon e del retto (10,3%) e dalle neoplasie dell'apparato respiratorio (10%); mentre tra le donne siciliane la prima causa di ospedalizzazione sono i tumori della mammella (19,8%), seguiti dalle neoplasie del colon e del retto (10,9%) e del tessuto linfatico ed ematopoietico (8,8%)

Ospedalizzazione proporzionale per tumori in Sicilia (tutte le età)



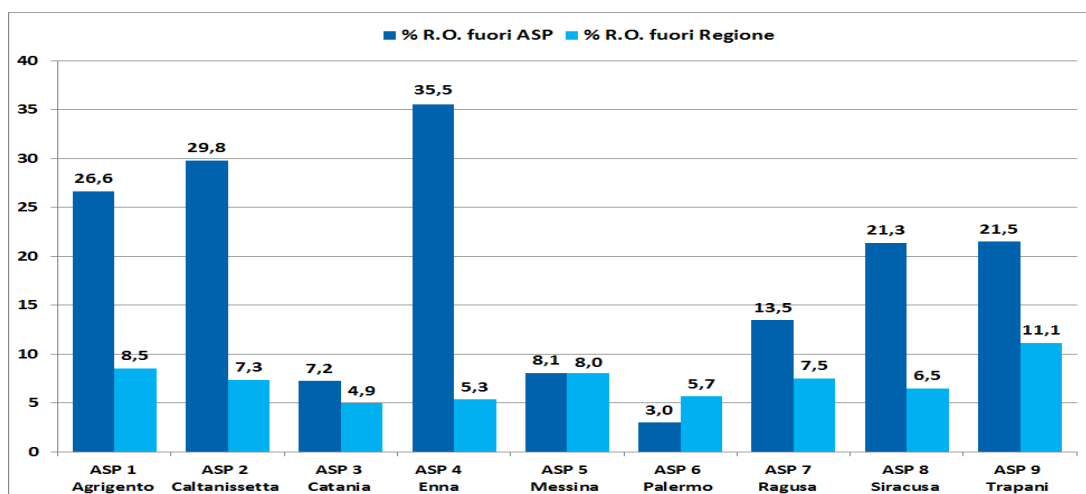
Dimissioni R.O. e D.H. solo diagnosi principale - elaborazione DASOE su base dati SDO 2011-2013

Mobilità infra ed extraregionale per ASP di residenza

Un dato di fondamentale importanza nell'analisi dello stato di salute e del fabbisogno della popolazione siciliana è quello riguardante lo spostamento dei cittadini per le cure sanitarie sia all'interno della Regione che in ambito extraregionale, così come riportato nei grafici successivi.

Tra gli uomini rilevante è la quota di mobilità passiva fuori dalla provincia di residenza, con valori significativamente superiori alla media regionale (13,3%) osservati nelle province di Enna (35,5%), Caltanissetta (29,8%) e Agrigento (26,6%). La quota di mobilità passiva extraregionale è elevata nelle province di Trapani (11,1%), Agrigento (8,5%) e Messina (8%), valori sopra il riferimento regionale (6,8%).

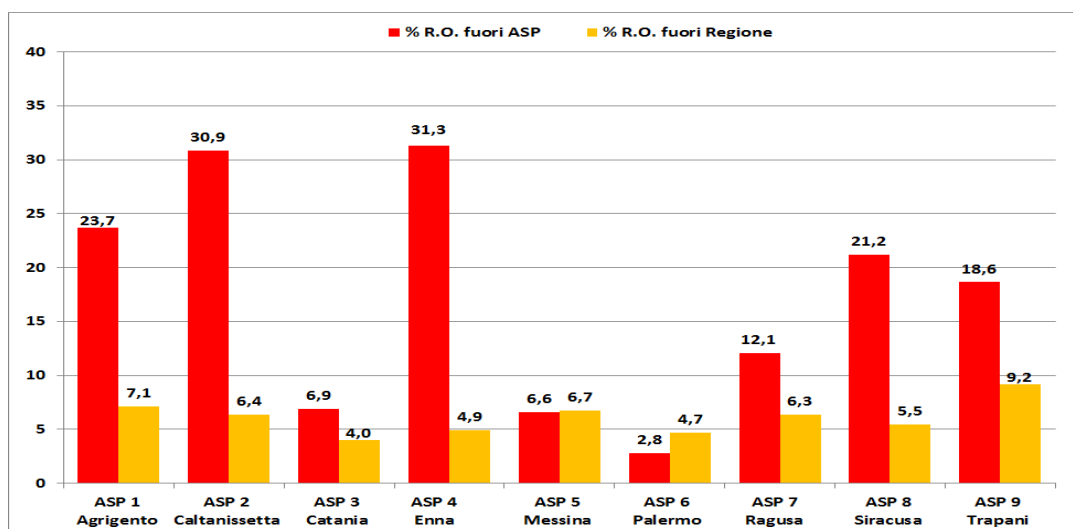
Distribuzione della mobilità infra ed extraregionale per ASP di residenza (2011-2013). Uomini



Tra le donne rilevante è la quota di mobilità passiva fuori dalla provincia di residenza osservata nelle province di Enna (31,3%), di Caltanissetta (30,9%) e di Agrigento (23,7%), valori significativamente

superiori al riferimento regionale (12,1%). La quota di mobilità passiva extraregionale è elevata nelle province di Trapani (9,2%), Agrigento (7,1 %) e Messina (6,7%), valori sopra la media regionale (5,7%).

Distribuzione della mobilità infra ed extraregionale per ASP di residenza (2011-2013). Donne



Elaborazione DASOE su base dati SDO 2011-2013

Mobilità infra ed extraregionale per reparto di dimissione

Le discipline per cui è maggiore il numero di ricoveri nel triennio 2011-2013 sono chirurgia generale (313.019 ricoveri in media l'anno), ostetricia e ginecologia (291.297) e medicina generale (264.957).

La percentuale più alta di ricoveri avvenuti fuori regione si riscontra nel reparto di Recupero e riabilitazione funzionale (17%), seguito da Ortopedia e traumatologia (12%) e da Urologia e Oculistica (10%). Per quanto riguarda invece i ricoveri avvenuti fuori ASP, la percentuale più elevata si registra nei reparti di Oncologia e Oculistica (23%), Neurologia (21%), e di Day Surgery (19%).

Mobilità infra ed extraregionale per reparto di dimissione dei residenti siciliani

Codice Dimissione	Disciplina	Totale Ricoveri	% Ricoveri fuori regione	% Ricoveri fuori ASP
56	Recupero e riabilitazione funzionale	54.931	17%	16%
36	Ortopedia e traumatologia	200.984	12%	15%
43	Urologia	98.634	10%	16%
34	Oculistica	53.912	10%	23%
38	Otorinolaringoiatria	72.136	9%	17%
64	Oncologia	81.921	8%	23%
32	Neurologia	64.482	6%	21%
9	Chirurgia generale	313.019	5%	17%
39	Pediatria	146.759	4%	15%
8	Cardiologia	164.955	4%	13%
26	Medicina generale	264.957	3%	7%
37	Ostetricia e ginecologia	291.297	3%	13%
98	Day Surgery	69.506	3%	19%
24	Malattie infettive e tropicali	47.642	2%	14%
31	Nido	118.039	1%	10%
	Tutte le discipline	2.646.781	16%	6%

Elaborazione DASOE su base dati SDO 2011-2013

Mobilità infra ed extraregionale per DRG

I DRG che nel triennio 2011-2013 hanno fatto registrare il maggior numero di ricoveri sono neonato normale (115.756), parto vaginale senza diagnosi complicanti (70.686) ed infine parto cesareo senza CC (61.487).

Per quanto riguarda la percentuale dei ricoveri per DRG avvenuti fuori regione, la quota più elevata è stata osservata per i ricoveri per chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta (17%), seguita dai ricoveri per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (13%).

Per quanto riguarda invece la percentuale dei ricoveri avvenuti fuori dal territorio provinciale nel triennio 2011-2013, risulta più elevata quella per chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia (25%), seguita da quella relativa alle malattie degenerative del sistema nervoso (21%).

Mobilità infra ed extraregionale per DRG dei residenti siciliani

Codice DRG	Descrizione	Totale Ricoveri	% Ricoveri fuori regione	% Ricoveri fuori ASP
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	32.260	17%	25%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	31.777	13%	17%
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	25.615	7%	21%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	28.656	7%	18%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	44.283	5%	19%
430	Psicosi	40.740	4%	13%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	42.078	3%	16%
316	Insufficienza renale	35.774	3%	12%
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	32.632	2%	8%
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	24.102	2%	13%
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	26.798	2%	8%
127	Insufficienza cardiaca e shock	56.642	2%	6%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	70.686	2%	11%
371	Parto cesareo senza CC	61.487	1%	11%
391	Neonato normale	115.756	1%	10%
	Tutte le discipline	2.646.779	6%	16%

Elaborazione DASOE su base dati SDO 2011-2013

Qualità dell'assistenza ospedaliera

Anche in Sicilia è possibile sperimentare un programma sistematico di valutazione comparativa dell'efficacia delle prestazioni ospedaliere, sulla base anche dell'esperienza già maturata nell'ambito del gruppo di coordinamento nazionale del Progetto "Mattoni SSN" o Misura dell'outcome che ha prodotto stime sperimentali per 43 indicatori di esito, e del Progetto "Progressio", tuttora in corso, che ne costituisce l'evoluzione naturale.

Il progetto ha tra i suoi obiettivi quello di promuovere la costruzione di un quadro di riferimento per la valutazione comparativa della performance (decisioni e attività) dei sistemi sanitari attraverso una ampia analisi comparativa degli interventi tra strutture ed aree territoriali di residenza ai fini del conseguimento del miglioramento dell'efficacia nell'erogazione delle prestazioni e della maggiore equità nella tutela della salute.

I primi indicatori selezionati appartengono alla sfera dell'appropriatezza dell'assistenza perinatale (parti cesarei), cardiologica (tempestività PTCA), ortopedia.

Per quanto riguarda i parti cesarei nel 2013 il tasso grezzo più alto rispetto al riferimento regionale (28,99) è stato osservato nell'ASP di Trapani (35,37), mentre quello più basso nell'ASP di Enna (21,52).

La tempestività PTCA nel 2013 ha registrato nell'isola un tasso grezzo pari a 47,92 con valori compresi tra il 39,13 dell'ASP di Messina e il 54,4 dell'ASP di Siracusa.

Infine per quanto riguarda l'ortopedia, il tasso grezzo più alto rispetto al riferimento regionale (51,96) è stato osservato nell'ASP di Caltanissetta (65,12) mentre quello più basso nell'ASP di Enna (36,33).

Indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera per Azienda Sanitaria Provinciale. Anno 2013

<i>Azienda Sanitaria Provinciale</i>	<i>Proporzione di parti cesarei</i>	<i>PTCA entro 48h</i>	<i>Fratture femore operate in 2 giorni</i>
AGRIGENTO	23.24	52.77	44.85
CALTANISSETTA	23.47	54.31	65.12
CATANIA	30.76	49.15	58.04
ENNA	21.52	40.22	36.33
MESSINA	34.35	39.13	46.08
PALERMO	29.16	51.73	50.19
RAGUSA	22.05	34.80	64.48
SIRACUSA	27.99	54.40	55.32
TRAPANI	35.37	44.37	50.16
SICILIA	28.99	47.92	51.96

Efficacia assistenziale (Ricoveri evitabili)

L'ospedalizzazione potenzialmente evitabile si riferisce ai ricoveri per condizioni suscettibili di appropriatezza e tempestiva assistenza primaria che potrebbero essere evitati attraverso la preventiva e appropriata presa in carico del paziente in sede ambulatoriale. In particolare la letteratura identifica le condizioni suscettibili di un ricovero potenzialmente evitabile come Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), ossia condizioni per le quali una appropriata e tempestiva assistenza primaria può ridurre il rischio di

ospedalizzazione mediante la prevenzione della condizione morbosa, controllo degli episodi acuti e la gestione della malattia cronica (Prevention Quality Indicators). Sono stati selezionati empiricamente un set minimo di indicatori tra quelli disponibili a livello internazionale afferenti all'area oggetto di valutazione sulla base di criteri legati al livello di bassa complessità di elaborazione e derivazione da dati correnti su base dati SDO. La frequenza di ricoveri per ACSC è quindi proposta come indicatore di accesso e qualità dell'assistenza primaria. È stato evidenziato come fattori socioeconomici di area siano associati all'ospedalizzazione per ACSC (Papini, 2006). Per quanto riguarda l'ospedalizzazione per diabete, nel 2013 il tasso grezzo più alto rispetto al riferimento regionale (0,13) è stato osservato nell'ASP di Enna (0,21) mentre quello più basso nell'ASP di Messina (0,09). Per l'ospedalizzazione per BPCO il riferimento regionale è pari a 1,87 e il range varia dall'1,57 dell'ASP di Ragusa al 2,55 dell'ASP di Messina.

Infine per quanto riguarda l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco, il tasso grezzo più alto rispetto al riferimento regionale (4,18) è stato osservato nell'ASP di Enna (5,12) mentre quello più basso nell'ASP di Caltanissetta (3,44).

Indicatori di efficacia dell'assistenza ospedaliera per Azienda Sanitaria Provinciale. Anno 2013

<i>Azienda Sanitaria Provinciale</i>	<i>Ospedalizzazione per Diabete</i>	<i>Ospedalizzazione per Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)</i>	<i>Ospedalizzazione per Scompenso cardiaco</i>
AGRIGENTO	0.12	1.76	4.40
CALTANISSETTA	0.18	2.06	3.44
CATANIA	0.11	1.68	4.15
ENNA	0.21	2.22	5.12
MESSINA	0.09	2.55	4.63
PALERMO	0.13	1.66	4.01
RAGUSA	0.17	1.57	4.78
SIRACUSA	0.10	2.04	4.23
TRAPANI	0.18	1.85	3.48
SICILIA	0.13	1.87	4.18

**Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)*

Salute materno infantile e assistenza al parto

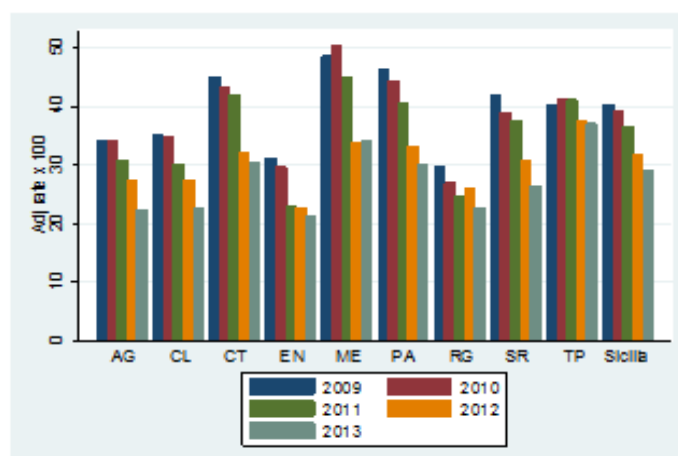
Il percorso della gravidanza, del parto e i periodi successivi alla nascita di un bambino rappresentano fasi molto delicate che richiedono cure e attenzioni di fondamentale importanza per la tutela della salute materno-infantile. Nel tempo i principali indicatori di salute materna e neonatale (età materna, tipo di parto, peso alla nascita, età gestazionale, natimortalità) si sono notevolmente modificati in relazioni a mutate condizioni sociali e assistenza sanitaria.

I parti nel 2013 (fonte SDO) sono 43.948. L'età media al momento del parto nel periodo 2009-2013 è di 31 anni. Nel tempo si sono ridotti i parti in donne <20 anni (3,3%) e sono aumentati quelli in donne ≥35 anni (29%). Dal confronto temporale delle nascite pretermine si rileva una leggera riduzione delle percentuali relative ai nati con periodo di gestazione compreso tra 33-36 settimane (4,4% nel 2009; 4,2% nel 2010; 4,3% nel 2011; 4,8% nel 2012 e 4% nel 2013), mentre la percentuale risulta piuttosto invariata per i nati con età gestazionale inferiore a 32 settimane.

La quota dei piccoli per età gestazionale (small for gestational age, SGA), ovvero dei bambini nati dopo 37 settimane di gestazione e con un peso <2.500 grammi, risulta di poco aumentata dal 2009 (2,8%) all'ultimo anno in osservazione (2013: 2,9%).

Il ricorso al parto cesareo in Sicilia si è progressivamente ridotto nel tempo: nel periodo 2009-2013, il tasso complessivo è passato dal 52,1% al 43,5%. La proporzione di parti cesarei primari è passata dal 40% nel 2009 al 28,9 nel 2013 sulla base di un programma organico di intervento finalizzato a migliorare l'appropriatezza delle cure.

Proporzione di parti con taglio cesareo primario.
Tassi aggiustati per ASP e tasso grezzo complessivo regionale. Anni 2009-2013



L'88,3% dei parti nel 2013 si concentra in strutture con almeno 500 parti annui. La media dei parti per punto nascita (complessivamente 60 strutture nel territorio siciliano in cui è stato effettuato almeno un parto) nel 2013 ha raggiunto il valore di 771 (era 581 nel 2005).

Parti per punto nascita	2005		2013	
	N° parti	% parti	N° parti	% parti
<200	1046	2,2	363	0,8
200-499	13163	28,2	5128	11,7
500-999	14197	30,4	17128	39,0
>=1000	18247	39,1	21329	48,5
Totale	46653	100	43948	100

Adesione agli interventi di prevenzione

Il carico delle malattie croniche in Sicilia è da anni uno dei più rilevanti problemi di salute.

Gli indicatori disponibili (mortalità, SDO, spesa farmaceutica) connotano la gravità dei danni sociali ed economici di queste patologie.

Esistono fattori di rischio definiti "modificabili" tra cui rientrano le abitudini comportamentali collegabili allo stile di vita (fumo di sigaretta, scarsa attività fisica e alimentazione scorretta) i cui livelli di prevalenza nella popolazione regionale sono più elevati che nel resto del Paese, come rilevato nell'ambito dell'indagine multiscope ISTAT e della indagine PASSI 2010-2013.

Riguardo ai principali fattori di rischio modificabili in Sicilia i dati della Sorveglianza PASSI, rilevano i livelli di prevalenza riferiti alle seguenti condizioni:

Ipertensione

La frequenza di soggetti con diagnosi di ipertensione nelle 9 ASP siciliane è stimata nel 20% del campione PASSI.

Pur senza differenze tra i sessi, tale percentuale cresce in maniera evidente nel gruppo di età 50-69 anni e tra le persone con eccesso ponderale.

Tra le ASP siciliane non emergono differenze statisticamente significative tra le percentuali di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione (il range va dal 16% di Trapani al 23% di Siracusa).

Colesterolemia

In Sicilia il 22% degli intervistati ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa nelle classi d'età più avanzate, nelle persone con basso livello di istruzione e nelle persone con eccesso ponderale.

Tra le ASP regionali Trapani si differenzia per una percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolo nel sangue inferiore in maniera statisticamente significativa (range dal 14% di Trapani al 26% di Catania e di Messina).

Sedentarietà

Nel periodo 2010-2013, in Sicilia il 28% delle persone intervistate dichiara di avere uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 27% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 44% è completamente sedentario.

La sedentarietà è più diffusa nei 50-69enni, nelle persone con basso livello d'istruzione, in quelle con maggiori difficoltà economiche e negli stranieri. Non sono emerse differenze significative tra uomini e donne.

Tra le ASP regionali la percentuale di sedentari varia dal 27% di Messina (valore significativamente più basso della media regionale) al 56% di Enna (valore significativamente più alto della media regionale).

Fumo

Nel periodo 2010-2013 in Sicilia, tra gli adulti di 18-69 anni, più della metà degli intervistati è non fumatore (58%), il 14% è classificabile come ex fumatore e l'1% è fumatore in astensione, cioè ha smesso di fumare da meno di sei mesi e in base alla definizione OMS non è ancora considerato ex fumatore. Il 28% degli intervistati è fumatore, in particolare il 26% sono quelli che fumano tutti i giorni.

L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (33% versus 23%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (67% versus 48%). L'abitudine al fumo è risultata più elevata nei 25-34enni (34%), nelle persone con titolo di scuola media inferiore (33%) e in quelle con molte difficoltà economiche (34%).

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno. Tra questi, il 29% ne fuma più di 20 (forte fumatore).

Tra le ASP regionali Agrigento mostra una prevalenza di fumatori inferiore, statisticamente significativa, rispetto alla media regionale (range dal 21% di Agrigento al 34% di Caltanissetta).

Soprappeso e obesità

La frequenza delle condizioni di soprappeso ed obesità è andata aumentando negli ultimi decenni, al punto che, secondo l'OMS, l'obesità è diventata un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche in tutti i Paesi occidentali, e la sua prevenzione costituisce un obiettivo prioritario. L'obesità rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute, può favorire l'insorgenza di importanti e frequenti malattie fra cui le cardiovascolari e il diabete, ed è responsabile del 2-8% dei costi globali per la sanità. Secondo i dati

dell'indagine multiscopo ISTAT 2012 la prevalenza di soggetti in sovrappeso è pari al 38% (superiore al dato nazionale di 35,6%) e quella di obesi è pari al 11% (vs 10,4% dato nazionale).

Nel campione regionale indagato nello studio PASSI la prevalenza di persone in eccesso ponderale (sovrappeso ed obeso) è pari al 46%, valore superiore a quello del resto del Paese (42%).

Nelle ASP della Regione non sono emerse differenze statisticamente significative relative all'eccesso ponderale (range dal 38% di Trapani al 53% di Enna).

Alcool

In Sicilia, in il consumo di alcool ed il relativo impatto sulla salute nella appare in assoluto tra i più bassi del Paese. Diverse fonti confermano una minore tendenza al consumo di bevande alcoliche (vino e birra) nella popolazione generale rispetto al dato medio nazionale ed in tal senso depongono i risultati della Sorveglianza PASSI 2010-2013 consentendo di delineare un minore interessamento della regione circa l'abuso di alcool in generale (9% vs 17% dato nazionale). Il consumo di alcolici si denota nella regione come un fatto più occasionale che abituale.

Preoccupa invece la maggiore diffusione in Italia del consumo di alcolici tra i ragazzi di 11-15 anni, con il 19,5% che dichiara di aver consumato bevande alcoliche nell'anno. Anche in Sicilia tale fenomeno appare in incremento.

Tra i risultati più significativi provenienti dallo Studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) emerge come, già a partire dal biennio 2001-2002 si evidenzia una tendenza all'aumento della popolazione che si espone a comportamenti a rischio, specie nei maschi sia per i consumi occasionali che per gli eccessi episodici.

Uso dei dispositivi di sicurezza

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo i dati ISTAT più recenti, nel 2011 sono stati registrati in Italia 205.638 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti è stato pari a 3.860, quello dei feriti ammonta a 292.019. Rispetto al 2010, si riscontra una leggera diminuzione del numero degli incidenti (-2,7%) e dei feriti (-3,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-5,6%).

Gli incidenti stradali rappresentano quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurre consistentemente numero e gravità.

Nel periodo 2010-2013, in Sicilia la maggior parte degli intervistati ha avuto un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (76%) e il casco (89%).

L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 9% degli intervistati, infatti, la usa sempre.

Nel periodo 2010-2013, in tutte le ASP della regione Sicilia, l'utilizzo del casco tra i motociclisti è molto diffuso, la percentuale di utilizzo è risultata significativamente più alta della media regionale nelle ASP di Messina (97%) e di Palermo (96%).

Anche l'utilizzo della cintura anteriore è diffuso in tutte le ASP; la percentuale di utilizzo è risultata significativamente più alta della media regionale nelle ASP di Siracusa (88%), di Caltanissetta e di Messina (81%) mentre in quella di Enna è significativamente più bassa (61%).

Si riportano di seguito alcuni dati riepilogativi rilevati dal Sistema di Sorveglianza PASSI:

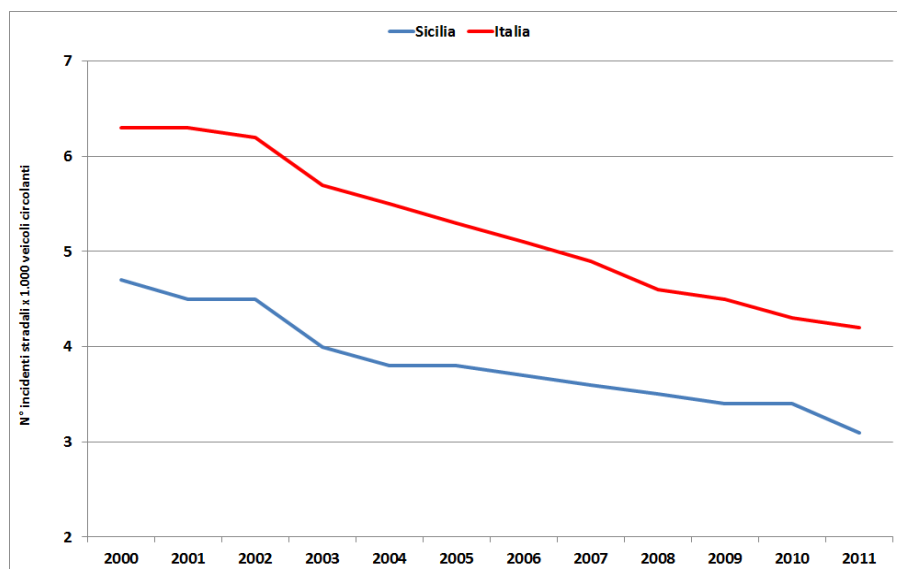
Stili di vita e abitudini comportamentali	Indicatori	ASP 1 AG	ASP 2 CL	ASP 3 CT	ASP 4 EN	ASP 5 ME	ASP 6 PA	ASP 7 RG	ASP 8 SR	ASP 9 TP	Sicilia
Attività fisica	% sedentari	45%	31%	55%	56%	27%	46%	47%	53%	33%	44%
Abitudine al fumo	% fumatori	21%	34%	29%	33%	28%	28%	29%	27%	25%	28%
Abitudini alimentari	% di persone che consumano frutta e verdura almeno 5 volte al giorno	12%	2%	9%	11%	12%	7%	4%	2%	4%	8%
Situazione nutrizionale	% popolazione in eccesso ponderale	51%	46%	45%	53%	48%	46%	46%	51%	38%	46%
Consumo di alcool	% di consumatori a maggior rischio	5%	4%	7%	9%	9%	11%	13%	7%	15%	9%
Sicurezza stradale	% di persone che utilizzano il casco sempre	93%	86%	84%	88%	97%	96%	91%	93%	69%	89%
	% di persone che utilizzano la cintura anteriore sempre	78%	81%	70%	61%	81%	79%	73%	88%	69%	76%
Iperensione arteriosa	% di persone ipertese	19%	20%	21%	22%	22%	19%	22%	23%	16%	20%
Colesterolemia	% di persone ipercolesterolemiche	22%	20%	26%	23%	26%	21%	17%	21%	14%	22%

Fonte: Rapporto Regionale PASSI 2010-2013
Gli incidenti stradali e sul lavoro

In Italia, nel periodo 2000-2011, gli incidenti stradali sono diminuiti del 21,8%, i morti del 45,6% e i feriti del 21,8%. L'andamento decrescente della frequenza degli incidenti è confermato anche rispetto al numero di autoveicoli circolanti: il numero di incidenti ogni mille autoveicoli circolanti nel territorio italiano passa da 6,3 nel corso dell'anno 2000 a 4,2 nel 2011. Anche per la gravità degli incidenti si registra una riduzione: i morti ogni cento incidenti passano da 2,7 nel 2010 a 1,9 nel 2011.

Nel 2011 gli incidenti stradali rilevati in Sicilia sono stati complessivamente 13.283, con una media di 3,1 incidenti ogni 1.000 autovetture circolanti. Il fenomeno, in calo rispetto all'anno precedente (-6,8%), continua un trend che dal 2003 volge in modo deciso verso valori più contenuti dell'incidentalità in tutto il Paese e nella nostra regione in particolare.

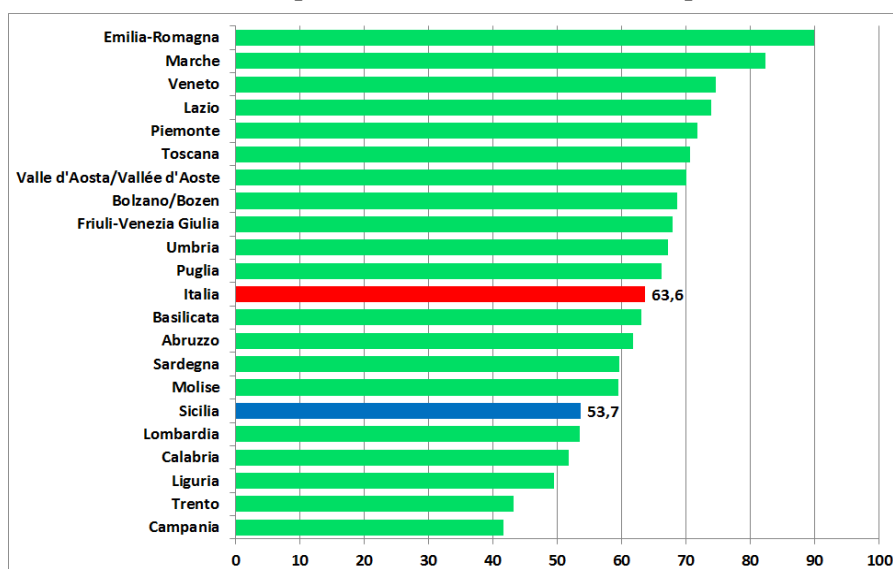
Numero di incidenti stradali Sicilia-Italia. Anni 2000-2011 (per 1.000 veicoli circolanti).



Fonte: Elaborazione DASOE su base dati Istat-ACI 2000-2011

I dati Istat segnalano inoltre che nel corso del 2011 il numero dei decessi per incidenti stradali in Sicilia è stato pari a 53,7 ogni milione di abitanti, contro i 63,6 osservati in Italia.

Numero di decessi per incidenti stradali. Anno 2011 (per 1.000.000 abitanti).

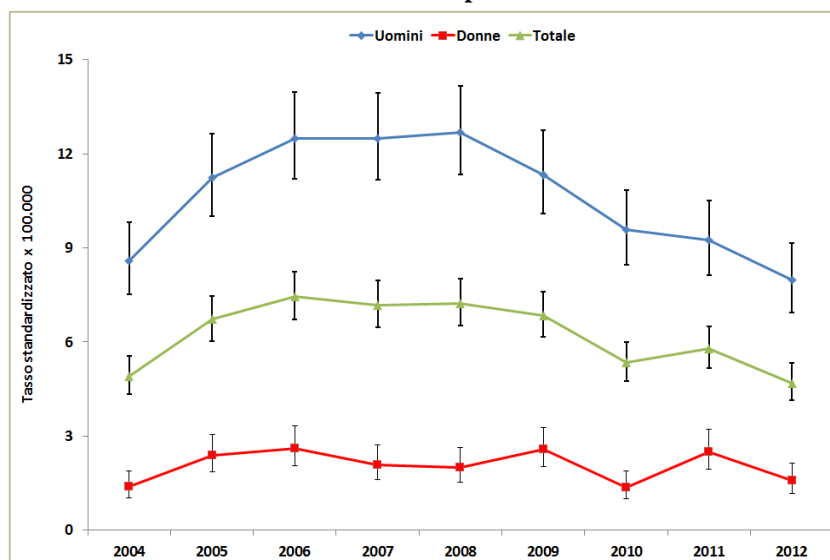


Fonte: Istat, Rilevazione degli incidenti stradali con lesione a persone

Passando ad esaminare nel dettaglio la mortalità per incidenti stradali nella nostra regione, i dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte ci segnalano che in Sicilia nel periodo 2004-2012 il numero medio annuale di decessi a causa di incidenti stradali da veicoli a motore e da trasporto (ICD IX E800-E848) è pari a 339, di cui l'81,7% tra gli uomini, e il 18,3% tra le donne.

L'andamento del tasso standardizzato diretto di mortalità nel periodo considerato, mostra un trend in costante decremento a partire dal 2009 soprattutto nel genere maschile (nel 2012 si attesta al -29,7% rispetto al 2009). Tra le donne, invece il trend di mortalità mostra un andamento piuttosto discontinuo senza tuttavia incrementi di rilievo.

Andamento del tasso standardizzato di mortalità per incidenti stradali da veicoli a motore e da trasporto. Sicilia anni 2004-2012.



Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2004-2012

Restando nell'ambito delle cause non naturali di disabilità o morte, si possono esaminare anche gli andamenti temporali degli infortuni sul lavoro.

Attraverso i flussi informativi Inail- Ispesl- Regioni, è disponibile la serie storica riguardante sia gli infortuni totali che gli infortuni gravi avvenuti in Sicilia nel periodo 2000-2011.

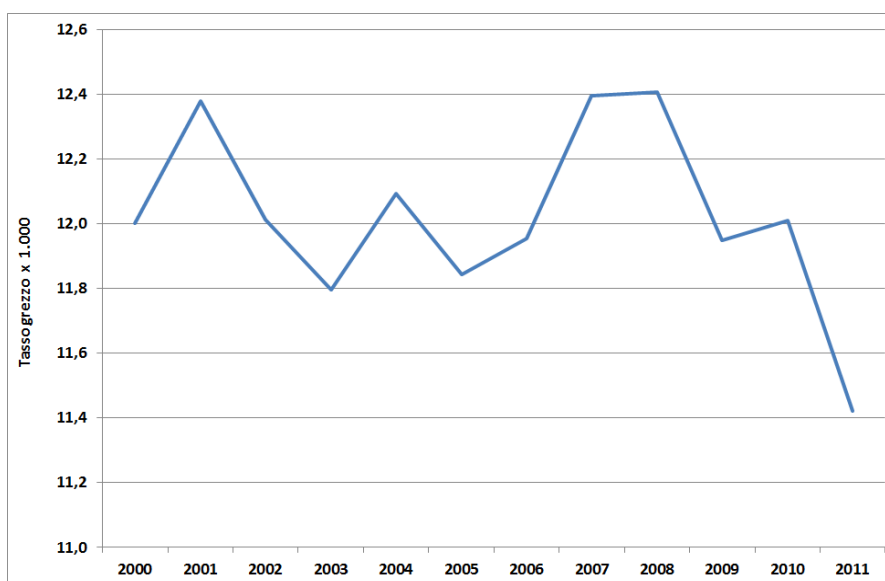
Infortuni totali e infortuni gravi in tutti i settori di attività. Numero totale e Tassi grezzi x 1.000. Sicilia 2000-2011.

Anno	Infortuni Totali		Infortuni gravi	
	Eventi	Tasso grezzo	Eventi	Tasso grezzo
2000	39310	12,00	6206	1,89
2001	40542	12,38	6541	2,00
2002	39344	12,01	6482	1,98
2003	38912	11,80	7138	2,16
2004	39950	12,09	7340	2,22
2005	39124	11,84	7386	2,24
2006	39540	11,96	7629	2,31
2007	41217	12,40	7927	2,38
2008	41403	12,41	8157	2,44
2009	39938	11,95	7953	2,38
2010	40217	12,01	7772	2,32
2011	37793	11,42	7357	2,22

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati Flussi informativi INAIL-Regioni

Il tasso grezzo nel 2000 era di 12 infortuni per 1000 assicurati; nel 2011 è sceso a 11,42. I dati siciliani segnalano inoltre una netta inversione di tendenza: dal 2008 al 2011 il tasso grezzo di infortuni in tutti i settori di attività registra un calo dello 8,1%.

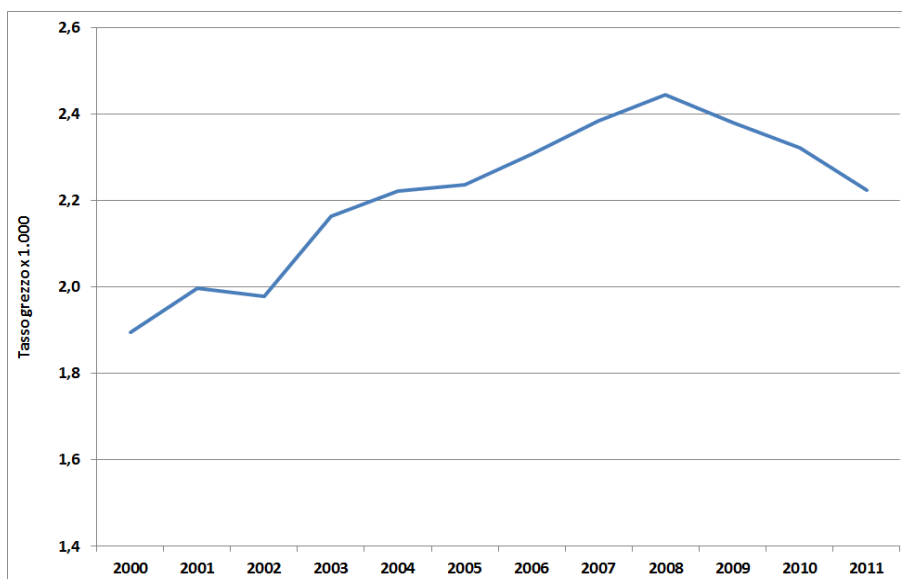
**Andamento del tasso grezzo di infortuni totali sul lavoro
Sicilia anni 2000-2011.**



Fonte: Elaborazione DASOE su base dati Flussi informativi INAIL-Regioni

Anche il tasso di infortuni gravi in Sicilia dopo circa un decennio di progressivo aumento (nel 2007 si attesta a 2,38 infortuni gravi per 1.000 assicurati) mostra un marcato decremento dal 2008 al 2011: il tasso grezzo registra infatti un calo dell'8,3%.

Andamento del tasso grezzo di infortuni gravi sul lavoro Sicilia anni 2000-2011.



Fonte: Elaborazione DASOE su base dati Flussi informativi INAIL-Regioni

Conclusioni

Il carico delle malattie croniche in Sicilia è particolarmente rilevante. La mortalità per malattie circolatorie è più alta che nel resto del paese. Anche l'andamento dei ricoveri ospedalieri ed il consumo di farmaci sul territorio riflettono la dimensione del ricorso alle cure per tale categoria diagnostica.

Tra le principali cause di morte vi sono inoltre il diabete (specie nel sesso femminile), i traumatismi ed incidenti stradali (nelle fasce di età più giovani) e le malattie respiratorie. Anche le malattie croniche di fegato assumono una certa rilevanza, specie tra le donne. La patologia tumorale pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese si avvicina ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcune specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore dell'utero e della mammella).

Persistono ancora oggi forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardiovascolari, per quanto riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia e fumo e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi anni.

Ulteriori indicazioni derivano da una valutazione qualitativa dei bisogni di salute per il miglioramento per l'accesso alle prestazioni e l'assistenza alternativa al ricovero ordinario.

Ancora carente è il ricorso alla diagnosi precoce oncologica, conseguente al ritardo dell'avvio di programmi organici sul territorio.

Particolare importanza possono assumere le differenze evidenziate riguardo al sesso, età e istruzione nella promozione di stili di vita adeguati e nell'accesso ai programmi di sanità pubblica per cui tutti gli interventi di sanità pubblica e di promozione della salute vanno prioritariamente indirizzati nelle fasce di popolazione a rischio.

1.2 Vision, principi, priorità, criteri, struttura, valutazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018

Dall'analisi critica che emerge dal percorso e dall'esperienza del precedente Piano, sono stati definiti gli elementi portanti del nuovo PRP. Questo si connota per l'adozione di percorsi metodologicamente condivisi anche a livello centrale, al fine di favorire la qualità della programmazione, la comparabilità dei prodotti e dei risultati e la crescita di cultura ed *expertise* di tutti i livelli di responsabilità coinvolti nell'attuazione del Piano.

Nel recepire vision, priorità, criteri e struttura e logiche di valutazione del PNP 2014/2018, il Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, sulla base dell'analisi di contesto e del profilo di salute territoriale, ha individuato i programmi di prevenzione, ha definito le popolazioni target e la gestione delle azioni funzionali al raggiungimento di tali obiettivi inquadrandoli nel nuovo PRP 2014/2018. Il risultato che si auspica è una migliore coerenza nella relazione tra determinanti/strategie/obiettivi/interventi/risultati e anche una maggiore integrazione e trasversalità degli interventi programmati rispetto ai vari gruppi di popolazione, al fine di favorire l'efficacia degli interventi stessi.

Particolare attenzione è stata offerta agli indirizzi del documento di valutazione centrale, intercettando la duplice funzione di misurazione dell'impatto che il Piano produce sia nei processi, sia negli esiti di salute, sia nel sistema, a livello centrale, regionale e locale e di verifica dell'adempimento LEA (certificazione). A tal fine il PRP 2014/2018 si ancora agli elementi di misura legati agli obiettivi che si intendono perseguire, basandosi non solo sulla messa a punto di metodi e/o procedure di monitoraggio e valutazione anche intermedia (attraverso indicatori *sentinella* quantitativi e qualitativi sia in sede di Dipartimentale ASOE che di aziende sanitarie) comuni e rigorosi. Strumentale alla valutazione è inoltre l'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, che il Piano promuove e valorizza per il necessario espletamento delle funzioni (conoscenza, azione, *governance*, *empowerment*) che da tale uso derivano.

Vision nel campo della promozione della salute umana e della prevenzione

Il Piano Regionale della Prevenzione recepisce i principi e la **vision** del Piano Nazionale della Prevenzione:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare in particolare alla luce delle dinamiche demografiche che la caratterizzano;
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze;
- esprimere la visione culturale nei valori, obiettivi e metodi della sanità pubblica (maturata anche attraverso le esperienze dei precedenti PRP) di una prevenzione, promozione e tutela della salute che pone le popolazioni e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile;
- basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le disuguaglianze;
- accettare e gestire la sfida del bilancio costo-efficacia degli interventi, dell'innovazione, della governance;
- perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

Principi del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018

- Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 intende essere il "Piano" per la promozione della salute attuata attraverso azioni di prevenzione che si sviluppino in un quadro strategico di un quinquennio, prevedendo la possibilità di ri-programmazione operativa frazionata (es. in due periodi temporali) a seguito di periodica valutazione dello stato di realizzazione degli interventi.
- Fissa obiettivi comuni prioritari supportati da strategie e azioni *evidence based*, in grado nel medio-lungo termine di produrre un impatto sia di salute sia di sistema e quindi di essere realizzati attraverso interventi sostenibili e "ordinari"; tale impostazione è favorita (per es. nella individuazione delle azioni) dal coinvolgimento della rete dell'*Evidence Based Prevention*, implementata sulla base di quanto previsto dalle Azioni centrali prioritarie di cui al DM 4 agosto 2011.
- Definisce un numero limitato di (macro) obiettivi di salute misurabili e intende valutare i risultati raggiunti attraverso indicatori di *outcome* oppure di *early-outcome* o di *output* dei processi sanitari per i quali sia dimostrabile una relazione tra *output* e *outcome*.
- Recepisce gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale e incorpora gli obiettivi già decisi all'interno di Piani nazionali di settore per quanto attiene alla promozione, prevenzione e tutela della salute, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo. Nel fare ciò da un lato intende promuovere l'armonizzazione degli obiettivi formalizzati in tali atti garantendo un approccio complessivo di sanità pubblica; dall'altro, tiene conto dei contesti regionali e locali ai fini della declinazione e attuazione dei macro obiettivi.
- Privilegia la trasversalità degli interventi: essa deve essere fortemente perseguita anche in termini di integrazione (formale e operativa), ai fini del raggiungimento degli obiettivi del PNP, tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative; pertanto, nel definire le strategie e le azioni tiene in considerazione sia la funzione del SSN di diretta erogazione degli interventi, sia il ruolo di steward del SSN nei confronti degli altri attori e stakeholder.
- Riconosce l'importanza fondamentale della genesi e fruizione della conoscenza e pertanto riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Priorità di intervento e Criteri per la definizione dei Macro obiettivi.

I Macro obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 sono stati individuati in armonia con il PNP 2014/2018 in base alle priorità di seguito elencate:

✓ **Ridurre il carico di malattia.**

Con riferimento anche alle scelte in tale senso fatte a livello dell'OMS, si tratta di sollevare la regione Sicilia da un carico prevenibile di eventi morbosi e mortali, rafforzando il contributo da parte del servizio sanitario al sistema di welfare e rendendo questo più sostenibile, anche in relazione agli andamenti demografici delineati. Ciò è particolarmente proprio dell'obiettivo sulla riduzione della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili. Sono valorizzabili in tal senso anche gli obiettivi sulla riduzione degli incidenti e delle malattie professionali nonché la Promozione dell'invecchiamento attivo (compresa la prevenzione delle demenze).

✓ **Investire sul benessere dei giovani.**

Bisogna puntare sul contenuto formativo e di *empowerment* delle azioni in programma, in un approccio il più possibile olistico, se si guarda alla classe attiva (lavorativa e dirigente) nella società del prossimo futuro, promuovendo una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e di

comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo.

✓ **Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive.**

I benefici scaturiti dalle politiche di prevenzione ascrivibile ai precedenti piani devono essere consolidati. Bisogna, anzi, investire ancor di più nel patrimonio culturale di grande rilevanza sociale che nel corso degli anni, ha portato il nostro Paese a considerare come bene comune la pratica di interventi preventivi quali quelli a salvaguardia della salute dei lavoratori, quelli relativi alla prevenzione oncologica e alle vaccinazioni.

✓ **Rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili e attivare il contrasto alle disuguaglianze: equity audit.**

Questa scelta si implementa sia come lotta alle disuguaglianze sia come messa a sistema di interventi (magari già offerti in modo diseguale) per la prevenzione di disabilità. Le linee di attività vanno pensate, progettate e condotte in relazione alla capacità ricettive e quindi applicative delle varie classi di popolazione. Uno dei motivi che anche nella Regione Sicilia hanno determinato in alcuni casi la ridotta applicazione degli interventi di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) con conseguente abbassamento dei livelli di efficacia dei risultati è da ricercare nelle disuguaglianze sociali e culturali di cui soffrono i vari target. Pertanto questo PRP punta all'equità di risultato e di processo indirizzando il percorso del PRP verso un vero e proprio *health equity audit* degli specifici progetti prioritari. Con tal proposito già nel corso del 2015 la Regione Sicilia aderisce al nuovo progetto *Equity audit* nei Piani Regionali di Prevenzione in Italia approvato nel programma CCM 2014 sarà dedicato al comune percorso di revisione attraverso l'*equity audit* sulle azioni con la prospettiva di ricalibrarle verso l'equità del PRP. L'azione di rivalutazione andrà supportata da interventi di sistema: migliorare capacità di misura di disuguaglianze negli interventi (covariate sociali nei sistemi informativi sanitari, nei registri e nelle sorveglianze), potenziare l'intersectorialità nelle diverse fasi della programmazione (identificazione rischi, scelta azioni, condivisione responsabilità e azioni, rendicontazione con monitoraggio dei processi e valutazione dei risultati), investire in formazione permanente su *health equity audit* ; investire in ricerca su lacune conoscitive rilevanti.

✓ **Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.**

Bisogna promuovere un rapporto di sostanziale positività fra salute e ambiente informato a principi di salubrità puntando alla riduzione delle malattie (in particolare croniche non trasmissibili), sviluppando tutte le potenzialità di fattive collaborazioni inter-istituzionali a sostegno delle iniziative del servizio sanitario regionale.

Nel recepimento e condivisione dei macro obiettivi si è tenuto conto di criteri di valore strategico condivisi nel documento conclusivo del tavolo tecnico CIP:

- **Rilevanza.** L'analisi del profilo di salute della Regione Sicilia permette di porre il focus su problemi di particolare rilevanza in termini salute pubblica. Tale rilevanza è valutata come carico di malattia per l'intera popolazione regionale, ma anche in termini di sviluppo per gruppi sociali particolarmente a rischio di fragilità o di disuguaglianza, nonché una rilevanza etica e di coesione sociale.
- **Coerenza.** Azioni e obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione sono aderenti alla programmazione nazionale e coerenti con le policy adottate. Si richiama inoltre a metodologie coerenti tra loro e rispondenti ad evidenze di provata efficacia.
- **Governance.** Si tratta dell'insieme di regole attive nel sistema sanitario regionale che tiene anche conto di tutti gli attori e stakeholder, in un approccio complessivo, ed indirizzano gli interventi in base alle esigenze della popolazione e in armonia con tutti gli Enti interessati.
- **Stewardship.** L'applicazione di tale ruolo comporta la promozione del miglioramento del sistema nel suo complesso, in particolare dell'efficienza e dell'efficacia della azione di governo del sistema sanitario regionale.

- **Sviluppo.** Il Piano vuole delineare una prospettiva di crescita in particolare in quelle aree di salute e/o organizzative riferibili alle strutture individuate dal D.A. Salute n°300/2012 e ai Dipartimenti di Prevenzione nel loro complesso, per le quali si punta ad un miglioramento continuo delle performance, ad un crescente riferimento e utilizzo delle evidenze scientifiche, ad una costante misurazione dell'impatto degli interventi e alla condivisione dei principi di importanza all'interno delle aziende sanitarie delle iniziative di Prevenzione anche sotto il profilo economico sanitario.
- **Contrasto alle disuguaglianze.** A tale proposito la Regione ha attivato su fondi ministeriali per gli obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale 2012 uno specifico progetto "Mappatura della deprivazione e dei corrispondenti fabbisogni sanitari" con l'obiettivo di trasferire un insieme di competenze e strumenti presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale per la costruzione di un sistema integrato di fonti informative per attività di monitoraggio dello stato di salute della popolazione a livello sub comunale, con attenzione alla dimensione dell'equità. Per la realizzazione di tale obiettivo, si sono svolte operativamente due attività principali:

1. georeferenziazione degli indirizzi dei soggetti presenti all'interno dell'Anagrafe Regionale degli Assistiti con l'attribuzione di un aggregato territoriale sub comunale (sezione di censimento per i comuni con popolazione superiore ai 50.000);
2. costruzione di un indice composito di deprivazione a livello di sezione di censimento e di comune a partire dai dati individuali del censimento della popolazione e delle abitazioni del 2011 per tutta la regione.

Sono pertanto in fase di implementazione nuove fonti informative tra cui il censimento di popolazione e delle abitazioni del 2011 a livello individuale per tutto il territorio siciliano e per tutte le informazioni disponibili.

È in fase di rafforzamento un sistema informativo a livello sub comunale per i grandi comuni, per tenere sotto controllo la loro variabilità intracomunale sia per le dimensioni di deprivazione che per quelle di esito, individuando nella sezione di censimento l'aggregato geografico minimo per poter effettuare il monitoraggio. I lavori si sono indirizzati sui soggetti presenti in anagrafe alla data del 1° gennaio 2013 e residenti nei 14 comuni siciliani con popolazione superiore ai 50.000 abitanti

In aggiunta è già stato implementato su base regionale un data set integrato con misure di deprivazione sociale ed economica attraverso la costruzione di indicatori semplici e compositi ricavabili dai dati individuali del censimento 2011 e riaggregabili a livello di sezione di censimento come proxy della deprivazione individuale.

La base dati contiene le 5 componenti e l'indice composito di deprivazione calcolati su base continua a livello di sezione di censimento. L'indice è stato categorizzato in 5 livelli di deprivazione calcolati per quintili di popolazione ed è stata prodotta una mappa sintetica di deprivazione dell'indice categorico. È stato inoltre prodotto l'indice a livello di comune per il 2011 e di sezione di censimento per il 2001.

Le due attività nel loro insieme hanno consentito quindi di rendere disponibile l'infrastruttura informativa, obiettivo principale del progetto con importanti, ampie e articolate possibilità di sfruttamento per monitorare lo stato di salute della popolazione siciliana, per seguire i percorsi terapeutici diagnostici e assistenziali di gruppi di popolazione, per una corretta valutazione comparativa dell'efficacia, appropriatezza, ed equità delle cure erogate e delle prestazioni fornite, per mirare e orientare, infine, gli interventi e le politiche locali su target specifici di popolazione ben localizzabili sul territorio e con la corretta attenzione alle loro caratteristiche di vulnerabilità sociale.

- **Interventi basati su prove di efficacia.** le azioni dei vari programmi regionali si fondano su interventi che fanno puntuale riferimento a pregresse e positive esperienze, dirette o indirette, o alle evidenze scientifiche che ne provano l'efficacia desunte dalla corrente letteratura scientifica.

1.3 Raccordo con le Azioni Centrali del PNP 2014-2018 e con i Piani Aziendali della Prevenzione.

Il PRP 2014-2018 recepisce le azioni centrali del P.N.P. Un Azione è ritenuta Centrale quando pertinente al livello di governo centrale e funzionale anche a responsabilità operativa congiunta Stato- Regioni e PPAA. Gli **obiettivi generali** delle Azioni Centrali sono: **rafforzare la governance di sistema** a livello nazionale e a livello regionale; **rafforzare/facilitare l'attuazione dei macro-obiettivi** della pianificazione nazionale. Tutti i programmi regionali della Prevenzione dovranno essere recepiti, adottati e condotti dalle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione e inseriti con specifica di linee operative e responsabilità di gestione nel Piano Aziendale della Prevenzione di ogni singola ASP. Il Piano Aziendale della Prevenzione per l'anno in corso dovrà essere adottato entro e non oltre il 30 aprile 2016 con atto deliberativo proposto dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione che curerà ogni collegamento organizzativo tra i servizi sanitari interessati nel rispetto del modello disposto dal Decreto Assessoriale Salute n°300 del 2012.

1.4 Struttura del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018

Secondo le indicazioni ministeriali la struttura del Piano Regionale della Prevenzione prevede la definizione di quadri logici riferiti a ciascuno dei Macro Obiettivi e comprende:

- la definizione dei Macro Obiettivi (MO) prioritari e l'esplicitazione del razionale del quadro logico di riferimento;
- L'impegno a perseguire tutti i MO e tutti gli obiettivi centrali presenti nel PNP declinanti nel contesto locale;
- l'identificazione dei fattori di rischio/determinanti relativi ai macro obiettivi prioritari che si intende contrastare e delle relative strategie di contrasto;
- l'indicazioni delle azioni da condurre e dei relativi obiettivi specifici
- la definizione degli obiettivi che si intendono perseguire garantendo la coesione nazionale e degli indicatori (e relativi standard) per la valutazione del loro raggiungimento.

Gli indicatori includono sia indicatori di *outcome* o di *early outcome* sia indicatori di *output* dei processi sanitari. Sono previsti indicatori "sentinella" e di processo per misurare la evoluzione del percorso di sviluppo di programmi e di azioni ed il monitoraggio della sua omogenea attivazione su tutto il territorio regionale.

La definizione dei **Quadri Logici** regionali (QLr), ovvero la definizione degli obiettivi specifici, dei programmi, delle popolazioni target, delle azioni e degli indicatori (e relativi standard) per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi medesimi almeno in doppia quota (2016 e 2018) rispecchia il modello seguente che permette di riportare ai programmi regionali (ricadenti nell'ambito di ogni Macro Obiettivo) i relativi obiettivi e azioni:

Macro Obiettivo	Programmi	Popolazione target	Azioni	Obiettivi Centrali	Indicatori	Standard
-----------------	-----------	--------------------	--------	--------------------	------------	----------

Struttura dei Quadri logici regionali: i programmi e le azioni.

I programmi regionali volti a sviluppare il Piano della Prevenzione 2014-2018 sono inseriti nell'ambito di ciascun Macro obiettivo indicato dal Ministero della Salute. I programmi regionali includono azioni specifiche e si riferiscono a uno o più obiettivi centrali ed ai relativi indicatori e standard.

I programmi regionali sono numerati (a tre cifre interpuntate) secondo la seguente logica: le prime due sono specifiche del Macro Obiettivo di riferimento mentre la terza è data dall'ordinale progressivo.

Le azioni sono distinte e indicate dallo stesso numero identificativo del programma che le comprende e da una lettera del codice alfabetico progressivo.

Gli **obiettivi** e i relativi **indicatori** corrispondono alla numerazione proposta dalla tabella pertinente ad ogni singolo quadro logico di cui al documento di valutazione ministeriale del 30 gennaio 2015.

Ad ogni quadro logico regionale corrisponde la relativa tabella di valutazione predisposta in armonia con la nota ministeriale 30.01.2015 e i relativi indicatori di processo e, ove necessario, *sentinella*.

Gli eventuali *indicatori sentinella* funzionali alla integrazione e al monitoraggio annuale delle singole azioni sono corredati da cronoprogramma con singolo anno di riferimento, definizione e descrizione della fonte dei dati utilizzati indicando numeratori e denominatori ove applicabili nella formula di calcolo.

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014/2018

MACRO OBIETTIVO 1

2.1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili

Razionale

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) - malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete costituiscono, a livello regionale, il principale problema di sanità pubblica: sono, infatti, la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani, sociali ed economici elevati (1.1.2. Profilo di Salute Regione Sicilia).

Le morti precoci, riconducibili a queste cause, sono spesso evitabili: le stime indicano che almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro si possono prevenire. A tale peso epidemiologico, sociale ed economico delle malattie croniche, peraltro, si deve aggiungere la previsione di aumento nei prossimi anni legata all'aumento dell'età media della popolazione. L'analisi del profilo demografico della Regione Sicilia dell'ultimo decennio evidenzia che la fetta di popolazione over 65 anni registra un incremento costante del 2% annuo. Risulta, pertanto, di strategica rilevanza, attuare interventi volti a prevenire e/o ritardare quanto più possibile l'insorgenza di quadri nosologici compresi negli ambiti dell'MCNT. Ulteriore gravame sociale derivante da tale fenomeno è costituito dall'aumento della disabilità legata a malattie croniche non trasmissibili e del numero di soggetti con ridotta autonomia, scarsa inclusione sociale e minore partecipazione alla vita attiva. L'invecchiamento

progressivo della popolazione impone, quindi, di porre in atto strategie appropriate e innovative per mitigarne gli effetti negativi sul sistema sociale ed economico, oltre che sul piano individuale. La promozione dell'invecchiamento attivo è la strategia in tal senso condivisa a livello internazionale.

Le malattie cardiovascolari (MCV), costituiscono la principale causa di morte in Sicilia (vedasi 1.1.2. Profilo di Salute). Il peso delle MCV sui ricoveri ospedalieri è in aumento. I dati di dimissione ospedaliera indicano che più della metà dei ricoveri per MCV sono dovuti a evoluzione cronica e complicazioni di eventi acuti (fra i più frequenti lo scompenso cardiaco, disturbi del ritmo, effetti tardivi dell'ictus), nonché a complicanze dell'ipertensione arteriosa e del diabete.

Il diabete è destinato a diventare la causa maggiore di disabilità e di mortalità nei prossimi venti anni: l'OMS lo ha, quindi, inserito tra le patologie su cui maggiormente investire, visto anche che crescendo costantemente il numero di diabetici che si pongono complessivamente ben al di sopra della media nazionale: i costi per la loro assistenza sanitaria sono orientati ad un incremento prospettico. Per di più, le gravi complicanze che esso provoca si traducono in elevati costi sanitari, tanto che nel 2012 hanno determinato il 10-15% dei costi complessivi dell'assistenza sanitaria (vedasi Profilo di Salute della regione).

Anche in Sicilia l'incidenza dei **tumori** è in costante incremento. Se è vero che si calcola che complessivamente circa il 30% dei tumori può essere prevenuto diventa impositivo investire su questo aspetto puntando alla prevenzione primaria e alla diagnosi precoce. (vedasi 1.1.2. Profilo di Salute).

Le malattie respiratorie croniche (BPCO - Bronco Pneumopatie Croniche Ostruttive, bronchite cronica ed enfisema), risultando la principale causa di morte per malattie respiratorie.

Determinanti socio-economici, culturali, politici, ambientali

Secondo i principi della Carta di Ottawa e delle strategie per la "Salute in Tutte le Politiche" (Health in All Policies), l'ambiente e il contesto assumono il significato di processo globale, sociale e politico che influenza o determina la salute. Fattori mondiali come la globalizzazione e l'urbanizzazione, associati all'invecchiamento della popolazione, interagiscono con determinanti sociali, culturali ed economici di salute (scolarità, abitazione, lavoro) nel predisporre gli individui a fattori comportamentali di salute (uso di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo dannoso di alcol) in grado di determinare alterazioni metaboliche e biologiche (aumento della pressione arteriosa, sovrappeso e obesità, aumento della glicemia e dei grassi nel sangue) tali da provocare le MCNT. Associata alla globalizzazione, ad esempio, si sta diffondendo la cosiddetta "transizione nutrizionale", cioè il passaggio verso regimi alimentari ad alto contenuto energetico, fenomeno questo che viene favorito dal parallelo aumento, dal lato dell'offerta, di produzione, promozione e vendita di cibi pronti e di alimenti ricchi di grassi, sale e zucchero e dalla significativa riduzione, anche a causa dell'urbanizzazione, dei livelli di attività fisica nella popolazione.

Anche le politiche ambientali, rientrano tra i determinanti distali delle malattie croniche, spesso definiti come "cause delle cause". Se è vero che riducendo l'influenza negativa dei fattori comportamentali di rischio, si agisce diminuendo a cascata la presenza dei fattori biologici e metabolici che sono direttamente chiamati in causa per le MCNT, è anche vero che i fattori comportamentali sono l'espressione di fattori sociali ed economici (*underlying drivers*) che devono essere tenuti presenti nella definizione delle strategie di promozione della salute perché influenzano la distribuzione dei principali fattori di rischio e di protezione per la salute e quindi offrono una buona base per interventi di prevenzione centrati sulla collaborazione del sistema sanitario con altri settori della vita politica ed economico-sociale del contesto.

Altro aspetto strategico di non secondario momento è l'opera di diffusione già in sede programmatica della consapevole percezione che una delle leve principali tese alla efficacia degli interventi di prevenzione delle MCNT è costituita dal contrasto alle disuguaglianze tra quanti accedono a servizi e programmi. Per questo e non solo nello specifico ambito di prevenzione delle MCNT il piano regionale adotta una dinamica flessibile che si presti a periodiche revisioni e rivalutazioni alla luce delle evidenze scaturite dalle azioni di *health equity audit*.

Il Sistema Sanitario Regionale, pertanto, collaborando con il mondo della ricerca, si presta a fornire ai decisori prove scientifiche stringenti sull'efficacia delle misure di prevenzione da mettere in campo, descrizioni dello stato di salute per definire accuratamente obiettivi misurabili, e valutazioni sul loro funzionamento, impatto di salute, sostenibilità. Inoltre, l'applicazione di alcune azioni *evidence based* previste dalle strategie di contrasto alle MCNT (ad esempio le azioni regolatorie come la legge sul fumo, le misure fiscali, ecc.) necessita di un orientamento decisionale e di un consenso molto forti, puntando ad un ruolo attivo del sistema sanitario (advocacy) nel supportare tali azioni anche presso altri settori fornendo supporto tecnico alla adozione dei più adeguati provvedimenti.

Fattori di rischio modificabili: fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione non corretta.

Le malattie cronico-degenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari modificabili ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora. Tali fattori antagonisti della salute sono:

Il **fumo** che costituisce uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologie gravi e spesso mortali, come le patologie cardiovascolari, le BPCO e le neoplasie.

Il consumo dannoso di **alcol**, anche da parte dei giovani, secondo modalità nuove e lontane dalla tradizione, come i consumi fuori pasto e in quantità non moderate, le ubriacature e il binge drinking.

L'**Alimentazione non corretta e sedentarietà**, con conseguenti **sovrappeso e obesità**, sono importanti fattori di rischio modificabili per malattie croniche. Un **consumo eccessivo di sale** è fra le cause dell'insorgenza di gravi patologie dell'apparato cardiovascolare, quali l'infarto del miocardio e l'ictus, correlate all'ipertensione arteriosa ed è fattore predisponente per la Malattia Renale Cronica.

Fattori di rischio intermedi (sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose e cancerose iniziali)

I fattori di rischio intermedi sono rappresentati da quelle condizioni che, pur non rappresentando ancora una malattia conclamata ed essendo ancora asintomatiche o paucisintomatiche, vanno considerate patologiche, seppure ancora almeno in parte reversibili **se diagnosticate e trattate in tempo**.

Tali condizioni spesso sono tra loro associate, rappresentando un fattore di moltiplicazione del rischio. I soggetti in sovrappeso, ad esempio, hanno maggiore probabilità di sviluppare iperglicemia o diabete mellito di tipo 2, in genere preceduto dalle varie componenti della sindrome metabolica (ipertensione arteriosa e dislipidemia aterogena). Questa situazione desta particolare preoccupazione per l'elevata morbosità associata al diabete, con progressiva aterosclerosi e aumentato rischio di insulti cardio e cerebrovascolari. Dato che il sovrappeso e l'obesità spesso si associano ad abitudini di vita sedentarie, una dieta equilibrata e un'attività

fisica adatta alle condizioni personali di ciascuno contribuiscono non solo a una graduale perdita di peso, ma anche a ridurre l'entità degli altri fattori di rischio eventualmente associati.

Relativamente ai fattori di rischio intermedi per MCNT, vanno considerati, in particolare, alcuni dati di seguito elencati. (confrontare dati Sicilia).

Sovrappeso e obesità rappresentano una sfida rilevante per la sanità pubblica. È preoccupante, in particolare, l'epidemia che sta emergendo nei bambini. Secondo i dati della sorveglianza **OKKIO alla Salute** 2012, il 22,1% dei bambini di terza elementare è risultato in sovrappeso e il 10,2% in condizioni di obesità con un gradiente Nord-Sud che mostra valori più elevati per le Regioni del sud. In Sicilia nel periodo 2009- 2013 nella fascia di popolazione adulta (18/69 anni) si rileva: 34% di persone in sovrappeso e 12% di obesi.

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio per l'ictus, per l'infarto del miocardio, per l'insufficienza cardiaca, per gli aneurismi delle arterie, per la malattia arteriosa periferica ed è una causa della malattia renale cronica. Secondo i dati PASSI, nel periodo di rilevazione 2009-2013, la percentuale di coloro che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione arteriosa è pari al 21%: il 76% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. Cambiamenti nella dieta e nello stile di vita sono in grado di migliorare sensibilmente il controllo della pressione sanguigna e di ridurre il rischio di complicazioni per la salute.

Per quanto riguarda le **dislipidemie**, la percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia, nel periodo di rilevazione PASSI 2009-2013, è pari al 22%. Di questi, il 29% ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. Le anomalie dei livelli di lipidi sierici predispongono all'aterosclerosi, alle malattie ischemiche del cuore e dei grossi vasi e sono presenti nei soggetti in sovrappeso/obesi. L'ipertrigliceridemia è comunemente associata con l'obesità, il diabete mellito e l'insulino-resistenza. La riduzione dei livelli di colesterolo e il controllo della pressione arteriosa attraverso l'adozione di uno stile di vita sano sono fondamentali, in quanto questi fattori di rischio aumentano la probabilità di ammalare di ictus e di malattie legate all'invecchiamento (disturbi della memoria, disabilità) nonché di infarto del miocardio, aneurismi, arteriopatie periferiche, insufficienza renale cronica e retinopatia.

Per quanto attiene alle **variazioni della glicemia**, nei soggetti che presentano valori elevati, se non trattati con la dieta e con i farmaci, aumentano significativamente i danni da aterosclerosi. Infatti, i diabetici hanno una probabilità aumentata del 50%, rispetto alla popolazione normale, di sviluppare una cardiopatia ischemica. Nel 2013 la prevalenza del diabete mellito di tipo II era attestata al 5% della popolazione totale. Un efficace controllo della glicemia è uno dei principali obiettivi della prevenzione sia del diabete mellito sia delle patologie cardio-cerebrovascolari e deve essere perseguito con un adeguato regime dietetico associato all'attività fisica finalizzata alla riduzione del sovrappeso.

Lesioni precancerose e cancerose iniziali. Sono considerati solo i casi dei tumori per i quali c'è evidenza di efficacia degli interventi di popolazione e quindi i tumori della cervice uterina, mammella e colonretto. Considerando la riduzione della mortalità come *outcome* principale, i seguenti fattori di rischio sono identificabili (in base ai rispettivi modelli di malattia) come modificabili con strategie di sanità pubblica in modo più costo-efficace:

cancro della cervice uterina: lesioni precancerose;

cancro della mammella: tumori in stadio iniziale;

cancro del colon-retto: tumori in stadio iniziale e polipi ad alto rischio di cancerizzazione.

Strategie privilegiate

In linea con gli obiettivi del WHO-Europe Action Plan 2012-2016 e in armonia con quanto previsto dal PNP, al fine di ridurre la morbosità, la mortalità e le disabilità premature che le MCNT comportano, nonché di limitare le disuguaglianze causate da condizioni sociali ed economiche che influiscono sullo stato di salute, è necessario un approccio che comprenda **strategie di popolazione** (di comunità) e **strategie sull'individuo**. L'approccio che sta alla base delle scelte strategiche per contrastare l'epidemia di malattie croniche generative si basa sulla scelta di intervenire principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti, implementando gli obiettivi del Programma nazionale "Guadagnare Salute", secondo i principi di "Salute in tutte le politiche"; qualora invece si fosse in presenza di soggetti con già fattori di rischio comportamentali o intermedi, allora la scelta strategica è di diffondere le tecniche del **counseling motivazionale**, indirizzando i soggetti verso offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare) o terapeutico specifici (es. prescrizione attività fisica).

Assieme alla prevenzione e al trattamento delle MCNT, la sorveglianza è una funzione essenziale che la Regione Sicilia ha testato e sviluppato negli anni con sistemi specifici per età e stili di vita: OKkio alla Salute, HBSC, Passi e Passi d'Argento, Monitoraggio della normativa relativa al divieto di fumo in ambienti regolati da norme; tali sistemi contribuiscono, integrati con altre fonti esistenti (ISTAT, SDO, ecc.), a fornire indicatori utili per lo sviluppo e il monitoraggio del Piano.

Strategie di comunità

I programmi di promozione della salute e, in particolare, di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione, dovranno essere finalizzati a creare le condizioni per rendere facile l'adozione di comportamenti salutari, che adottino un approccio multi componente (trasversale ai determinanti di salute), per ciclo di vita (life course) e setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario), e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.), con il coinvolgimento (empowerment di comunità) di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici, alle comunità locali secondo le condivise indicazioni ministeriali.

Rapporti tra diversi settori

La collaborazione intersettoriale favorisce lo sviluppo di azioni sui determinanti di salute secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili maturando effetti sinergici e quindi superiori rispetto a quelle espresse dal solo settore sanitario.

Un esempio è dato dall'applicazione nella nostra Regione del Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", approvato con DPCM del 4 maggio 2007, ha avviato tale processo "intersettoriale" per interventi volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, uso dannoso di alcol) sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita (ridefinire l'assetto urbanistico per favorire gli spostamenti a piedi o in bicicletta, migliorare l'offerta di alimenti sani, migliorare la qualità dell'aria, garantire ambienti di lavoro sicuri e sani, ecc.), con un approccio di "salute in tutte le politiche". Il programma Guadagnare Salute ha dato luogo alla collaborazione tra diversi settori mediante lo sviluppo di intese e accordi nazionali con soggetti non sanitari che hanno trovato ulteriore declinazione e rinforzo su scala regionale nei precedenti PRP.

Dal progetto (pluri)annuale al sistema life-course.

Il PRP della Regione Sicilia vuole uscire dallo schema dei vecchi piani fortemente ancorati alla esecuzione più o meno completa di linee progettuali specifiche e monotematiche legati ad obiettivi distinti per classi per abbracciare un disegno più lungo e ampio capace di coprire spazi temporali sovrapponibili alla durata di tutta la vita dei soggetti per i quali è pensato. Vuole mirare quindi ad una azione di sistema che porti progressivamente al radicarsi di buone pratiche fondate sui principi consolidati della migliore educazione sanitaria. Favorire il mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso dell'esistenza porta all'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute e ad un bonus in termini di longevità, fattori entrambi che possono produrre benefici importanti a livello economico, sociale e individuale. La promozione della salute e dell'equità nella salute inizia dalla gravidanza, passa per un programma di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e prosegue nella fase della prima infanzia. Poiché i comportamenti non salutari si instaurano spesso già durante l'infanzia e l'adolescenza, è importante il forte coinvolgimento della scuola, che va considerata come luogo privilegiato per la promozione della salute nella popolazione giovanile, in cui i temi relativi ai fattori di rischio comportamentali devono essere trattati secondo un approccio trasversale in grado di favorire lo sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, integrato nei percorsi formativi esistenti, e quindi basato sui principi del coinvolgimento e dell'empowerment che facilitano le scelte di salute e traducendosi in benefici effettivi sulla salute.

In questa logica si collocano anche le strategie volte a garantire un invecchiamento attivo e in buona salute, (WHO Active and HealthyAgeing) che interessa l'intero ciclo di vita ed è influenzato da diversi fattori. Infine cessazione del fumo, aumento dell'attività fisica e miglioramento dei livelli di educazione, insieme a individuazione precoce e trattamento di diabete ipertensione e riduzione dei livelli di obesità, possono essere in grado di contribuire anche alla prevenzione del decadimento delle funzioni cognitive dell'anziano, anche in relazione alla malattia di Alzheimer.

L'attenzione al setting

Il PRP recepisce l'attenzione rivolta dall'OMS al setting e cioè il luogo o il contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere. Un'azione volta a promuovere la salute attraverso setting differenti può assumere forme diverse, spesso mediante alcune tipologie di sviluppo organizzativo come il cambiamento dell'ambiente fisico, della struttura organizzativa, degli aspetti amministrativi e gestionali. I setting possono anche essere utilizzati per promuovere la salute raggiungendo le persone che vi lavorano o che li utilizzano per avere accesso ai servizi e attraverso l'interazione dei diversi setting con l'intera comunità.

Molte evidenze di letteratura e buone pratiche testimoniano l'efficacia di tale approccio nel promuovere l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute rendendo "facili" le scelte salutari, in specie per quanto riguarda il setting "Ambienti scolastici" e il setting "Ambiente di lavoro".

Strategie basate sull'individuo

La prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e intermedi può essere perseguita mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i

percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi.

Anche per questi fattori l'obiettivo finale è quello di mantenere il più a lungo possibile una buona qualità di vita attraverso un invecchiamento attivo e in buona salute.

L'identificazione, quanto più possibile precoce, dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti e la loro conseguente presa in carico da parte del Sistema Sanitario è essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili nel breve-medio termine.

La diagnosi precoce di tumori e/o di lesioni pre - tumorali mediante programmi di screening oncologico, per i tumori per i quali c'è evidenza di efficacia degli interventi di popolazione e che sono stati inseriti nei LEA (DPCM 29/11/2001), cioè cervice uterina, mammella e colon retto, è un intervento di popolazione che prevede un invito attivo periodico della popolazione destinataria e un controllo di tutte le fasi del processo diagnostico e di cura che segue l'esecuzione del test di screening. Si basa quindi sulla organizzazione di percorsi e sulla integrazione delle risorse disponibili sul territorio. Alla luce delle evidenze scientifiche ulteriormente prodotte a livello sia internazionale sia italiano sono identificabili due ulteriori strategie.

La prima è pertinente a un migliore utilizzo delle risorse disponibili e riguarda la reingegnerizzazione della prevenzione individuale spontanea promuovendo il ri-orientamento delle persone verso i programmi di screening: tale strategia è basata sulla evidenza che la prevenzione individuale si dimostra mediamente meno efficace e più costosa che non la prevenzione di popolazione mediante i programmi di screening.

La seconda ulteriore strategia riguarda i programmi di screening del cervicocarcinoma mediante l'adozione del modello basato sul test primario HPV-DNA, che si è dimostrato più costo-efficace che non quello che utilizza il pap-test come test primario; esso comporta alcune importanti modifiche sia di tipo organizzativo sia della tempistica del round sia della comunicazione. Le evidenze scientifiche a supporto di questo modello sono state riassunte nel Documento di indirizzo sull'utilizzo del test HPV_DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero prodotto nell'ambito delle azioni centrali del PNP 2010_12 e trasmesso alle Regioni.

Attraverso l'approccio della Public Health Genomics è possibile valutare l'implementazione di percorsi organizzati di screening per pazienti ad alto rischio di sviluppo di cancro a causa di condizioni di rischio genetico (ereditario-familiare). Questa è la terza strategia di sviluppo degli screening organizzati che prevede di costruire e gestire percorsi di diagnosi e cura per le malattie monogeniche (mendeliane) per i quali esista evidenza di efficacia e di fattibilità. In relazione alle più recenti conoscenze e in coerenza con il Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013 di cui all'Intesa del 10/2/11, con le Linee di indirizzo su "La Genomica in Sanità Pubblica" di cui all'Intesa del 13/3/13 (nonché il precedente PNP), si intende sviluppare un percorso organizzato per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni del BRCA1 e BRCA2) con caratteristiche di integrazione e complementarità al percorso di screening già in essere per la prevenzione del tumore della mammella.

Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT:

PROGRAMMI E AZIONI REGIONALI.

Per questo Macro Obiettivo del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 la Regione Siciliana, con il Decreto Assessoriale n° 2198 del 18 dicembre 2014, ha individuato i seguenti programmi:

1. Programma Regionale Promozione della Salute e lotta a Tabagismo, abuso di alcol, sedentarietà.
2. Programma Regionale di Promozione della Salute a favore di soggetti a rischio di MCNT
3. Programma Regionale FED (Formazione, Educazione, Dieta)
4. Programma Regionale di miglioramento degli screening oncologici.

1) Programma Regionale Promozione della Salute, lotta a Tabagismo, abuso di alcol, sedentarietà.

Questo Programma si propone di investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche per migliorare la qualità della vita e del benessere degli individui e della società in generale, promuovendo stili di vita sani e agendo in particolare sui principali fattori di rischio delle malattie cronico - degenerative di grande rilevanza epidemiologica. Di fatto ricalca l'idea che sta alla base del programma nazionale *Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari* approvato dal Governo con Decreto del presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) il 4 maggio 2007. Lo spirito generale è quello di affiancare alle politiche di corretta informazione lo studio delle cause degli insuccessi, nonché il mettere a punto nuove strategie (compresa quella che invoca il contrasto alle disuguaglianze) e moltiplicare gli sforzi per invertire gli andamenti basati su comportamenti nocivi. Le azioni previste servono a:

É favorire la mobilità e l'attività fisica delle persone (trasporti e verde urbano);

É sostenere il consumo di frutta e verdura;

É ridurre la concentrazione di sale, zuccheri e grassi negli alimenti;

É ridurre la quota di alimenti altamente calorici nella dieta;

É scoraggiare il più possibile il fumo di sigarette;

É ridurre l'abuso di alcol e di *energydrink*.

Tali azioni poggiano su **tre cardini** fondamentali:

1. Una efficace comunicazione specifica;
2. Un largo coinvolgimento del cittadino posto al centro delle scelte salutari
3. Un programma di collaborazione con il mondo della scuola e altre istituzioni.

Anche questo programma privilegia logiche intersettoriali e cura sia l'*empowerment* di comunità che gli interventi svolti in *setting* definiti (scuola, lavoro, ecc.) nonché quelli a vantaggio di gruppi a rischio;

La complessità di questo macro obiettivo richiede un approccio concettualmente articolato in:

- 1) strategie di promozione della salute, per definizione orientata all'*empowerment* di comunità e ad azioni svolte in *setting* definiti (scuola, lavoro, ecc.);
- 2) strategie di prevenzione primaria in gruppi a rischio;
- 3) strategie di prevenzione secondaria, per l'identificazione di malattie in fase precoce.

I tre livelli non sono necessariamente sempre distinti, ma convergono sulla riduzione della frequenza di determinanti di MCNT.

Le **Azioni** previste dal programma sono quattro:

1. Definizione di accordi intersettoriali a livello aziendale (Guadagnare salute/salute in tutte le politiche).

Nell'ambito delle Azioni centrali di supporto al PNP di cui al Paragrafo 1.3 del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014) sono definiti accordi di indirizzo nazionale che, recepiti dalle regioni, risultano inerenti il seguente obiettivo centrale:

1.1 Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale (Ufficio Scolastico Regionale, Comuni, Enti provinciali, Aziende parastatali a estrinsecazione territoriale come INPS, ACI, Case Circondariali, Terzo Settore etc.). Tali accordi dovranno essere recepiti e replicati dalle aziende sanitarie della Regione Sicilia secondo protocolli di intesa omogenei e coerenti. **Al fine di sfruttare l'unitarietà del setting d'intervento verranno previste nello stesso protocollo d'intesa con gli enti esterni (CSR, Comuni, ACI, etc.) tutte le possibili e necessarie integrazioni tra i vari programmi previsti dal presente piano** e che implicano l'attiva collaborazione con gli stessi enti partner. In particolare verranno esplicitate le convergenze di azione tra questo e i seguenti programmi:

Promozione della Salute a favore di soggetti a rischio di MCNT.

Prevenzione delle conseguenze dei disturbi neurosensoriali.

Promozione del benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani

Prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti.

Prevenzione degli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti

Prevenzione degli incidenti domestici e i loro esiti.

Si individua **un indicatore sentinella** (2016) entro il quale si prevede l'adesione da parte di almeno il 50% delle ASP siciliane (cinque su nove) attraverso la valutazione degli specifici atti deliberativi (fonte dei dati) inerenti gli accordi e/o la pianificazione aziendale in materia di prevenzione primaria resa ai sensi del D.A. Salute n°300 del 2012.

Indicatori dello standard:

1.1.1: Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti in regione.

1.1.2: Proporzione di ASP che hanno recepito gli accordi e/o gli indirizzi regionali.

Per quanto riguarda **l'indicatore 1.1.1** si prevede che la Regione Sicilia debba definire un accordo di programma (anche complessivo e quindi ricedenti anche in altri ambiti e macro obiettivi di piano) con altre istituzioni pubbliche il cui mandato risulta efficacemente complementare alle competenze strettamente sanitarie. Un accordo di piano con l'Ufficio Scolastico Regionale permetterà di giovare delle insostituibili figure professionali operanti nel mondo della Scuola e funzionali alla corretta azione formativa e informativa strategicamente essenziale per la efficace conduzione del programma. Dovranno essere individuati, aggiornati e motivati, ad esempio, i referenti scolastici di Educazione Sanitaria rendendoli parte attiva e anche propositiva delle azioni di sviluppo del piano. Offrirà preparandolo adeguatamente il target più idoneo o più bisognoso (sotto i più diversi aspetti) a recepire gli indirizzi verso un corretto stile di vita. Lo stesso vale per altri Enti quali i Comuni (attraverso degli specifici assessorati), l'ACI (lotta all'abuso di alcol, alle dipendenze da sostanza, prevenzione degli incidenti stradali, etc.) e il Terzo Settore. Gli accordi di programma saranno sanciti attraverso protocolli d'intesa e adottati con formale provvedimento che deve in ogni caso prevedere l'adesione del mondo scolastico al percorso Formazione Educazione Dieta di cui al D.A. 2507/2013.

L'indicatore 1.1.2 misurerà la quota di ASP che aderiranno al programma, stipulando accordi in sede territoriale con gli uffici scolastici provinciali (dove verranno indicati gli istituti coinvolti, la loro dislocazione individuando le classi arruolate al programma e i relativi referenti). Tali accordi dovranno essere adottati attraverso atti deliberativi e inseriti nell'ambito della programmazione aziendale ai sensi del D.A. Salute n°300 del 2012 (Piani Aziendali di Prevenzione Primaria).

2. Promozione dell'allattamento al seno.

Nello sviluppo di questa azione le Aziende sanitarie della Regione dovranno convergere verso il seguente **obiettivo centrale 2.:**

Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita).

A tal fine dovranno essere sviluppati percorsi di coinvolgimento a partire dai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, consultori, strutture pubbliche, private (accreditate e non) operanti nelle discipline afferenti alla biologia e alla medicina della riproduzione, anche a livello ambulatoriale individuando adeguati sistemi informativo-formativi promossi annualmente dalle Unità Operative di Educazione e Promozione della Salute di ogni ASP di cui al Decreto Assessoriale n°300/2012.

L'obiettivo specifico regionale è: *Sviluppo di programmi/interventi volti a favorire l'allattamento al seno.*

Indicatori:

1.2.1: L'indicatore naturale è costituito dall'aumento della prevalenza dei nati nutriti esclusivamente al seno materno fino al compimento del 180° giorno di vita. È prevista una crescita incrementale annua fino **al 25%**

complessivo da raggiungere nel 2018. Non esistendo un dato di partenza regionale si prevede che le UOEPSA di ciascuna ASP della regione attivi una metodica e specifica ricognizione allestendo un flusso informativo completo entro il 2015. Il dato così ottenuto (stimato attorno al 10%) costituirà la piattaforma di partenza sulla quale costruire gli indicatori di incremento. Infatti dato di riferimento al 2018 (+ 25% recepito dall'indirizzo nazionale) può essere monitorato attraverso dinamiche di misurazione intermedia nel triennio a partire dai dati del 2015. Gli **indicatori sentinella**, in questo caso, sono costituiti dalla prevalenza dei nati nutriti esclusivamente al seno materno fino al compimento del 180° giorno di vita prevedendo un incremento del 5% annuo:

2015 = 10%

2016 = 15%

2017 = 20%

2018 = 25%

Fonte dei dati: Le direzioni sanitarie aziendali attraverso le U.O.E.P.S.A operanti nel loro staff rileveranno le informazioni utili dal Servizio Statistico Aziendale (se disponibili nello specifico) o attiveranno un flusso informativo dedicato curando nel dettaglio la massima copertura territoriale (punti nascita, ambulatori di PLS, consultori, etc.) che verrà messo a regime nel 2016. Sono previste nel 2017 e nel 2018 azioni di verifica e monitoraggio del flusso tese alla migliore e più completa copertura del territorio di riferimento.

I dati riferiti ad ogni anno verranno inviati alla Regione entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

3. Promozione della Salute in Ambiente Scolastico

Questa azione si sviluppa in uno dei setting privilegiati dalla Prevenzione Primaria e fortemente caratterizzata da risultati di provata efficacia e già lungamente sperimentati nella Regione Sicilia durante i precedenti piani regionali. Orientata alla acquisizione di sani e corretti stili di vita preconizzati dal programma nazionale *Guadagnare Salute* l'azione rappresenta la palestra più idonea in cui porre a proficuo esercizio i principi educativi/informativi elencati in premessa di paragrafo. Oltre alla lotta al sovrappeso, al fumo, all'abuso di alcol, alla dipendenza di sostanze e alla sedentarietà, questa costituisce altresì la piattaforma operativa su cui convergono i principi sinergici del progetto regionale FED (educazionale alimentare univoca, accreditata, destinata a insegnanti, allievi, famiglie, operatori) e alla prevenzione dalle dipendenze senza sostanza (Gioco d'azzardo patologico, internet, video giochi). Tali ambiti operativi di specifica formazione dovranno trovare spazio negli accordi stipulati con gli Uffici Scolastici di riferimento regionale e provinciale (anche complessivamente ricompresi nell'ambito di un unico protocollo d'intesa che consideri la promozione di altri aspetti salutistici della vita quotidiana con particolare riguardo alla lotta al fumo e alle restanti dipendenze, l'impulso all'attività fisica e/o sportiva, etc.). Le Unità Operative di Educazione e Promozione della Salute di ogni ASP dovranno curare operativamente incontri formativi con cadenza almeno annuale privilegiando il seguente **obiettivo centrale**³: Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skill, empowerment*) e l'adozione di comportamenti sani (nei riguardi di: alimentazione, attività fisica, fumo e alcol, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse) nella popolazione giovanile e adulta. Dovranno in particolare essere rafforzati i programmi fin qui condotti nel quadro di Guadagnare Salute monitorandone i risultati nel rispetto

dei nuovi indirizzi ministeriali, scaturiti, ad esempio, dalla recente intesa n°194 del 5 novembre 2015 in materia di profilassi delle malattie infettive.

Indicatori obiettivo 3:

1.3.1: Attraverso un efficace protocollo d'intesa tra ASP e Uffici Scolastici Provinciali, entro il 2018 il 20% delle scuole dell'obbligo di ogni ordine e grado che aderiscono (con almeno il 10% delle classi) al programma regionale compreso il FED attivano un percorso formativo interno sui fattori di protezione per come sopra indicato. Le UOEPSA coordineranno gli interventi su una base di programma annuale redatta secondo le indicazioni del D.A. Salute n°300 del 2012 prevedendo l'affiancamento di specifiche professionalità aziendali (adeguatamente formate presso ASP, Aziende Ospedaliere, Università, o Enti Strumentali della Regione) ai docenti e ai referenti scolastici sviluppando le tematiche del programma ministeriale Guadagnare Salute. Sono previsti **indicatori sentinella** che a partire dal 4% di attuale copertura regionale (2014), in adesione agli accordi, registrino una crescita di attivazione pari al 4% annuo secondo il seguente schema:

2014 = 4%

2015 = 8%

2016 = 12%

2017 = 16%

2018 = 20%

Fonte dei dati: I report di attività dovranno essere trasmessi entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento e dovranno costituire anche la piattaforma di programma per la stesura del piano aziendale di prevenzione primaria ex D.A. Salute n°300/2012 prevedendo il recupero delle inefficienze eventualmente, di volta in volta, registrate.

4. Promozione della Salute in Ambiente di Lavoro e Comunità.

Questa azione privilegia alcuni *setting* per una proficua attività di prevenzione primaria in special modo per la lotta al Tabagismo. Le UOEPSA delle ASP dovranno attivare un percorso informativo supportato da idoneo materiale e adeguato calendario di incontri volti a perseguire l'**obiettivo centrale 4. Ridurre i numero di fumatori nella popolazione** nel rispetto degli indicatori previsti. Nell'ambito di tale piano informativo gestito dalle UOEPSA delle ASP verrà assegnata privilegiata attenzione alla tutela dal fumo passivo estendendo l'azione a tutti i *setting* interessati e misurando di volta in volta l'efficacia dell'intervento con gli ordinari strumenti di valutazione di gruppo. Accanto alle iniziative già condotte da anni dalle ASP in sede locale e che andranno mantenute e consolidate, sarà predisposto un programma, anche pluriennale, in base alle esigenze locali e specifiche del territorio, che tenga conto anche delle disuguaglianze di accesso e di applicazione rispetto agli interventi previsti utilizzando figure professionali specifiche esperte in educazione sanitaria di concerto con aziende private, insediamenti produttivi, Terzo Settore, Comunità, Associazioni etc. Tale azione programmata (resa ai sensi del D.A. n° 300/12 verrà gestita direttamente dalle UOEPSA e si gioverà delle iniziative di rete proposte e monitorate dal tavolo tecnico regionale permanente sull'Educazione Sanitaria.

Indicatore obiettivo 4:

1.4.1 prevede un decremento progressivo del numero di fumatori nella popolazione tra 18/69 anni del 2% annuo rispetto al dato 2013 attestato al 28%:

- 2% (2014)
- 4% (2015)
- 6% (2016)
- 8% (2017)
- 10,0% (2018)

I superiori risultati, annualmente attesi, costituiscono **indicatori sentinella** per il monitoraggio dell'efficacia delle azioni condotte anche in sinergia con altre dello stesso macro obiettivo. (ad esempio Scuole).

Fonte dei dati: Sistema di sorveglianza PASSI Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti di vita quotidiana".

L'obiettivo centrale 5. Estendere la tutela dal fumo passivo prevede la vigilanza sulla corretta

applicazione aziendale del POAT fumo e della osservanza delle normative vigenti in ambienti di lavoro. A tale obiettivo si aggancia uno specifico indicatore.

Indicatore obiettivo 5:

1.5.1. Prevalenza di persone tra i 18 e i 65 anni che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato. Tale indicatore misura la prevalenza di persone di età 18-65 anni che lavorano in locali chiusi e che riferiscono del rispetto sopra descritto nella misura del 67% incrementato del 5% in proiezione pluriennale (2018). Pertanto si individuano i seguenti **indicatori sentinella**:

2014 + 1%

2015 + 2%

2016 + 3%

2017 + 4%

2018 + 5%

La **fonte dei dati** è costituita dal Sistema di sorveglianza PASSI.

Le UOEPSA dovranno sviluppare programmi/interventi integrati per tutti i quattro fattori di rischio sopra indicati e condivisi tra servizi sanitari, sociosanitari e "datori di lavoro", volti a favorire l'adozione di comportamenti sani. Gli interventi condotti (programmati e sostenuti in linea con i disposti del Decreto Assessoriale Salute n°300 del 2012) saranno oggetto di relazione annuale da trasmettere al DASOE e di monitoraggio da parte del Tavolo Tecnico Permanente sull'Educazione Sanitaria e Promozione della Salute.

L'obiettivo centrale 6: Ridurre il consumo di alcol a rischio individua **l'indicatore 1.6.1** che misura la prevalenza di consumatori di alcol a rischio nella fascia di popolazione compresa tra 18 e 65 anni prevedendo a fine ciclo di validità del PRP un decremento pari al 10% rispetto al dato di base regionale di 9% (2013).

Sono previsti quali **indicatori sentinella**:

2014: - 2%

2015: - 4%

2016: - 6%

2017: - 8%

2018: - 10%

La fonte dei dati è rappresentata dal sistema sorveglianza PASSI e dall'indagine ISTAT multiscopo "Aspetti della vita quotidiana".

Per quanto in attinenza all'**Obiettivo centrale 7. Aumentare il consumo di frutta e verdura** le Asp dovranno recepire gli indirizzi del tavolo tecnico regionale del Programma FED, in linea con le raccomandazioni di *Guadagnare Salute*. In particolare dovranno sostenere e verificare l'adozione delle Linee Guida Regionali su ristorazione scolastica e relativo merceologico da parte di Comuni, Istituzioni Scolastiche, ecc. a garanzia della salute della collettività infantile. Dovrà essere offerto alle scuole (coinvolte nel FED e non) il concreto indirizzo tecnico su un disciplinare - tipo per l'inserimento di frutta e/o verdura e/o alimenti salutarì nelle mense e nei distributori automatici scolastici nel rispetto di *food safety e security*, privilegiando, ove consigliabile e/o necessario, il consumo di prodotti a Km zero e prodotti territoriali locali. Dovrà essere responsabilmente scoraggiato il consumo di bevande zuccherate prevedendone la graduale scomparsa nei distributori automatici presenti nelle scuole. Analoghe iniziative dovranno essere condotte negli altri ambienti di vita e di lavoro assumendo come target la popolazione aperta e avendo riguardo per il doppio **indicatore 1.7.1. e 1.7.2.** che riguardano, rispettivamente, la *prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno* (dato regionale al 2013: 36%) e quella di *bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura* (dato regionale al 2014: 28%) Il traguardo del 2018 dovrà essere superato con un incremento rispetto al dato 2013/2014 del + 10% e del +15%.

L'indicatore 1.7.1 prevede degli **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: + 1%

2015: + 2%

2016: + 5%

2017: + 8%

2018: + 10%

L'indicatore 1.7.2. prevede degli **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: + 2%

2015: + 4%

2016: + 8%

2017: + 12%

2018: + 15%

Per entrambi la **Fonte dei dati** è costituito dal sistema di sorveglianza PASSI e dal Sistema di sorveglianza *Okkio alla Salute*.

Al fine di tesauroizzare le positive esperienze maturate nel corso del progetto CCM 2013 *OKkio alla Ristorazione* che ha visto la regione Sicilia capofila impegnarsi efficacemente in un settore, quale quello della ristorazione collettiva che offre ampi margini di miglioramento sia sotto il profilo qualitativo che nutrizionale producendo evidenti benefici di diretta ricaduta sulla salute pubblica, la regione Sicilia favorisce lo sviluppo di dinamiche di Rete funzionale tra i SIAN che operano nelle nove ASP del territorio. Le esperienze consolidate dai risultati del progetto appena concluso potranno essere così analogamente applicate e uniformemente ribadite in ciascun ambito provinciale secondo logiche omogenee e condivise, puntando all'incremento di incontri tra operatori e le associazioni di aziende di ristorazione collettiva (ARC) infittendo le attività di verifica qualitativa sul monitoraggio (ad esempio) degli ordini di frutta, verdura, sali alternativi etc.

Una particolare attenzione dovrà essere assegnata, nell'ambito del programma e in particolare di questa azione, proprio all'indiscriminato consumo di cloruro di sodio da parte della popolazione. Sarà compito dei SIAN attivare i più adeguati percorsi informativi integrati (anche concomitanti con analoghe iniziative di educazione alimentare) volti all'abbattimento dei livelli di consumo di cloruro di sodio nella popolazione anche attraverso l'orientamento all'uso di sali alternativi. In particolare dovrà essere promossa la sostituzione del sale comune con il sale iodato nell'ambito della ristorazione collettiva prevedendo il monitoraggio attraverso la rete dei SIAN. Di particolare giovamento, per tutte le linee progettuali, si profila l'apporto professionale del personale operante nelle ASP che è stato adeguatamente formato presso il CEFPAS nel biennio 2014/2015 al percorso motivazionale breve al cambiamento degli stili di vita. Gli interventi in quest'ambito prospettano, inoltre, una integrazione sinergica e coordinata con il programma 2 *Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT*.

L' Obiettivo centrale 8. Ridurre il consumo eccessivo di sale da cucina prospetta due indicatori:

l'indicatore 1.8.1 che misura la prevalenza di persone di età 18-69 anni ipertese che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale da cucina nel cibo e prospetta uno standard al 2018 di un incremento del 5% sul dato di base 2013 che è pari al 92%.

Al fine di monitorare l'andamento sono previsti **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: + 1%

2015: + 2%

2016: + 3%

2017: + 4%

2018: + 5%

La fonte dei dati è costituita da Sistema di sorveglianza PASSI.

l'indicatore 1.8.2. Prevalenza di soggetti 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati attualmente attestata attorno al 31% (dato 2012).

Si prospetta un decremento del 30% entro il 2018.

Sono previsti, a tal fine, **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: - 6%

2015: - 12%

2016: - 18%

2017: - 24%

2018: - 30%

La fonte è costituita dai dati Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie *“Aspetti della vita quotidiana”*.

Per il raggiungimento dei citati obiettivi centrali 7 e 8 risulta di vitale importanza la completa attivazione delle UOEPSA e della Rete operativa dei SIAN che ha già funzionato negli ultimi anni ma che deve essere condotta a regime. A tal fine si profilano degli ulteriori indicatori interni basati sulle relazioni annuali delle singole ASP volti a monitorare il livello di attività di rete indicando scadenze e contenuti operativi:

2015

Acquisizione tramite la rete SIAN ó Aziende Ristorazione Collettive (ARC) dei dati su acquisto annuo da parte delle ditte di materie prime quali sale comune e sale iodato da cucina, frutta e verdura.

Indicatore al 31/12/2015

Standard : dati forniti da almeno il 60% delle ARC aderenti alla Rete

2016

Progettare organizzare e condurre almeno due incontri informativi/ formativi curati dai SIAN/UEOPSA e rivolti alle Ditte per consolidare le attività di Rete ed implementare la promozione della Dieta Mediterranea e di stili di alimentazione salutaris attraverso:

a) informazione/formazione operatori delle ARC e distribuzione di materiale informativo specifico su Dieta Mediterranea

b) Promozione dell'adesione delle ARC alle campagna Ministeriale sul "poco sale ma iodato" e alla settimana "WASH"

c) valutare l'aderenza dei menù delle ARC ai principi della sana alimentazione

Standard:

a) Almeno 2 incontri anno

b) Valutazione dei menù di almeno il 60% delle ditte aderenti

c) Adesione del 30% delle ARC alla campagna *Wash*

2017

Almeno 3 incontri informativi/formativi curati dai SIAN/UEPSA e rivolti alle Ditte consolidando le attività di Rete e rafforzando la promozione della Dieta Mediterranea e di stili di alimentazione salutare attraverso:

a) Predisposizione di almeno 2 menù salutare per ogni stagione, basati sulla promozione dei prodotti tipici e/o locali e la promozione della Dieta Mediterranea, condivisi con le ARC

b) incrementare l'adesione alla campagna *Wash*.

Standard:

a) effettuare almeno 3 incontri/anno con conseguente predisposizione e condivisione con ARC di almeno 2 menù salutare per ogni stagione (8 menù)

b) Adesione del 60% delle ARC in Rete alla campagna *Wash*

2018

Almeno tre incontri informativi/ formativi curati dai SIAN/UEPSA e rivolti alle Ditte per consolidare la Rete ed implementare la promozione della Dieta Mediterranea e di stili di alimentazione salutare attraverso:

a) Acquisizione nuovi dati di acquisto annuo di sale comune e iodato, frutta, verdura e verifica dell'andamento delle acquisizioni nel periodo 2015 - 2018

b) Restituzione dei dati e dei risultati relativi alla promozione dell'utilizzo di frutta e verdura e riduzione del sale comune con preferenza di quello iodato nelle ARC.

c) Inserimento, anche saltuario delle proposte di menù tipici della dieta mediterranea elaborati con le ARC nei menù serviti.

d) Incremento del numero delle ARC aderenti alla campagna *Wash*

Standard:

a) Effettuazione di 3 incontri nell'anno con raccolta dei dati richiesti.

b) Analisi dei dati e relazione al DASOE entro il 31.01 2019

c) Inserimento, anche saltuario, delle proposte di menù tipici della dieta mediterranea elaborati nei menù serviti dal 50% delle ARC

d) Adesione dell'80% delle ARC alla campagna *Wash*

Nel complesso tale azione sinergica di rete deve portare entro il 2018 a raggiungere i seguenti risultati:

Incremento dati acquisto frutta e verdura di almeno 10% da parte delle ARC.

Riduzione 5% sull'acquisto di sale comune

Incremento del 10% delle ARC che utilizzano sale iodato.

Nell'ambito di questa **azione 2.1.1 D** riveste un ruolo di privilegiata importanza, sia dal punto demografico (considerando che la popolazione regionale di over 65 anni è cresciuta negli ultimi dieci anni di circa il 2% per anno) che di rilevanze emerse dal profilo di Salute della Regione Sicilia, la strategia di favorire una continua attività fisica in tutta la popolazione basandosi sulle evidenze scientifiche che oramai attestano in maniera incontrovertibile che questa costituisce un fattore di protezione per l'insorgenza di patologie di diverso inquadramento nosografico, di natura acuta e cronica, a carico della seconda e terza età. Il percorso informativo/educativo messo in atto dalle UOEPSA della ASP della regione, anche attraverso la collaborazione dei MMG, degli enti locali e delle associazioni del Terzo Settore, dovrà far sì che entro il 2018 lo standard regionale si attesti sui livelli nazionali previsti. Le ASP, a tal proposito, potranno accendere rapporti di collaborazione operativa ad estrinsecazione locali con Enti e associazioni riconosciute e accreditate nel settore utili al promuovere attività fisica secondo criteri salutistici.

L'obiettivo centrale 9. *Aumentare l'attività fisica delle persone* - si prefigge di far crescere i livelli di popolazione fisicamente attiva e individua due specifici indicatori:

l'indicatore 1.9.1 che misura la prevalenza di persone di età 18-69 anni che svolgono un lavoro pesante e/o aderiscono alle linee guida sulla attività fisica prevedendo un incremento del 30% entro il 2018 rispetto al dato regionale attuale del 33,4%.

Sono previsti **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: + 6%

2015: + 12%

2016: + 18%

2017: + 24%

2018: + 30%

l'indicatore 1.9.2 misura la proporzione di ultra64enni fisicamente attivi, determinata a mezzo di punteggio PASE rilevato con la sorveglianza PASSI e punta ad un incremento pari al 15% entro il 2018.

Sono previsti **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: + 3%

2015: + 6%

2016: + 9%

2017: + 12%

2018: + 15%

Fonte dei dati è costituita dal sistema di sorveglianza PASSI.

2) Programma Regionale di Promozione della Salute a favore di soggetti a rischio di MCNT.

È un programma pensato in funzione dei soggetti gravati da fattori di rischio di MCNT intermedi (dislipidemie, ipertensione arteriosa, iperglicemie, obesità, lesioni precancerose e/o cancerose iniziali etc.). Rappresentano quindi quelle condizioni che, pur non coprendo completamente il quadro nosografico della patologia conclamata (assenza o ridotta presenza di sintomi e/o lievi alterazioni di segni e indici), sono almeno in parte reversibili se individuate, diagnosticate e trattate tempestivamente. Anche in questo caso le azioni si avvalgono di logiche di *setting* e di approcci individuali selettivi.

Questo programma si collega agli **obiettivi centrali**:

10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT e all'obiettivo centrale

11. Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche.

Le **Azioni** previste sono tre:

1. *Identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT*, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (*empowerment* individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari. Snodo operativo di questa azione è la realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT da attivare entro un anno dall'avvio del PRP in armonia con l'**indicatore 1.10.1**. Tale studio di fattibilità andrà elaborato in funzione della definizione e valutazione di un progetto esitato da apposito tavolo regionale. Lo studio di fattibilità comprenderà anche previsioni di natura tecnica ed economica. Lo studio deve prevedere:

È l'analisi del profilo di salute della popolazione di riferimento;

È le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali, economico-finanziarie del programma da realizzare;

È l'analisi dei fattori di disuguaglianza e le possibili alternative rispetto alla soluzione individuata;

È la verifica della possibilità di realizzazione sulla base delle risorse disponibili;

È la descrizione del programma da adottare, con indicazione della proporzione della popolazione target coinvolta, delle risorse impegnate, delle tempistiche di realizzazione e del piano di valutazione.

Il programma dovrà essere attivato secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità centrale e dovrà presentare indici di estensione e adesione entro il 2018 secondo quanto previsto dall'**indicatore 1.10.2**.

Dovranno, cioè, essere indicate la percentuale dei MMG e gli specialisti ambulatoriali (territoriali e ospedalieri) reclutati nel programma e le relative quote di adesione fattiva alla individuazione dei soggetti a rischio che andranno avviati ad un percorso di presa in carico (che dovrà essere attivato progressivamente in tutti i distretti sanitari entro il 2018) secondo la previsioni predisposte dalle U.O.E.P.S in staff alle Direzioni Sanitarie Aziendali e oggetto di specifica programmazione annuale in armonia con i disposti del D.A n°300 del 2012. Trattandosi di linea operativa di nuova istituzione che potrà entrare a regime nel 2016 si prevedono indicatori a livello di ASP che misurino la percentuale di medici (MMG e specialisti di branca) aderenti al programma secondo la seguente progressione annuale:

2016 3%

2017 5%

2018 8%

La **fonte dei dati** dei due indicatori sono costituite dal provvedimento regionale (Decreto Assessoriale entro il 31.05.2016) e dagli atti deliberativi delle ASP e dai successivi report.

2. *Offerta di consiglio breve a soggetti con fattori di rischio, nei contesti sanitari appropriati.*
(Ambulatori, Consultori, Certificazioni, Medici Competenti, ecc.).

L'evidenza pratica ha ripetutamente dimostrato in letteratura che gli interventi diretti tra operatori sanitari e soggetti a rischio o in fase pre - clinica di quadri nosologici relativi patologie cronico degenerative rispondono con positività di efficacia a dinamiche di *counseling* se condotti in ambienti appropriati e da personale qualificato capace di interpretare le più adeguate metodiche di comunicazione nei confronti dei vari target. Il consiglio breve diretto a soggetti con fattori di rischio espresso in sede di Ambulatori, Consultori, Certificazioni, Medici Competenti, dimissioni ospedaliere, incontri ad hoc in seno a percorsi assistenziali di familiari malati, etc. riguarda soprattutto la correzione di stili di vita che vanno ricondotti a livelli più salutari e comprendono: la lotta al fumo, all'obesità e al sovraccarico ponderale e all'alcol nonché la promozione dell'attività fisica anche in soggetti con patologie croniche e/o limitazioni funzionali. In armonia con i disposti del D.A. n°300/2012, pertanto, le ASP dovranno attivare un programma di interventi territoriali che garantisca la crescita della buona pratica di *counseling* nelle strutture ambulatoriali pubbliche prevedendo e sostenendone la implementazione e il relativo incremento fino a farla divenire sistema. Dovrà essere pertanto curato anche il più attento monitoraggio da parte delle UOEPSA coinvolgendo fattivamente la rete dei MMG utilizzando gli analoghi sistemi informativi impiegati per la sorveglianza di altre azioni ricadenti nell'ambito di questo PRP.

In aderenza al dettato ministeriale il sistema di **indicatori** specifico di questa azione è il seguente:

Indicatore 1.10.3 Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere. Verrà misurata la prevalenza di fumatori di età 18÷69 anni che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare. Il valore previsto entro il 2018 è un incremento pari al 30% rispetto al dato di base regionale pari al 56% (2013).

Sono previsti **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: + 6%

2015: + 12%

2016: + 18%

2017: + 24%

2018: + 30%

La **Fonte dei dati** è costituita dal sistema di sorveglianza PASSI.

Indicatore 1.10.4 Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso. Misura la prevalenza di persone di età compresa tra 18-69 anni in eccesso ponderale (Imc compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza) che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso. Il valore da raggiungere entro il 2018 è un incremento pari al 30% rispetto al dato di base regionale pari al 47% (2013).

Sono previsti **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: + 6%

2015: + 12%

2016: + 18%

2017: + 24%

2018: + 30%

La **Fonte dei dati** è costituita dal sistema di sorveglianza PASSI.

Indicatore 1.10.5 Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo. Misura la prevalenza di persone di età compresa tra 18-69 anni con consumo a rischio di alcol che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo di alcol. In considerazione del basso dato di partenza (5% valore regionale 2013) è previsto un incremento del 300% entro il 2018.

Sono previsti **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: + 60%

2015: + 120%

2016: + 180%

2017: + 240%

2018: + 300%

La **Fonte dei dati** è costituita dal sistema di sorveglianza PASSI.

1.10.6 Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica. Prevalenza di persone di età 18-69 anni con patologia cronica

che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di fare regolare attività fisica. Entro il 2018 è previsto un incremento del 30% rispetto al dato regionale 2013 pari al 40,9%.

Sono previsti **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: + 6%

2015: + 12%

2016: + 18%

2017: + 24%

2018: + 30%

La **Fonte dei dati** è costituita dal sistema di sorveglianza PASSI.

Per questa azione risulta di fondamentale importanza la collaborazione con i medici di medicina generale e con tutti gli specialisti ambulatoriali interessati alla disciplina.

3. *Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche.*

In seno al programma regionale tale azione si collega a:

obiettivo centrale 11. Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018).

Entro il 31 maggio del 2016 la Regione Siciliana emanerà un atto di indirizzo per le ASP sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche. Le aziende sanitarie ne cureranno l'attuazione secondo una dinamica applicativa omogenea che tenga conto anche, nella dovuta considerazione, gli aspetti più attuali ed efficaci dei modelli AFA (attività fisica adattata) rivolta alle categorie oggetto di specifico interesse e anche al target elettivo rappresentato da soggetti over 65 affetti da patologie croniche e/o da limitazioni funzionali. Potranno essere coinvolti a livello locale, attraverso selezione di pubblica evidenza e/o tramite sottoscrizione di rapporto convenzionale su protocolli di intesa di provata efficienza, stakeholder qualificati nel settore che andranno ad integrare o fornire in toto le attività previste in base ad adeguate azioni di programma e sotto la vigilanza delle ASP.

Indicatore 1.11.1 Adozione di un atto di indirizzo sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018). Rileva la proporzione di ASP che hanno recepito ed attuato gli indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche over 65. Tutte le ASP recepiscono gli indirizzi regionali entro il 2016 e attueranno gli indirizzi regionali entro il 2018. Indicatore intermedio al 2017: almeno il 50% delle ASP. La **fonte dei dati** è rappresentata dal provvedimento regionale e dalle delibere aziendali ASP.

3 Programma Regionale FED (Formazione, Educazione, Dieta)

Approvato con D.A. Salute n° 2507 del 2013 il Programma FED nasce per contrastare l'incremento di incidenza e prevalenza nella Regione Sicilia di obesità e sovrappeso, specie nell'età infantile. Per questo propone una rivoluzionaria azione formativa intersettoriale che risponda a criteri di omogeneità, di credibilità scientifica, di verifica dei contenuti e di impostazione centralizzata con compiti di indirizzo e controllo tramite un tavolo tecnico regionale coordinato dal Servizio di Promozione della Salute del Dipartimento Attività Sanitarie. Il programma si propone, innanzitutto, di superare le pregresse criticità legate ad attività scollegate spesso affidate a personale non qualificato, secondo programmi liberi e consumati a macchia di leopardo sul territorio regionale senza alcun coordinamento e verifica di temi e contenuti. Mette in campo, poi, un percorso formativo omogeneo e centralizzato destinato a quanti sono quotidianamente impegnati nel settore con trasversalità di metodi e contenuti. Il FED nel 2014 ha concluso la fase formativa dei Formatori di Primo livello FED, a caratura regionale (rappresentati da dirigenti sanitari, MMG e PLS, laureati in professioni sanitarie, agronomi, docenti della scuola dell'obbligo etc.) che hanno seguito un corso di otto moduli presso il CEFPAS (Ente Strumentale della Regione Siciliana per la Formazione Sanitaria), partecipato a due laboratori e superato un esame di qualificazione. Al corso di primo livello segue un percorso formativo di secondo livello organizzato in contemporanea da tutte le nove ASP della Regione e rivolto a tutti gli *stakeholders* previsti dal provvedimento. A questa seconda fase orientata a qualificare Educatori FED partecipano attivamente tutti i formatori FED qualificati nel primo livello e inseriti quali docenti nei percorsi formativi allestiti da ogni ASP secondo un programma comune predisposto e controllato dal tavolo tecnico regionale e organizzato secondo un approccio multisettoriale a partire dall'Ufficio Scolastico Provinciale. Alla fase formativa di secondo livello segue quella di rete territoriale basata, anch'essa, su una serie programmata di incontri didattici tra i vari settori interessati (Scuola, ristorazione pubblica e collettiva, lavoro, mercati, ristoratori di pubblico esercizio, vending etc.) L'attivazione della rete territoriale del programma FED renderà possibili sinergie operative con il programma regionale *Promozione della Salute e lotta a Tabagismo, abuso di alcol, sedentarietà* e in particolare con le specifiche azioni che mirano ai seguenti obiettivi:

Promozione della Salute in Ambiente Scolastico

Promozione della Salute in Ambiente di Lavoro e Comunità

Aumentare il consumo di frutta e verdura

Ridurre il consumo eccessivo di sale da cucina

Aumentare l'attività fisica delle persone

Inoltre potranno configurarsi ricadute positive nell'ambito dell'azione *Offerta di consiglio breve a soggetti con fattori di rischio, nei contesti sanitari appropriati* del Programma Regionale di Promozione della Salute a favore di soggetti a rischio di MCNT per il quale le ASP dovranno prevedere le opportune integrazioni operative sfruttando le più idonee professionalità formate.

Concettualmente semplice ma particolarmente impegnativo nella fase di conduzione, il Programma FED mira ad una riqualificazione del sistema di orientamento a buone prassi secondo principi di *evidence based* e ad una ricaduta sul medio lungo/termine che guardi al decremento dei livelli di obesità. Nell'ambito di questo programma non sono previste azioni specifiche che risulterebbero ampiamente ripetitive in quanto

sovrapponibili a quelle dei due precedenti programmi, ma essendo supportato da provvedimento normativo con effetti stringenti sui risultati da conseguire si individuano alcuni obiettivi specifici.

Attivazione della seconda fase del Programma FED (la prima si è conclusa nel febbraio 2015) entro il 2015.

Attivazione della rete territoriale (Scuola, Associazioni, Operatori del settore) entro il 2016.

Verifica azione e rimodulazione interventi per l'avvio della nuova fase uno del programma (2017)

Consolidamento della rete territoriale in avvio della nuova fase due (2018)

Ai fini della valutazione costituiranno fonte di dati gli atti deliberativi attestanti il rispetto del previsto crono programma.

Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.
Quadro logico regionale.

Macro Obiettivo	Programmi	Fattori di rischio /determinanti	Popolazione target	Azioni	Obiettivi specifici	Indicatori	Standard				
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	Programma Regionale Promozione della Salute e lotta a Tabagismo, Abuso di alcol, Sedentarietà		Popolazione	2.1.1.A.Definizione di accordi intersectoriali a livello aziendale (Guadagnare salute/salute in tutte le politiche).		Stesura e realizzazione di un piano di azione intersectoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	Numero di accordi quadro intersectoriali Aziendali attivati e/o mantenuti.				
					Attivazione in ogni ASP di processi intersectoriali per la salute in tutte le politiche		Proporzione di ASP che hanno recepito e attivato gli accordi: 50% (2016) 100% (2018)				
				Donne in gravidanza e puerpere	2.1.1.B Promozione dell'allattamento al seno	Sviluppo di programmi/interventi volti a favorire l'allattamento al seno	Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese :			
				Scuole	2.1.1.C Promozione della Salute in Ambiente Scolastico	<u>Ambiente scolastico</u>	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono) alla progettazione regionale specifica			
					Sviluppo di programmi di promozione della salute per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e istituzioni educative		Ridurre il numero dei fumatori	Prevalenza di fumatori nella popolazione: riduzione del 20% (2018)			
			Ambienti di lavoro	2.1.1.D Promozione della Salute in Ambiente di Lavoro	<u>Ambiente di lavoro</u> Sviluppo di programmi/interventi integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e “datori di lavoro”, volti a favorire l’adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol), attivando reti e Comunità Locali (EELL, Associazioni, Medici competenti, ecc.) Sviluppo di programmi/interventi, volti a favorire l’adozione di stili di vita attivi, nella popolazione giovane, adulta e anziana, attivando reti e Comunità Locali (EELL, Associazioni, ecc.)			Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato 70%(2016) 90% (2018)			
			Comunità								

<p>Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT</p>	<p>Programma Regionale di Promozione della Salute a favore di soggetti a rischio di MCNT</p>	<p>Fattori di rischio intermedi (ipertensione, dislipidemia, iperglicemia)</p>	<p>Soggetto in sovrappeso iperteso dislipidemic o iperglicemic o fumatore sedentario consumatore di bevande alcoliche a rischio</p>	<p>2.1.2.A Identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari</p> <p>2.1.2.B Offerta di consiglio breve a soggetti con fattori di rischio, nei contesti sanitari opportunistici (es. Ambulatori, Consultori, Certificazioni, Medici Competenti, ecc.)</p> <p>2.1.2.C Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche.</p>	<p>Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT</p>	<p>Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)</p> <p>Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)</p> <p>Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere</p> <p>Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso</p> <p>Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo</p> <p>Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica</p>
	<p>Programma Regionale FED</p>		<p>Popolazione generale</p>		<p>Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio)</p>	<p>Attuazione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche attuazione (entro il 2018)</p> <p>Effettuazione dei corsi FED di Secondo livello su tutte le ASP (2016)</p> <p>Attivazione reti</p>

MACROObiettivo 1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili.

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
1. Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	1.1.1	Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	Da definire nell'ambito delle Azioni centrali di supporto al PNP di cui al Paragrafo 1.3 del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014)			
	1.1.2	Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi				
2. Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	1.2.1	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	Prevalenza di donne con figli minori di 6 anni che riferiscono di aver allattato al seno per sei mesi o più	Dato regionale non disponibile.	+ 25% a partire dal dato regionale 2015.	ISTAT. Indagine Multiscopo sulle famiglie - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	1.3.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	3%	Il 20% delle scuole dell'obbligo di ogni ordine e grado che aderiscono (con almeno il 10% delle classi) al programma regionale compreso il FED (2018).	
4. Ridurre il numero di fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	Anno 2013: 28%	Decremento del 2% annuo rispetto al dato 2013 2% (2014) 4% (2015) 6% (2016) 8% (2017) -10,0% (2018)	Sistema di sorveglianza PASSI Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
5. Estendere la tutela dal fumo passivo	1.5.1	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che lavorano in locali chiusi e che rispondono òsempreò o òquasi sempreò alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro	Anno 2013: 67%	+5%	Sistema di sorveglianza PASSI
6. Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)	Anno 2013: 9 %	- 10%	Sistema di sorveglianza PASSI Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie òAspetti della vita quotidianaò
7. Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1-2	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	Anno 2013: 36%	+10%	Sistema di sorveglianza PASSI
			Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	Anno 2012: 28%	+15%	Sistema di sorveglianza Okkio alla Salute

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
8. Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale	Prevalenza di persone di età 18-69 anni ipertese che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo	Anno 2013: 92%	+5%	Sistema di sorveglianza PASSI
	1.8.2	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale	Prevalenza di soggetti 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati	Anno 2012: 31,1%	-30%	Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie Aspetti della vita quotidiana
9. Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1	Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che svolgono un lavoro pesante e/o aderiscono alle linee guida sulla attività fisica	Anno 2013: 33,4	-30%	Sistema di sorveglianza PASSI. Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie Aspetti della vita quotidiana
	1.9.2	Proporzione di ultra 64enni fisicamente attivi	Punteggio PASE calcolato con la rilevazione Passi d'Argento nella popolazione over 64 anni	Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 64 anni	+15% L'obiettivo è portare questo punteggio da 78 a 90	Sistema di sorveglianza Passi d'Argento

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.1	Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	Nell'ambito della progettazione lo studio di fattibilità è un elaborato realizzato ex ante in funzione della definizione e valutazione di un programma o di un progetto sulla base di una preliminare idea di massima. Lo studio di fattibilità comprende attività di natura tecnica ed economica. Lo studio deve prevedere: È l'analisi del profilo di salute della popolazione di riferimento; È le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali, economico-finanziarie del programma da realizzare; È l'analisi delle possibili alternative rispetto alla soluzione realizzativa individuata; È la verifica della possibilità di realizzazione sulla base delle risorse disponibili; È la descrizione del programma da adottare, con indicazione della proporzione della popolazione target da coinvolgere, delle risorse da impiegare, delle tempistiche di realizzazione e del relativo piano di valutazione	Non rilevato	La Regione realizza lo studio di fattibilità entro il 2016	Provvedimento (Decreto Assessoriale e relativo allegato tecnico)

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
	1.10.2	Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)	Programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT. Il programma deve prevedere la rilevazione di indicatori di estensione e adesione. Il programma dovrà essere almeno avviato entro il 2018	0	Attivazione del programma entro il 2018	Atti deliberativi ASP su Programmazione Aziendale Prevenzione ex D.A.n°300/2012
	1.10.3	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare	Anno 2013: 56 %	+30	Sistema di sorveglianza PASSI

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
	1.10.4	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	Prevalenza di persone di età 18-69 anni in eccesso ponderale (Imc compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m² calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza) che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	Anno 2013: 47%	+30%	Sistema di sorveglianza PASSI
	1.10.5	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo di alcol	Anno 2013: 5%	+300%	Sistema di sorveglianza PASSI

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
	1.10.6	Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con patologia cronica che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di fare regolare attività fisica	Anno 2013: 40,9%	30%	Sistema di sorveglianza PASSI
11. Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	1.11.1	Adozione di un atto di indirizzo sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	Proporzione di ASP che hanno recepito ed attuato gli indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	Non rilevato	100% Tutte le ASP recepiscono gli indirizzi regionali entro il 2016 e hanno attuato gli indirizzi regionali entro il 2018	Provvedimento regionale (decreto assessoriale) Atti deliberativi delle ASP.

Programma Regionale di miglioramento degli screening oncologici

Nella popolazione siciliana il tumore della mammella costituisce la prima causa di morte per neoplasia nelle donne, il tumore dell'utero la sesta, e il tumore del colon-retto la seconda sia per gli uomini che per le donne.

Gli screening oncologici sono posti fra i Livelli Essenziali di Assistenza in quanto efficaci nel ridurre la mortalità per questi tumori e devono essere garantiti a tutta la popolazione siciliana.

Per garantire in tutto il territorio regionale l'accessibilità agli screening da parte della popolazione bersaglio è stato predisposto negli anni scorsi il Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Siciliana, per la realizzazione del quale sono state messe in campo numerose azioni: costituzione del Gruppo di coordinamento regionale e di un network strutturato dei referenti delle Aziende Sanitarie Provinciali, organizzazione del percorso di formazione per gli operatori, elaborazione delle Direttive per l'esecuzione degli screening oncologici nella Regione Siciliana (D.A. 1845/12), emanazione della Circolare Assessoriale n. 1308/13 Potenziamento degli screening oncologici, stipula di protocolli d'intesa con stakeholders e volontariato attivo del territorio, sensibilizzazione dei Direttori Generali, campagna regionale di comunicazione ai cittadini, monitoraggio periodico dell'attività.

Grazie agli sforzi profusi si è assistito ad un notevole miglioramento rispetto alla situazione di partenza, ma non sono ancora raggiunti gli standard nazionali richiesti, pertanto è necessario un ulteriore impegno per aumentare l'estensione reale dei programmi di screening e l'adesione della popolazione bersaglio. La verifica dell'effettiva attivazione delle UO di Screening, la sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale che porti alla pulizia delle liste e al recupero dei non responders, la correzione degli indirizzi con riduzione degli inviti inesitati e la collaborazione con gli altri CUP aziendali per evitare i test fuori dal percorso screening sono le azioni che possono contribuire all'aumento di estensione ed adesione.

Inoltre appare necessario riorientare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA, di cui è dimostrato un miglior rapporto costo-beneficio.

In considerazione dell'alto rischio di sviluppare una neoplasia, soprattutto in età giovanile, appare opportuno identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella in modo da definire opportuni percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2.

Le evidenze epidemiologiche disponibili dimostrano che per i gruppi vulnerabili della popolazione, ovvero quelli con precario accesso alle risorse, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione. Le persone in condizioni di povertà assoluta o relativa, quelle con scarso capitale sociale ovvero con basso livello di istruzione, con scarse risorse personali ed interpersonali, senza reti parentali e sociali, hanno maggiori rischi per la salute e maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi.

Uno screening universale organizzato e funzionante riduce le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari legate all'istruzione e allo stato socioeconomico e di conseguenza anche le disuguaglianze nello stato di salute.

Macro obiettivo	Fattori di rischio /determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	Lesioni precancerose e cancerose iniziali per i carcinomi della cervice uterina, della mammella del colon retto	Identificazione precoce con programmi di popolazione dei soggetti a rischio per i carcinomi della cervice uterina, della mammella e del colon retto per età	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening sulla popolazione bersaglio
			Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio
			Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP) Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)
	Rischio eredo-familiare per tumore della mammella	Definizione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP) Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)

Programma	Obiettivo generale	Popolazione Target	Azioni	Obiettivi	Indicatori	Standard
Miglioramento degli screening oncologici	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	D 25-64 per cervice uterina D 50-69 per mammella U e D 50-69 per colonretto	Verifica dell'effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP	Presenza di sufficiente personale formato e dedicato, secondo le indicazioni del D.A. 1845/12	N. di UO attivate /totale UO previste	100%
	Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	D 25-64 per cervice uterina D 50-69 per mammella U e D 50-69 per colonretto	Sensibilizzazione MMG	Collaborazione MMG agli inviti Pulizia liste	N. MMG contattati/totale MMG	100%
			Correzione indirizzi	Recupero non Riduzione inviti inesitati	N. inviti inesitati /totale inviti	2%
			Accordi con CUP Az. Osp.	Riduzione test fuori screening	N. Az. Osp. Con protocollo d'intesa/ totale Az. Osp.	100%
	Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	D 35-64 per cervice uterina	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	Preparazione al passaggio al test HPV-DNA	Presenza di documento regionale	SI
			Adozione del test HPV-DNA in tutte le ASP secondo programmazione regionale	Screening con test HPV-DNA	N. donne screenate con test HPV-DNA/ totale donne 30-64	100%
	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	D 20-69 per mammella	Adozione di indirizzi regionali programmatori per il rischio eredo-familiare di tumore della mammella	Identificazione di percorsi per il rischio eredo-familiare di tumore della mammella	Presenza di documento regionale	SI
			Adozione dei percorsi in tutte le ASP secondo programmazione regionale	Attivazione dei percorsi per il rischio eredo-familiare di tumore della mammella	N. donne sottoposte a consulenza genetica/ totale casi attesi	10%

MACRO 1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili ó Valutazione

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	1.12.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICE UTERINA sulla popolazione bersaglio	Proporzione di persone in età target invitate	Anno 2012: 77%	+30%	Osservatorio Nazionale Screening
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio		Anno 2012: 73%	+37%	
		Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio		Anno 2012: 57%	+75%	
13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13.1	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE)	Proporzione di persone in età target invitati che eseguono il test di primo livello	Anno 2012: 41%	+55	
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING MAMMOGRAFICO)		Anno 2012: 57,5%	+45%	
		Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)		Anno 2012: 46%	+95%	

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
14. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	Non rilevato	100% entro il 2016 Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	Regioni
	1.14.2	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA come test di primo livello per lo screening del cervicocarcinoma	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno attivato in maniera esclusiva il test HPV-DNA	Regioni
15. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	1.15.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)	Proporzione di Regioni che hanno adottato gli indirizzi regionali	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno adottato gli indirizzi regionali entro il 2016	Regioni
	1.15.2	Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	Proporzione di Regioni che hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	Non rilevato	100% Tutte le Regioni hanno adottato i percorsi in tutte le aziende	Regioni

5. Programma Regionale di miglioramento degli screening oncologici

Azione	Obiettivo specifico	Indicatore	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore 2014	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Verifica dell'effettiva istituzione delle UO di Screening nelle ASP	Presenza di sufficiente personale formato e dedicato, secondo le indicazioni del D.A. 1845/12	Attivazione UO di Screening	Regione	N. di UO attivate /totale UO previste	30%	50%	100%	100%	100%
Sensibilizzazione MMG	Collaborazione a pulizia liste e recupero non-responders	Coinvolgimento MMG	Regione	N. MMG contattati/totale MMG	0%	5%	30%	60%	100%
Correzione indirizzi	Riduzione inviti inesitati	Inviti inesitati	Regione	N. inviti inesitati /totale inviti	4%	3,5%	3%	2,5%	2%
Accordi con CUP Az. Osp.	Riduzione test fuori screening	Presenza accordi	Regione	N. Az. Osp. Con protocollo d'intesa/ totale Az. Osp.	30%	40%	60%	80%	100%
Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	Preparazione al passaggio al test HPV-DNA	Presenza documento regionale	Regione		NO		SI		
Adozione del test HPV-DNA in tutte le ASP secondo programmazione regionale	Screening con test HPV-DNA	Adozione test HPV-DNA	Regione	N. donne screenate con test HPV-DNA/ totale donne 30-64	0%	0%	20%	60%	100%
Adozione di indirizzi regionali programmatori per il rischio eredo-familiare di tumore della mammella	Identificazione di percorsi per il rischio eredo-familiare di tumore della mammella	Presenza documento regionale	Regione		NO		SI		
Adozione dei percorsi in tutte le ASP secondo programmazione regionale	Attivazione dei percorsi per il rischio eredo-familiare di tumore della mammella	Attivazione percorsi	Regione	N. donne sottoposte a consulenza genetica/ totale casi attesi	0%	0%	2%	5%	10%

2.2 Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

2.2.1 Ipoacusia e sordità

Razionale

L'incidenza dell'ipoacusia neurosensoriale bilaterale di rilevanza clinica è di circa 1,0-1,5 per mille nati, ma può essere anche 10 volte superiore quando siano presenti uno o più fattori di rischio audiologico. Quindi l'ipoacusia infantile è una condizione clinica frequente e rilevante per la salute dell'individuo e per i costi economici e sociali cui questa è associata. Negli ultimi 10 anni, vi è stato un diffuso consenso a privilegiare programmi di screening neonatale universale dei disturbi permanenti dell'udito piuttosto che programmi rivolti esclusivamente a soggetti a rischio, in quanto circa il 50% dei bambini sordi non presentano nessuno dei fattori di rischio audiologico individuati dal Joint Committee on infant hearing screening assessment (JCIH). Lo screening uditivo neonatale permette di identificare la maggioranza dei bambini con disturbi bilaterali permanenti dell'udito in un'epoca della vita molto precoce, generalmente entro il 3°-4° mese dalla nascita, e di cominciare un intervento riabilitativo entro il 6° mese di vita, durante cioè il periodo di plasticità cerebrale, nel quale si sviluppano complessi circuiti interneurali ed in cui l'input acustico periferico è essenziale per una corretta maturazione delle vie uditive centrali.

Fattori di rischio/Determinanti

Per le forme ad esordio precoce si considerano: storia familiare positiva per ipoacusia infantile permanente, ricovero in NICU, assunzione di farmaci oto-tossici, iperbilirubinemia che ha reso necessaria l'exanguino-trasfusione, infezioni intrauterine, malformazioni congenite, sindromi associate con ipoacusia, disordini neurodegenerativi.

Per le forme a esordio tardivo si considerano le infezioni post-natali associate con ipoacusia neurosensoriale, incluse la meningite batterica e virale (soprattutto da herpes virus e varicella), i traumi cranici, soprattutto fratture a carico del basi-cranio e dell'osso temporale che richiedono ricovero in ospedale, la terapia con farmaci ototossici (soprattutto chemioterapici, amino glicosidici), la preoccupazione degli educatori riguardo l'udito, la percezione verbale, lo sviluppo del linguaggio o ritardi di sviluppo.

Strategie

Per poter garantire la piena possibilità di recupero delle abilità uditive è necessario identificare le ipoacusie entro il terzo mese di vita e avviare un adeguato intervento riabilitativo non oltre il sesto mese di vita. Si è dimostrato, infatti, che, quanto più precocemente viene ripristinata una normale stimolazione acustica, tanto minore risulta il gap tra un bambino ipoacusico e un bambino normo-udente in termini di performance comunicative, linguistiche, relazionali e cognitive. I bambini ipoacusici senza altre patologie associate che

ricevono un adeguato intervento riabilitativo prima dei sei mesi di vita, sviluppano un quoziente linguistico pari al loro quoziente cognitivo e raggiungono in età prescolare abilità linguistiche adeguate alla loro età. Lo screening uditivo neonatale costituisce pertanto uno degli interventi sanitari con un più favorevole rapporto costi/benefici. Lo screening uditivo neonatale deve, pertanto, rappresentare soltanto la prima tappa di un percorso abilitativo del bambino ipoacusico che coinvolge un team multiprofessionale.

Programma Regionale di screening audiologico neonatale

Nella nostra Regione, poiché in passato vi sono stati numerosi matrimoni fra consanguinei, la percentuale dei nati sordi è superiore a quella nazionale e si aggira intorno al 3 - 3,5 per mille, per cui sono attesi ogni anno circa 140-160 casi di sordità neonatale.

Il problema principale è rappresentato dal ritardo con il quale il problema viene rilevato e affrontato: infatti la diagnosi viene in genere posta nel corso del secondo anno di vita; tale ritardo può comportare una scarsa efficacia della terapia riabilitativa.

È pertanto di particolare importanza l'attivazione e l'estensione di uno screening neonatale universale che permetta l'individuazione e la protesizzazione precoce dei bambini affetti da sordità neonatale. In Sicilia da qualche anno è stato attivato un programma di implementazione dello screening audiologico neonatale, anche se non sono ancora tutti i punti nascita che effettuano tale screening, spesso rivolto solo ai nati nelle unità di terapia intensiva neonatale, facendo così sfuggire i nati sordi non prematuri.

Il test di screening utilizzato è rappresentato dalle otoemissioni acustiche evocate, cioè il segnale di ritorno emesso da alcune cellule presenti nella coclea quando eccitate da un suono, mentre il test di conferma della diagnosi è effettuato con lo studio dei potenziali evocati uditivi del tronco (ABR) ed eventualmente con indagini più sofisticate. Il test di screening può essere effettuato dallo stesso personale del punto nascita dopo opportuna formazione.

Attualmente sono più del 70% i punti nascita pubblici che hanno attivato lo screening, e circa il 60% dei neonati viene sottoposto a test; recentemente sono stati coinvolti anche i punti nascita del privato convenzionato.

Il Programma Regionale di screening audiologico neonatale mira a coinvolgere tutti i punti nascita e sottoporre a test tutti i neonati. Per tale motivo è opportuno sensibilizzare le Direzioni sanitarie di presidio di tutti i punti nascita e identificare un referente responsabile dell'attività e della trasmissione dei dati.

Le evidenze epidemiologiche disponibili dimostrano che per i gruppi vulnerabili della popolazione, ovvero quelli con precario accesso alle risorse, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione. Le persone in condizioni di povertà assoluta o relativa, quelle con scarso capitale sociale o con basso livello di istruzione, con scarse risorse personali ed interpersonali, senza reti parentali e sociali, hanno maggiori rischi per la salute e maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi.

Uno screening universale organizzato e funzionante riduce le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari legate all'istruzione e allo stato socioeconomico e di conseguenza anche le disuguaglianze nello stato di salute.

2.2.2 Ipovisione e cecità

Razionale

In Italia le indagini Istat affermano che 4,5 persone ogni 1.000 abitanti sono ipovedenti. L'impatto psicosociale della cecità e dell'ipovisione è molto rilevante. L'identificazione delle cause di danno funzionale o di ostacolo alla maturazione della visione quanto più è precoce, tanto più garantisce possibilità di trattamento o di efficaci provvedimenti riabilitativi.

Fattori di rischio/Determinanti

Tra i fattori ambientali figurano tutte le noxae che agiscono in un determinato momento del periodo gestazionale. I fattori possono essere meccanici, fisici (radiazioni ionizzanti), chimici (soprattutto farmaci), immunologici, metabolici, endocrini, nutrizionali.

I fattori infettivi rivestono una particolare importanza e tra essi si annoverano patologie contratte dalle donne durante la gravidanza e trasmesse verticalmente all'embrione, quali infezioni da virus rubeolico, da citomegalovirus e da toxoplasma. Nell'embriopatia rubeolica le patologie oculari sono la cataratta, il glaucoma malformativo, anomalie iridee, la retinopatia e il microftalmo. Le patologie oculari da citomegalovirus sono la corio-retinite centrale e la cataratta; nell'embrio-fetopatia da toxoplasma si ha la corio-retinite necrotizzante centrale (maculopatia), cataratta totale e microftalmo.

La cataratta congenita è la più frequente delle anomalie congenite oculari: si stima che sia presente ogni 1.600-2.000 nati in vari gradi di opacità ed è responsabile di circa il 15% dei casi di cecità nell'infanzia, essendo bilaterale in circa 2/3 dei casi.

Il glaucoma congenito è una sindrome complessa e grave di natura malformativa relativamente rara, colpendo all'incirca un soggetto ogni 10.000 nati vivi. Nell'intera popolazione ha una prevalenza di 0,006-0,008. È bilaterale nel 75% dei casi ed è annoverabile tra le malattie genetiche oculari.

Il retinoblastoma è il tumore maligno primitivo intraoculare più frequente dell'infanzia. È comunque piuttosto raro colpendo all'incirca un bambino ogni 20.000 nati vivi. La fascia di età più colpita è tra la nascita e i tre anni. Il retinoblastoma può essere ereditario (1/3 dei casi) o congenito (2/3 dei casi). Se precocemente diagnosticato e se seguiti i moderni protocolli terapeutici, ha una sopravvivenza del 90%.

La retinopatia del prematuro (Retinopathy Of Prematurity: ROP) è presente in bambini con peso alla nascita inferiore a 1.251gr nel 34% e in quelli con peso inferiore a 1.000gr nel 46%. Oggi è una delle maggiori cause di cecità ed ipovisione nei paesi industrializzati ed è in aumento di pari passo con il migliorare della sopravvivenza neonatale. Tutti i prematuri devono essere monitorati da un punto di vista oculistico dopo il parto secondo protocolli rigidi che prevedano controlli frequenti.

Fra le ametropie e loro complicanze l'anomalia di più frequente riscontro è rappresentata dall'ambliopia, quasi sempre monolaterale, causata da un ostacolo al normale sviluppo sensoriale insorto durante il periodo critico. Non è quasi mai causa di deficit visivo grave, in quanto forma eminentemente monolaterale, ma può essere causa di ipovisione e cecità quando l'altro occhio subisce un danno permanente. L'ambliopia è comune nelle nazioni occidentali e circa il 5% dei bambini possono esserne affetti. Si ritiene generalmente che quanto più giovane sia l'età in cui viene diagnosticata l'ambliopia, tanto maggiore sia la possibilità di risultato efficace del trattamento.

Strategie

La strategia si basa sullo screening oftalmologico alla nascita, che può esser fatto sia dal pediatra che dall'oculista. Naturalmente tutti i bambini nati pre-termine devono essere esaminati, secondo i protocolli già esistenti in letteratura, da oftalmologi esperti sia durante la loro degenza ospedaliera che dopo la dimissione per diagnosticare, monitorare e eventualmente trattare la retinopatia del pre-termine.

Programma Regionale di screening oftalmologico neonatale

Anche nella nostra Regione queste patologie oculari congenite hanno una bassa frequenza, ma la tempestività con la quale il problema viene rilevato e affrontato influenza l'efficacia del trattamento e della terapia riabilitativa. È pertanto di particolare importanza l'attivazione e l'estensione di uno screening neonatale universale che permetta l'individuazione e il trattamento precoce dei bambini affetti da patologie oculari congenite.

Il test di screening da utilizzare è rappresentato dal test del riflesso rosso, che consiste nell'osservare il fondo oculare dopo aver proiettato con un oftalmoscopio un fascio luce nell'occhio del neonato attraverso tutte le parti normalmente trasparenti dell'occhio, e rilevare la presenza simmetrica del riflesso rosso in entrambi gli occhi.

La presenza di un riflesso marcatamente diminuito, di un riflesso bianco, di macchie nere o di asimmetria sono tutte indicazioni per l'invio del bambino all'oculista. Il test di screening può essere effettuato dallo stesso personale del punto nascita dopo opportuna formazione.

Il Programma Regionale di screening oftalmologico neonatale mira a coinvolgere tutti i punti nascita e sottoporre a test tutti i neonati. Per tale motivo è opportuno sensibilizzare le Direzioni sanitarie di presidio di tutti i punti nascita e identificare un referente responsabile dell'attività e della trasmissione dei dati.

Le evidenze epidemiologiche disponibili dimostrano che per i gruppi vulnerabili della popolazione, ovvero quelli con precario accesso alle risorse, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione. Le persone in condizioni di povertà assoluta o relativa, quelle con scarso capitale sociale o con basso livello di istruzione, con scarse risorse personali ed interpersonali, senza reti parentali e sociali, hanno maggiori rischi per la salute e maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi.

Uno screening universale organizzato e funzionante riduce le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari legate all'istruzione e allo stato socioeconomico e di conseguenza anche le disuguaglianze nello stato di salute.

Quadro logico centrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio/ Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	Ipoacusia e sordità Cause congenite: Infezioni intrauterine Cause iatrogene	Screening audiologico neonatale	Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale
	Ipovisione e cecità Patologie congenite (malattie genetiche, cataratta, retinoblastoma, vizi refrazione)	Screening oftalmologico neonatale	Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale

Programma	Obiettivo generale	Popolazione Target	Azioni	Obiettivi	Indicatori	Standard
Screening audiologico neonatale	Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Tutti i neonati	Sensibilizzazione Direzioni Sanitarie di Presidio	Collaborazione allo screening Presenza referente di Presidio	N. Direzioni contattate/totale Direzioni N. referenti di Presidio/totale Presidi	100%
			Predisposizione del servizio	Acquisto apparecchiatura Formazione personale	N. Presidi con apparecchiatura/totale Presidi	100%
			Attivazione del servizio	Esecuzione screening	N. neonati testati /totale neonati	100%

Screening oftalmologico neonatale	Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Tutti i neonati	Sensibilizzazione Direzioni Sanitarie di Presidio	Collaborazione allo screening Presenza referente di Presidio	N. Direzioni contattate/totale Direzioni N. referenti di Presidio/totale Presidi	100%
			Predisposizione del servizio	Acquisto apparecchiatura Formazione personale	N. Presidi con apparecchiatura/totale Presidi	100%
			Attivazione del servizio	Esecuzione screening	N. neonati testati /totale neonati	100%

MACRO 2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
1. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	2.1.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	Attivazione dello screening audiologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione	In Italia non è ancora attivato un programma di screening audiologico neonatale universale e non sono disponibili dati di prevalenza riferiti alla popolazione nazionale. Da uno studio Agenas risulta che 132 punti nascita su 180 appartenenti a 14 regioni Italiane dichiarano di effettuare uno screening audiologico neonatale	100% Tutte le Regioni hanno attivato lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Regioni
2. Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	2.2.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale	Attivazione dello screening oftalmologico in tutti i punti nascita di ciascuna Regione	In Italia non è ancora attivato un programma di screening oftalmologico neonatale universale e non sono disponibili dati di prevalenza riferiti alla popolazione nazionale	100% Tutte le Regioni hanno attivato lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Regioni

Programma Regionale di Screening audiologico neonatale

Azione	Obiettivo specifico	Indicatore	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore 2014	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Sensibilizzazione Direzioni Sanitarie di Presidio	Collaborazione allo screening	Conoscenza screening	Regione	N. Direzioni contattate/totale Direzioni	100%				100%
	Presenza referente di Presidio	Nomina referente	Regione	N. referenti di Presidio/totale Presidi	100%				100%
Predisposizione del servizio	Acquisto apparecchiatura	Presenza apparecchiatura	Regione	N. Presidi con apparecchiatura/totale Presidi	60%	70%	80%	90%	100%
	Formazione personale	Presenza personale formato	Regione	N. Presidi con personale formato/totale Presidi	60%	70%	80%	90%	100%
Attivazione del servizio	Esecuzione screening	Neonati screenati	Regione	N. neonati testati /totale neonati	50%	60%	70%	85%	100%

Programma Regionale di Screening oftalmologico neonatale

Azione	Obiettivo specifico	Indicatore	Fonte verifica	Formula calcolo	Valore 2014	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Sensibilizzazione Direzioni Sanitarie di Presidio	Collaborazione allo screening	Conoscenza screening	Regione	N. Direzioni contattate/totale Direzioni	0%	50%	100%	100%	100%
	Presenza referente di Presidio	Nomina referente	Regione	N. referenti di Presidio/totale Presidi	0%	30%	80%	100%	100%
Predisposizione del servizio	Acquisto apparecchiatura	Presenza apparecchiatura	Regione	N. Presidi con apparecchiatura/totale Presidi	0%	0%	50%	80%	100%
	Formazione personale	Presenza personale formato	Regione	N. Presidi con personale formato/totale Presidi	0%	0%	50%	80%	100%
Attivazione del servizio	Esecuzione screening	Neonati screenati	Regione	N. neonati testati /totale neonati	0%	0%	20%	50%	100%

2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani.

Razionale

La salute mentale costituisce parte integrante della salute e del benessere generale, così come definita anche dall'OMS: «La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità». I primi anni di vita sono cruciali per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi mentali, poiché fino al 50% delle patologie psichiatriche dell'adulto iniziano prima dei 14 anni d'età e in particolare un terzo delle persone che soffrono di depressione clinica da adulti (uno dei problemi più comuni nell'Unione Europea) ha avuto un esordio prima dei 21 anni. Nel nostro Paese, il numero di adolescenti in condizioni di disagio psicologico, che potenzialmente può sfociare in disturbo vero e proprio, rappresentano il 7-8% della popolazione giovanile. In questo complesso contesto debbono essere inseriti anche i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Sebbene, infatti, nella Consensus Conference del 2012 si sia messo in evidenza, riguardo a tale tematica, come siano veramente pochi gli studi epidemiologici attivati nel corso degli ultimi 5 anni, molti esperti riferiscono di un trend in aumento, che, peraltro, potrebbe comunque essere dovuto anche ad approcci diagnostici diversificati. Quello che è evidente è che le caratteristiche psicopatologiche dei DCA stanno modificandosi, quasi che interpretassero un disagio diffuso della modernità, con conseguente comparsa di quadri clinici inesistenti fino a qualche anno fa, quali i DCA maschili o i disturbi infantili con forme severe e molto difficili da trattare. Le patologie psichiatriche in età evolutiva determinano, quindi, un bisogno di salute emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi e presa in carico precoce. Tali interventi infatti, oltre ad essere correlati positivamente con la possibilità di guarigione, assumono un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica dell'età adulta, che non bisogna dimenticare rappresenta un fattore di rischio per altre patologie. Le persone con disagio/malattia mentale, infatti, presentano tassi molto più alti di disabilità e mortalità rispetto alla popolazione generale. Per esempio, le persone affette da depressione maggiore o da schizofrenia hanno un maggior rischio, fra il 40% e il 60%, di morire prematuramente a causa di problemi trascurati di salute fisica (cancro, malattie cardiovascolari, diabete, infezioni da HIV) e di suicidio, che rappresenta la seconda causa di morte tra i giovani. Proprio a questo specifico evento la Regione Sicilia dedica una particolare attenzione attivando l'azione 3.1.2 più avanti descritta.

Fattori di rischio/Determinanti

La salute mentale, come altri aspetti della salute generale, può essere influenzata da un'ampia gamma di fattori (status economico e lavorativo, livello di scolarità, standard di vita, salute fisica, coesione familiare, discriminazione, violazione dei diritti umani ed esposizione a eventi avversi come violenza sessuale, abuso e trascuratezza). I determinanti della salute mentale dei bambini e degli adolescenti possono essere classificati come fattori di rischio e fattori protettivi:

- i fattori di rischio sono tratti o situazioni che si correlano negativamente alla salute mentale (ad esempio l'abbandono o maltrattamenti subiti durante l'infanzia, rotture familiari, disoccupazione);
- quelli protettivi sono tutti quei fattori che aiutano a sviluppare resilienza di fronte ad eventi stressanti e/o traumatici.

Solitamente sia i fattori di rischio che quelli protettivi si distinguono in: fattori biologici, fattori psicologici e fattori sociali (Rapporto sulla Salute Mentale dell'OMS 2001).

I problemi e i disturbi mentali deprivano i bambini e i giovani di una buona qualità di vita, influenzano negativamente il loro sviluppo e possono essere ricorrenti o cronicizzarsi rappresentando, come già detto, un

importante precursore dei disturbi mentali dell'adulto. Poiché nei contesti scolastici si svolge una parte cruciale della vita dei ragazzi, sia in termini di quantità di tempo che di importanza del potenziale formativo e relazionale, è in tale ambito che bisogna moltiplicare le azioni a valenza preventiva. A titolo di esempio basti citare il fenomeno del bullismo a scuola, che è oggi uno dei problemi più diffusi in Europa. Vivere questa esperienza ha un diretto effetto negativo sulla salute e sul benessere mentale degli studenti e influenza negativamente anche i processi di apprendimento e i risultati scolastici. Per quanto riguarda poi i DCA, accanto ai fattori di rischio generici, quali per es. disturbi psichiatrici dei genitori o problematiche relazionali in famiglia, sono riconosciuti fattori di rischio specifici, tra i quali pare importante ricordare l'obesità.

Strategie

Data la molteplicità dei determinanti che agiscono sulla salute mentale, la responsabilità di promuoverla e di prevenire il disagio deve coinvolgere più attori, dentro e fuori il Servizio Sanitario, con un approccio globale, sistemico, integrato e coordinato. Diventa quindi fondamentale la collaborazione del sistema sanitario con quello sociale e con il mondo della scuola.

In un approccio di promozione della salute e prevenzione del disagio mentale risulta fondamentale prevedere strategie multisettoriali integrate che combinino interventi universali e interventi mirati su popolazioni specifiche.

- Gli interventi universali sono rivolti a tutti i gruppi presenti in ambito scolastico con approccio globale, con l'obiettivo di rafforzare le capacità di resilienza. La letteratura internazionale indica come efficaci i programmi che promuovono la consapevolezza dei benefici derivanti da stili di vita sani, i rischi connessi all'uso/abuso di sostanze e che affrontano specificamente il contrasto al bullismo e alla violenza, con il coinvolgimento diretto dei giovani nei programmi preventivi, dal momento che esso rappresenta già di per sé un investimento sulla loro salute mentale. La partecipazione, infatti, rafforza nei giovani l'identità, il senso di appartenenza e la competenza e contribuisce allo sviluppo e all'autostima.
- Accanto agli interventi universali vanno sviluppati interventi specifici, dentro o fuori la scuola, rivolti a gruppi a rischio per esempio per particolari condizioni sociali o economiche.

La letteratura scientifica di riferimento dimostra però che, nei confronti delle patologie psichiatriche in età evolutiva, accanto agli interventi di promozione della salute mentale, è altrettanto importante instaurare azioni di diagnosi e di presa in carico precoce. Tali interventi assumono un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica dell'età adulta. Numerosi dati di ricerca evidenziano che quanto più precoce è l'intervento sulla psicosi tanto migliore è l'esito, sia per quanto riguarda gli aspetti clinici che quello del funzionamento psicosociale, e che i risultati conseguiti con trattamenti intensivi nei primi anni vengono conservati nel tempo, quando si garantisca la prosecuzione di cure di mantenimento.

Anche il Piano di azione nazionale per la salute mentale, approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013, nell'ambito delle azioni programmatiche per la tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza, individua, tra le aree di bisogni prioritari, l'area esordi e raccomanda gli interventi precoci e tempestivi nei confronti dei disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia di età 15-21 anni), anche attraverso l'elaborazione di progetti sperimentali che prevedano la creazione di équipe integrate, dedicate alla prevenzione e alla presa in carico precoce. Ciò vale anche per i DCA per i quali si è dimostrato che la presa in carico precoce, entro un anno dall'insorgenza dei sintomi, da parte di un servizio specializzato, è correlata positivamente alla prognosi. In estrema sintesi, si possono elencare di seguito i criteri fondamentali per la costruzione di interventi preventivi e di promozione in ambito scolastico:

- adozione di approcci multidimensionali;
- promozione del concetto positivo di salute mentale piuttosto che di prevenzione della malattia mentale (es. resilienza, rafforzamento, life skill, senso di coerenza),
- partecipazione ed empowerment (es. coinvolgimento nelle decisioni come parte dello sviluppo e del mantenimento di un clima scolastico democratico; creazione del senso di appartenenza);
- apprendimento e insegnamento (es. implementare una varietà di strategie di apprendimento e insegnamento che promuovano il senso di coerenza, collegando la salute e il benessere mentale degli studenti anche alle loro vite nella comunità);

- approcci che migliorino la competenza socio-emozionale (es. capacità di autogestirsi, consapevolezza di sé e sociale, capacità di relazione, capacità decisionale responsabile);
- durata e intensità (es. implementazione continua per più di un anno);
- clima scolastico orientato al supporto (es. promozione della salute mentale come parte integrante della cultura della scuola, promozione di relazioni aperte e oneste all'interno della comunità scolastica, promozione di aspettative alte ma raggiungibili per tutti gli studenti, sia nelle interazioni sociali sia in riferimento ai risultati curriculari);
- coinvolgimento dei genitori e della comunità locale;
- collaborazione tra i responsabili delle politiche dei settori sanitario ed educativo (es. gruppi di lavoro integrati).
- contrasto alle disuguaglianze

7. Programma Regionale di prevenzione del disagio psichico infantile, adolescenziale e giovanile (ASP/Scuola)

Per quanto sopra il Programma Regionale di prevenzione del disagio psichico infantile, adolescenziale e giovanile e delle dipendenze da sostanza, in armonia con le indicazioni ministeriali prevede la seguente **azioni** fortemente incentrate sulla sinergica collaborazione tra ASP e Scuola:

3.1.1 Promozione e potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta.

Tale azione è volta al concretizzarsi di strategie integrate e interistituzionali per valorizzare/promuovere (in ambito scolastico ed extrascolastico) le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, auto efficacia, resilienza. Si pone come obiettivo quello di aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui in età scolare attraverso adeguati strumenti formativi che coinvolgano anche il personale docente e le famiglie. Dovrà inoltre giovare di strategie intersettoriali per prevenire e ridurre, quando necessario, il disagio (sociale, familiare) riducendo i fattori di disuguaglianza inibenti il processo di recepimento ed elaborazione degli interventi di prevenzione.

L'**indicatore** specifico di questa azione (3.1.1) è costituito dalla proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla programmazione regionale che prevede la costituzione di accordi di collaborazione ASP/Scuola nell'ambito delle attività di prevenzione aziendali di cui al D.A.300/12 e la relativa puntuale applicazione. Le UOEPS aziendali dovranno predisporre un programma su omogeneo modello regionale trasmesso dall'apposito tavolo tecnico da inserire nella complessiva pianificazione annuale in materia di prevenzione (P.A.P.). In particolare dovranno essere messe a disposizione della comunità scolastica le professionalità aziendali più idonee a comunicare e condividere i fattori di cambiamento e di potenziamento individuale sulle specifiche tematiche coinvolgendo il personale insegnante e di assistenza anche sulla base di accordi di collaborazione concomitanti su altre linee di azione. Il traguardo minimo da raggiungere entro il 2018 è rappresentato dal livello di adesione degli istituti scolastici di ogni ordine che non dovrà essere inferiore al 50%.

Sono previsti **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: + 10%
 2015: + 20%
 2016: + 30%
 2017: + 40%
 2018: + 50%

La fonte dei dati è costituita da: Documento tecnico regionale, Atti deliberativi delle aziende e relativi report di attività con specifico riferimento agli istituti coinvolti trasmessi entro il 31 gennaio di ogni anno.

3.1.2 Definizione di percorsi per la presa in carico precoce dei soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile a rischio di disagio mentale.

Tale azione mira ad identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale attraverso un adeguato numero di incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare e guidare il corpo docente rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale. Ogni ASP, in ragione della specifica organizzazione di offerta di servizio sanitario compatibile per disciplina, individua il percorso di presa in carico avendo cura di non medicalizzare precocemente la casistica individuata bensì valorizzare il corretto inquadramento del fenomeno nell'ambito dei fisiologici processi di crescita avvalendosi delle più aggiornate dinamiche integrazione e assistenza. Assume, poi, un ruolo di privilegiato interesse la prevenzione del suicidio in età scolare e giovanile verso cui le UOEPSA delle ASP in collaborazione con i servizi di salute Mentale dedica una particolare attenzione attivando tutte le possibili dinamiche di controllo del rischio individuabili nel setting scuola, ma anche dotandosi di un sistema informativo centralizzato per ASP all'interno del quale andrà gestita la registrazione sistematica di tutti i casi di tentato suicidio e di fenomeni di autolesionismo presentati ai Pronto Soccorso ospedalieri o ai Presidi Territoriali di Emergenza. Parallelamente andrà sviluppata una azione di coinvolgimento e sensibilizzazione a carico degli operatori sanitari di base e di formazione rivolta agli operatori dei servizi per l'emergenza finalizzata alla valutazione e alla gestione della persona che ha compiuto atti anticonservativi. Inoltre viene resa più fitta la collaborazione col CEPPAS (Ente strumentale per la Formazione Sanitaria) per la conduzione già nel 2016 dell' Executive Master: Le buone pratiche nel trattamento e nella prevenzione dei DCA completato da adeguati tirocini (almeno 40 ore).

L'azione nel suo complesso assume come indicatore la:

3.2.1 Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi. Tale indicatore misura la quota di soggetti individuati in ambito scolastico e presi in carico dall'ASP entro un anno dalla segnalazione. Risulta di tutta evidenza che l'adesione minima a tale indicatore non può che prevedere un numero di incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale che non sia inferiore a uno/anno per ogni istituto coinvolto nel programma.

Fonte dei dati per la verifica dell'azione in linea con l'obiettivo è costituita dalla pianificazione aziendale formalmente deliberata e dai relativi report che dovranno essere trasmessi al DASOE entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.

4. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani. Quadro logico .

Macro obiettivo	Programma	Fattori di rischio/ Determinanti	Popolazione Target	Strategie	Azioni	Obiettivi	Indicatori
Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	Programma Regionale di prevenzione del disagio psichico infantile, adolescenziale e giovanile (ASP/Scuola)	<u>Fattori protettivi:</u> organici, socio-emozionali sociali	Popolazione Scolastica Giovanile Adulta	Strategie integrate e interistituzionali (Scuola, servizi Sanitari e socio-sanitari, ecc.) per valorizzare/promuovere (in ambito scolastico ed extrascolastico) le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, auto efficacia, resilienza	3.1.1 Promozione e potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta.	Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute
		<u>Fattori di rischio:</u> tratti o situazioni che si correlano negativamente alla salute mentale		Definizione di percorsi per la presa in carico precoce dei soggetti in età pre adolescenziale, adolescenziale giovanile a rischio di disagio mentale	3.1.2 Definizione di percorsi per la presa in carico precoce dei soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile a rischio di disagio mentale.	Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi

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

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline/ Standard	Standard	Fonte dei dati
1. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	3.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra Regione e Ufficio scolastico regionale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	Adesione pari al 50% (2018)	Ogni Regione individua il suo standard. Lo standard nazionale è: 100% delle Regioni raggiunge almeno l'80% dello standard individuato dalla Regione stessa (con un minimo del 10% di scuole coinvolte)	Regioni
2. Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	3.2.1	Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi	Numero di incontri tra professionisti sanitari e professionisti della scuola volti a sensibilizzare rispetto al tema dell'espressione del disagio psicosociale	Due per scuola per anno (2018)	100% Almeno un incontro/ anno in ogni ASP.	Regioni

2.4 Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti.

Razionale

La dipendenza da sostanze è una patologia con un importante impatto socio-sanitario, con conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale e, in quanto tale, oggetto di interventi generali e specifici dello Stato. Gli effetti negativi sulla salute possono essere diretti, e derivare quindi dagli effetti farmacologici della droga e dalla via di somministrazione (per esempio fumata o iniettata utilizzando aghi non sterili), o indiretti, conseguenti all'utilizzo delle sostanze da abuso (in questo caso si fa riferimento all'alterazione degli stati di coscienza che possono portare i soggetti ad avere rapporti promiscui non protetti) come epatite B, C e AIDS. Le fasce di popolazione più vulnerabili al fenomeno sono i giovani adolescenti, dal momento che, come dimostrato dai più recenti studi di *neuroimaging*, le aree di immaturità cerebrale particolarmente presenti nei primi anni di vita vanno via via riducendosi col progredire dell'età fino a raggiungere la completa maturazione, dopo i 20 anni di età. Durante questo processo le cellule cerebrali sono particolarmente sensibili e la loro fisiologia e naturale maturazione può essere alterata e deviata dagli effetti legati al consumo di alcol e di sostanze.

Da alcuni anni, accanto allo scenario di uso di sostanze (droghe, psicofarmaci, alcol, tabacco), sempre più articolato, si va profilando la crescente diffusione di problematiche diverse nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlate sul piano psicopatologico; ci si riferisce alle cosiddette dipendenze *sine substantia*. Si tratta di quadri clinici che hanno in comune con la dipendenza da sostanze il comportamento compulsivo che produce effetti seriamente invalidanti. In particolare, accanto a nuove forme di dipendenza come il web e il sesso compulsivo, il gioco d'azzardo patologico (GAP) è quello più in espansione. Si tratta, in particolare, di persone con storia di abitudine al gioco d'azzardo (*gambling*) nelle sue varie forme, da quelle dei classici giochi da lotteria e delle tradizionali scommesse sportive, a quelle più recentemente introdotte nel nostro Paese (lotterie a vincita immediata, sale Bingo, gratta e vinci etc.) e a quelle che coinvolgono, come ulteriore fattore di rischio, l'elemento internet. Il gioco d'azzardo, così, di per sé non patologico, può tuttavia divenirlo. È stato riconosciuto ufficialmente come disturbo psichiatrico dall'*American Psychiatric Association* nel 1980. Nel 1994, il GAP è stato classificato nel DSM-IV (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) come «disturbo del controllo degli impulsi». Il DSM-IV ha definito il GAP come un «comportamento persistente, ricorrente e mal adattativo di gioco che compromette le attività personali, familiari o lavorative»; l'ICD-10 (*International Classification Disease*) dell'OMS lo ha inserito tra i «disturbi delle abitudini e degli impulsi». Più recentemente, il DSM-V inserisce il GAP nell'ambito dei disturbi da dipendenza, denominandolo *Disturbo da gioco patologico*.

Il numero stimato nel 2011 dei consumatori di sostanze stupefacenti (intendendo con questo termine sia quelli occasionali sia quelli con dipendenza da uso quotidiano), è pari in Italia a 2.327.335 persone. Nel 2013, le strutture socio-sanitarie attive dedicate alla cura e al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive sono complessivamente 1.604, di cui 645 (40,2%) rappresentate dai Ser.T. o dai Dipartimenti per dipendenze (ove istituiti) e le rimanenti 959 da strutture socio-riabilitative (59,7%, c.d. Enti del privato sociale che può essere autorizzato ovvero accreditato), in prevalenza strutture residenziali (66,9%). Il totale dei pazienti in trattamento presso i SerT è pari a 164.993 nel 2013 contro 164.101 del 2012 (dati derivanti dal flusso informativo del Ministero Salute, con un indice di copertura dei servizi di assistenza del 90%). In Sicilia, è pari 7.626, di cui 1.180 nuovi utenti, contro i 10.941 del 2012. L'età media dei nuovi utenti (di coloro cioè che per la prima volta si rivolgono ai servizi) è pari a 31,6 anni, con un incremento del periodo di latenza tra inizio dell'uso di sostanze e arrivo ai SerT. pari a circa 8 anni.

Dalla Relazione presentata al Parlamento dal Dipartimento delle Politiche Antidroga nel 2014, si evince che il numero totale dei consumatori di sostanze stupefacenti (sia occasionali sia dipendenti da sostanze) nella popolazione generale (15-64 anni), stimata utilizzando diverse ed indipendenti fonti informative al fine di integrare i dati e inquadrare il fenomeno il più correttamente possibile e condotta nel 2012 su un campione rappresentativo di circa 19.000 italiani (GPS-DPA, percentuale di adesione del 33,4%), è pari a oltre 2.300.000 unità, (da 2.127.000 a 2.548.000, intervallo di confidenza al livello 1- = 95%). In particolare, il consumo di sostanze stupefacenti tra gli studenti (15-19 anni) nel triennio 2011-13 presenta una ripresa dei consumatori di cannabis con prevalenze ancora crescenti nel 2014. Risulta stabile, anche se con una certa variabilità il consumo di cocaina. Negli ultimi anni, il fenomeno del consumo di eroina è stato in costante e continuo calo, anche nel 2014.

La stima di persone affette da GAP è estremamente difficile: ad oggi infatti, come riporta la Relazione al Parlamento 2014, non esistono studi e dati epidemiologici accreditati in grado di quantificare correttamente il problema sia nelle dimensioni che nella diffusione ed eventuali trend di evoluzione. Nell'ambito dello studio SPS del 2014, nella popolazione scolastica (15-19 anni), attraverso la SOGS-RA, è stato possibile individuare e stimare che circa l'8% degli studenti può collocarsi tra i giocatori problematici o patologici. Da studi preliminari, inoltre, da leggere con cautela, si può stimare una prevalenza nella popolazione generale (15-64 anni) fra l'1,2 e il 3%, mentre un'indagine più recente stima che una quota pari allo 0,8% della popolazione (circa 120.000 persone) appartenga invece propriamente al profilo del giocatore patologico. I soggetti in trattamento presso i SerT per gioco patologico nel 2013 (dato limitato a 13 Regioni) sono stati 6.804 (fonte: flusso GAP-DPA), in Sicilia nel 2013 sono stati 1.049, nel 2012 596 soggetti.

Per quanto sopra detto, prima ancora di definirne con assoluta certezza dimensioni numeriche e inquadramento nosografico in considerazione delle diverse covarianti, il disturbo da GAP minaccia di diventare un serio problema di salute pubblica rispetto al quale la regione Sicilia vuole intervenire per tempo.

Per quanto attiene l'abuso di alcol, nel nostro Paese non esiste ancora una stima ufficiale del numero di alcol-dipendenti. Per una valutazione minima del fenomeno può essere utile fare riferimento al numero di alcol-dipendenti in trattamento nell'ambito dei servizi pubblici territoriali. Nel 2012 sono stati presi in carico presso i presidi alcologici territoriali del Servizio Sanitario Nazionale 69.770 alcol-dipendenti (M.:54.431; F.:15.339), valore massimo finora rilevato per questo dato, con età media pari a 45,5 anni nei maschi e a 47,3 nelle femmine. I giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 9,1% dell'utenza totale ma i nuovi utenti di questa classe di età sono il 13,7%. Nell'ambito dei presidi citati il 27,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici ambulatoriali, il 26,5% a *counseling* personale o familiare, il 13,5% a trattamento socio-riabilitativo, l'11,0% a trattamenti psicoterapeutici individuali (7,5%) e di gruppo/familiari (3,5%), il 6,3% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto e il 2,6% in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale. Nel 2012 fra gli utenti dei servizi alcologici il 9,0% risulta fare uso concomitante di alcol e sostanze stupefacenti, valore inferiore a quello rilevato nel 2011 (9,8%), per un totale di circa 6.250 utenti.

Uno dei problemi più attivi in quest'ambito e di immediata ricaduta in ogni azione preventiva è rappresentato dalla necessità di poter stabilire se l'informazione di *warning* sia efficace sul danno legato al consumo di droga. Gli studi riportati dal DPA mostrano ad oggi che l'informazione di *warning* funziona solo se in grado di aumentare la *percezione del rischio*, basandosi sui dati d'evidenza, e solo se in grado di modificare la percezione del rischio e il comportamento a rischio della maggior parte delle persone; è, inoltre, accertato che l'informazione del rischio associata ad un intervento psicoeducativo è più efficace

della sola informazione, così come è accertato che è sbagliato non informare sui rischi e i danni del consumo di droga, ma che non tutte le persone rispondono alla stessa maniera. Appare evidente la ricaduta di tutto ciò ed è molto importante tenerne in adeguata considerazione nelle scelte di policy.

Fattori di rischio/Determinanti

I determinanti dell'uso di sostanze sono numerosi, e possono essere classificati in due grandi famiglie: determinanti ambientali e determinanti individuali.

Determinanti ambientali

A questa categoria appartengono i fattori sociali, distali o prossimali, che influenzano il comportamento degli individui. Secondo la teoria dell'influenza sociale, infatti, la personalità si forma dall'interazione tra ambiente, comportamenti e processi psicologici individuali, con una particolare attenzione a comportamenti, atteggiamenti e reazioni emotive degli altri. Da questa deriva la "Social normstheory", secondo la quale il comportamento è influenzato da percezioni errate di come gli altri membri dei gruppi sociali pensano e agiscono (la "norma percepita") più che sulle loro reali convinzioni e azioni (la "norma reale"). Questo divario tra percepito e reale viene indicato come una "errata percezione" e il suo effetto sul comportamento è la base per l'approccio delle norme sociali. Comportamenti a rischio sono generalmente sovrastimati e comportamenti sani o protettivi sono sottovalutati, e gli individui tendono a modificare il proprio comportamento per approssimare la norma mal percepita. Assume particolare importanza il ruolo dei fattori sociali in grado di determinare la "normalità" di un comportamento, come ad esempio il cinema o gli altri "media", l'azione della scuola, le campagne di informazione. Inoltre, l'influenza dei pari ha un maggior impatto sul comportamento individuale di quanto non abbiano i fattori biologici, della personalità, familiari, religiosi e culturali. Un ruolo importante assumono, inoltre, i determinanti sociali (livello di istruzione, reddito, lavoro, situazione familiare ecc.) che innescano condizioni di disagio predisponenti al passaggio dall'uso alla dipendenza da sostanze.

Determinanti individuali

Numerosi fattori individuali influenzano i comportamenti d'uso di sostanze e, forse, anche la progressione dall'uso alla dipendenza. Questi vanno dalle conoscenze sul rischio associato alle sostanze, alla sua percezione, alle capacità che determinano, ad esempio, le capacità di gestione dello stress e le emozioni, di relazionarsi con i pari e la resistenza alla loro pressione, alla resilienza e ai tratti di carattere che facilitano l'assunzione di rischi e le reazioni emotive. Gli studi recenti più accreditati hanno dimostrato che il comportamento di *addiction* ha un'origine multifattoriale; nella sua etiopatogenesi, infatti, entrano in gioco il disturbo dell'attaccamento, il trauma, la dissociazione, l'alessitimia e la disregolazione affettiva come determinanti individuali che si combinano insieme alla dissociazione e alla vergogna.

Strategie

La prevenzione gioca un ruolo essenziale nell'arginare il fenomeno della dipendenza da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali (GAP, *sex addiction*, *internet addiction*, shopping compulsivo, etc.), e più in generale tutti i comportamenti di *addiction*. Pertanto è essenziale definire strategie integrate focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio, competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita attraverso i metodi *life skills education* e *peer education*, ma anche *cooperative learning and parent training*. Si tratta di promuovere e diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e protettivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza. Per gli interventi

sui determinanti ambientali, le strategie indicate sono quelle che mirano alla de-normalizzazione dell'uso di sostanze nel quadro di un approccio di promozione della salute, tra cui un ruolo importantissimo è svolto dalla disapprovazione sociale, come messo già in evidenza da più studi a livello internazionale. Tra i fattori che vi contribuiscono in modo altamente significativo, si trovano certamente la presenza di legge e norme contro l'uso di droghe e alcol, la presenza di regole sociali contro l'uso di droghe e alcol, la presenza di interventi di prevenzione, il contrasto alla disponibilità della sostanza nell'ambiente, stato del welfare (caratteristiche demografiche, economiche, ecc.), attitudine esplicita contro l'uso di sostanze da parte del contesto sociale, da parte dei membri della famiglia e da parte del gruppo dei pari.

Le prove scientifiche sono ancora limitate, ma suggeriscono chiaramente alcuni interventi di *setting*:

- scuole che promuovono la salute, con l'adozione di policy in cui il fumo e l'alcol sono esplicitamente proibiti in ogni ambiente scolastico e in ogni orario (inclusi gli spazi pubblici antistanti la scuola, le gite scolastiche ecc.);
- famiglie che promuovono salute, in cui i genitori escludano l'uso di tabacco nelle case e utilizzino l'alcol in modo moderato nei limiti del pasto;
- interventi di regolazione dell'uso dell'alcol e del fumo in ambiente di lavoro, di vita, di svago, nel quadro di strategie di promozione della salute.

Anche gli interventi di comunicazione per la salute (attraverso vecchi e nuovi media) e di marketing sociale, volti alla de-normalizzazione dell'uso di tabacco e dell'abuso di alcol cominciano a registrare apprezzabili prove di efficacia così come le azioni di contrasto alle disuguaglianze.

La prevenzione del Gioco d'azzardo patologico merita un esame a parte, in quanto ha caratteristiche differenti: intanto, ha in atto un apparato di ricerca molto inferiore e più recente, che impedisce ancora di riconoscere interventi chiaramente efficaci col sostegno della metanalisi; inoltre, i gruppi di popolazione a rischio non sono completamente sovrapponibili.

Le strategie in campo riguardano comunque anche nel caso del GAP, come da D.A. n° 495 del 25.03.2015:

- interventi universali di tipo socio-ambientale, quali la riduzione o eliminazione della pubblicità sui diversi media e l'allontanamento fisico dei luoghi del gioco da tutti gli spazi di aggregazione giovanile e dalle scuole (che possono richiedere azioni centrali e/o locali);
- interventi individuali di prevenzione universale, quali percorsi scolastici di potenziamento delle abilità personali (*life skills*), riconoscimento delle reali probabilità di vincere e media *education*, al fine di sviluppare abilità di resistenza alla pressione dei media.

Tra le strategie da mettere in campo per il conseguimento del macro obiettivo è importante identificare gli interventi promettenti da sottoporre a valutazione scientifica, l'adattamento alla situazione regionale di interventi che hanno fornito prove di efficacia in altri contesti e la messa a disposizione degli interventi efficaci disponibili attraverso appropriati strumenti che permettano di accedere ai materiali, alle istruzioni di applicazione e anche alle prove di efficacia.

4.1 Programma regionale di prevenzione delle dipendenze da sostanza.

Per quanto sopra il Programma Regionale di prevenzione delle dipendenze da sostanza, in armonia con le indicazioni ministeriali, prevede la seguente **azione** fortemente incentrata sulla sinergica collaborazione

tra ASP e Scuola e orientata sul pieno raggiungimento dell'**obiettivo centrale**: aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui.

4.1.A Applicazione e sviluppo di accordi di collaborazione ASP/Scuola.

Tale azione è volta al concretizzarsi di strategie integrate e interistituzionali per valorizzare/promuovere (in ambito scolastico ed extrascolastico) le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, auto efficacia, resilienza. Si pone come **obiettivo** quello di aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui in età scolare attraverso adeguati strumenti formativi che coinvolgano anche il personale docente e le famiglie. Dovrà inoltre giovare di strategie intersettoriali per prevenire e ridurre, quando necessario, il disagio (sociale, familiare) riducendo i fattori di disuguaglianza inibenti il processo di recepimento ed elaborazione degli interventi di prevenzione.

L'**indicatore 4.1.1.** specifico di questa azione, è costituito dalla *proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di Promozione della Salute di cui al D.A. n°300/2012*, che prevede la possibilità di accordi di collaborazione ASP/Scuola nell'ambito delle attività di prevenzione gestite dagli specifici uffici delle aziende sanitarie secondo le linee di indirizzo assessoriali e la relativa puntuale applicazione. Le UOEPS aziendali dovranno predisporre un programma su omogeneo modello regionale validato dall'apposito tavolo tecnico permanente da inserire nella pianificazione annuale ex D.A. 300/2012. In particolare dovranno essere messe a disposizione della comunità scolastica le professionalità aziendali più idonee a comunicare e condividere i fattori di cambiamento e di potenziamento individuale sulle specifiche tematiche (in servizio presso il DSM, U.O. Psicologia, U.O. Neuropsichiatria infantile, U.O. SERT privilegiando i criteri di appropriatezza) coinvolgendo il personale insegnante e di assistenza anche sulla base di accordi di collaborazione concomitanti su altre linee di azione nell'ambito dello stesso accordo con gli USR e USP.

Lo standard previsto (2018) è la copertura di almeno il 50% delle scuole attive nella Regione che si andrà ad aggiungere al substrato già fin qui coperto (ma senza un'omogenea azione di programma) che è stata condotta, a macchia di leopardo, in vari punti della regione. Una visione sistematica e richiamata ad armonica aderenza a indirizzi fondati sulla evidenza scientifica sono riconosciuti quali elementi di positiva efficacia dell'intervento.

Sono previsti **indicatori sentinella** distinti per anno:

2014: 10%

2015: 20%

2016: 30%

2017: 40%

2018: 50%

La fonte dei dati è costituita da: Documento tecnico regionale, Atti deliberativi delle aziende e relativi report di attività con specifico riferimento agli istituti coinvolti trasmessi entro il 31 gennaio di ogni anno.

4.2 Programma regionale di prevenzione delle dipendenze senza sostanza.

La Regione Sicilia nell'ambito del presente piano di prevenzione, in armonia con i disposti del D.A. Salute n°2198/2014 **intende differenziare** in due diversi e complementari programmi il contrasto alle dipendenze da sostanze e da comportamenti. Questa scelta è motivata da alcune considerazioni:

- le matrici neurobiologiche e fisiopatologiche dei due tipi di dipendenza sono largamente sovrapponibili, ma le teorie più accreditate differenziano nel momento dell' incontro con l'*oggetto* (fattore di dipendenza) lo specifico approccio preventivo che deve essere condotto con appropriatezza di intervento che risulta sostanzialmente differente;
- l'attuale livello di offerta del fenomeno gioco è di elevato impatto sociale e preordina interventi a spettro diversificato e azioni di contrasto mirate;
- nel marzo del 2015 la Regione Siciliana si è dotata di un provvedimento (D.A. Salute n°495/15) che individua le linee guida di prevenzione del GAP. Tale provvedimento avvia percorsi nuovi e omogenei nella regione ed è tutt'ora in fase di messa a regime secondo tempistiche stringenti che devono essere separatamente coordinate e controllate;

Pertanto il programma regionale di prevenzione delle dipendenze senza sostanze prevede entro il 2016 una progressiva applicazione del D.A. sulle Linee guida del GAP ex D.A. n°495 del 25.03.2015 monitorato attraverso un Tavolo Tecnico regionale che seguirà i coerenti interventi da parte delle ASP.

Questo Programma Regionale di prevenzione delle dipendenze senza sostanza, converge sulla identica **azione 4.1.A** (*Applicazione e sviluppo di accordi di collaborazione ASP/Scuola*) fortemente incentrata sulla sinergica collaborazione tra ASP e Scuola e orientata sul pieno raggiungimento dell'**obiettivo centrale**: aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui muovendo da basi di integrazione e continuità col Programma di Prevenzione dell'abuso di sostanze.

Riconosce invece una **azione suppletiva** orientata al monitoraggio dell'applicazione delle linee guida regionali sulla prevenzione del GAP di cui al decreto sopracitato.

Azione 4.2.A Monitoraggio dell'applicazione delle linee guida sulla prevenzione del GAP ex D.A.n°495/15.

Entro il 2016 le ASP della regione siciliana dovranno recepire e applicare il D.A. n°495/15 del 25.03.2015 secondo le dinamiche previste dall'allegato tecnico al provvedimento. Tutte le attività disposte dovranno avere una matrice di programma inserita nell'annuale pianificazione aziendale (P.A.P.) e dovranno integrarsi con le azioni del precedente programma 7. In particolare dovranno essere osservati gli ambiti contemplati dall'art.9 del D.A. n°495/15 che impegna le ASP a garantire:

- il raccordo tra il referente GAP e/o il gruppo operativo stabile con gli operatori delle Aziende Sanitarie dedicati alle attività di Promozione alla Salute, inserendo gli obiettivi di prevenzione nell'ambito degli indirizzi di programmazione aziendale sotto la responsabilità dei competenti direttori di dipartimento e della direzione sanitaria aziendale;
- l'attivazione di reti e di alleanze tra i diversi attori della comunità coinvolte primariamente nelle politiche e nelle strategie di contrasto al gioco patologico in ordine ad azioni basate su iniziative di provata efficacia;

- la dotazione di adeguati strumenti di supporto trasversale indispensabili per la progettazione, la realizzazione, la valutazione di efficacia degli interventi;
- un sistema di sorveglianza della prevalenza dei giocatori monitorando il territorio di riferimento aziendale;
- l'impianto di un sistema di documentazione specifico, promuovendo al meglio la diffusione delle evidenze disponibili, puntando sul collegamento informatico delle strutture preposte; i risultati, a regime, saranno trasmessi con cadenza annuale, al Dipartimento ASOE dell'Assessorato Regionale Salute per le opportune valutazioni;
- la promozione della ricerca sull'efficacia degli interventi, dando visibilità alle iniziative ed ai risultati conseguiti anche in sede locale;
- la più adeguata diffusione delle iniziative di formazione, anche nell'ambito dei rapporti di collaborazione già instaurati con le altre istituzioni del territorio (in primo luogo, la scuola e le associazioni).
- la efficiente informazione sulle iniziative e sui servizi offerti utilizzando i sistemi di comunicazione a più diretto consumo, compreso il sito web aziendale, in linea con i target prescelti sia a livello centrale (Regione) che di azienda investendo i competenti servizi (Ufficio Stampa, Ufficio Relazioni con il Pubblico, ecc.).

L'obiettivo privilegiato di quest'azione non può che essere il concreto abbattimento del numero di soggetti esposti che possono evolvere in forme di GAP conclamato.

Quest'azione riconosce come indicatore unico:

Indicatore 4.2.1: *Monitoraggio qualitativo e documentativo dell'applicazione linee guida prevenzione del GAP.* I livelli di recepimento, applicazione e sviluppo del programma si appoggiano al momento di verifica previsto attraverso lo strumento di valutazione rappresentato dal Tavolo tecnico regionale sulla prevenzione del GAP che opera all'interno del Dipartimento Attività sanitarie dell'Assessorato Regionale alla Salute. La valutazione operata riguarda ambiti qualitativi e documentativi. Entro il 2015 tutte le ASP della regione dovranno recepire con atto deliberativo i disposti del decreto assessoriale n°495/15 e avviarne con appropriato modello organizzativo la coerente applicazione che dovrà entrare a regime entro il 2016. Entro il 2017 dovranno pervenire al DASOE i dati relativi ai report della annuale attività. Nel 2016 il tavolo tecnico regionale sulla scorta della propria azione di monitoraggio esprimerà i nuovi obiettivi aggiornati alla luce degli adeguamenti che dovranno ritenersi necessari.

La fonte dei dati è rappresentata dagli atti deliberativi aziendali (recepimento, applicazione, pianificazione degli interventi), dai report annuali aziendali, dalle relazioni annuali delle UOEPSA e delle altre strutture previste dal Decreto Assessoriale di riferimento.

2.4 Prevenire le dipendenze. Quadro logico regionale.

Macro obiettivo	Programma	Fattori di rischio/Determinanti	Popolazione Target	Strategie	Azioni	Obiettivi	Indicatori
Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	Programma regionale prevenzione delle dipendenze da sostanza	Percezione del rischio e informazione	Popolazione	Strategie integrate e interistituzionali (es. Scuola, Sanità) per valorizzare/promuovere (in ambito scolastico ed extrascolastico) le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, auto efficacia, resilienza. Strategie intersectoriali per prevenire e ridurre il disagio (sociale, familiare)	4.1.A Applicazione e sviluppo di accordi di collaborazione ASP/Scuola.	Aumentare la percezione del rischio e l' <i>empowerment</i> degli individui	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute
	Programma regionale prevenzione dipendenze senza sostanza	Stili di vita	Generale +		4.2.A Applicazione linee guida sulla prevenzione del GAP	Ridurre il numero di soggetti esposti che evolvono in forme di GAP conclamato.	Atti deliberativi ASP.
		Empowerment/competenze di individui e operatori	Setting specifici (scuole, comunità, gruppi selezionati, nuclei familiari)				Relazioni annuali.

MACRO 4. Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
1. Aumentare la percezione del rischio e l' <i>empowerment</i> degli individui	4.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono, sulla base di un accordo stipulato tra ASP e Ufficio Scolastico provinciale, ai programmi di promozione della salute nel contesto scolastico con almeno l'80% delle classi target	Non rilevato 0	almeno l'80% classi target (con un minimo del 50% di scuole coinvolte)	Regioni
	4.2.1	Monitoraggio qualitativo e documentativo dell'applicazione linee guida prevenzione del GAP	Proporzione di ASP che recepiscono e applicano le linee guida sulla prevenzione del GAP ex D.A.495/15.		100% delle ASP entro il 2016 (atti deliberativi) A regime entro il 2018.	

2.5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti.

Analisi del fenomeno.

Nel 2013 si sono registrati in Italia 181.227 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti (entro il 30° giorno) ammonta a 3.385, quello dei feriti a 257.421.

Rispetto al 2012, il numero di incidenti scende del 3,7%, quello dei feriti del 3,5% mentre per il numero dei decessi la flessione è del 9,8%. Tra il 2001 e il 2013 la riduzione delle vittime della strada è stata del 52,3%, in valore assoluto si è passati da 7.096 a 3.385.

Nel 2013, le vittime di incidenti stradali sono state 26.010 nella Ue28 (28.298 nel 2012), con una riduzione tra il 2013 e il 2010 del 17,7%, variazione analoga a quella registrata in Italia nello stesso periodo. Si tratta di 51,4 persone decedute in incidente stradale ogni milione di abitanti. L'Italia ha registrato un valore pari a 56,2, collocandosi al 14° posto nella graduatoria europea, dietro Regno Unito, Spagna, Germania e Francia.

Sulle strade urbane italiane si sono verificati 136.438 incidenti, con 184.683 feriti e 1.421 morti; sulle autostrade gli incidenti sono stati 9.265, con 15.447 feriti e 321 decessi. Sulle strade extraurbane, ad esclusione delle autostrade, si sono verificati 35.524 incidenti, con 57.291 feriti e 1.643 morti.

Gli incidenti più gravi avvengono sulle strade extraurbane (escluse le autostrade), dove si sono verificati 4,63 decessi ogni 100 incidenti. Le vittime sono state invece 1,04 ogni 100 incidenti sulle strade urbane e 3,46 sulle autostrade. Rispetto al 2012, l'indice di mortalità risulta in netta diminuzione sulle strade extraurbane (5,03 nel 2012) e in lieve calo su autostrade e strade urbane (rispettivamente 3,51 e 1,12 nel 2012).

L'indice di mortalità raggiunge il valore massimo tra le 3 e le 6 del mattino, in media 5 decessi ogni 100 incidenti, a fronte di una media giornaliera pari a 1,87. La domenica è il giorno della settimana nel quale si registra il livello più elevato dell'indicatore, 3,1 morti per 100 incidenti. Nella fascia oraria notturna (compresa tra le 22 e le 6 del mattino), l'indice è più elevato fuori città, il lunedì e la domenica notte (8,32 e 7,94 decessi per 100 incidenti).

Nel 67,9% dei casi le vittime degli incidenti stradali sono conducenti di veicoli, nel 15,9% passeggeri trasportati e nel 16,2% pedoni.

Tra i 2.297 conducenti deceduti a seguito di incidente stradale, il 42,1% aveva un'età compresa tra i 20 e i 44 anni (968 in totale), con valori massimi registrati soprattutto tra i giovani 20-24enni (219) e tra gli adulti nella classe 40-44 anni (215).

La categoria di veicolo più coinvolta in incidente stradale è quella delle autovetture (67,5%); seguono i motocicli (12,8%), gli autocarri (6,4%), le biciclette (5,3%) e i ciclomotori (4,5%).

I motocicli rappresentano la categoria di veicolo più a rischio: l'indice di mortalità è pari a 1,68 morti per 100 veicoli coinvolti; seguono biciclette (1,41) e ciclomotori (0,84).

5. 9. Programma Regionale interistituzionale di Prevenzione degli incidenti stradali (ASP, Prefetture, Comuni, Scuola, Polizia Stradale)

Razionale

Gli incidenti stradali sono un problema di sanità pubblica mondiale perché capaci di incidere fortemente sullo stato di salute provocando morte ed esiti invalidanti dal pesante impatto socio economico. L'Organizzazione Mondiale delle Nazioni Unite, nel Piano d'azione per la sicurezza stradale 2011-2020, indica che ogni anno circa 1,3 milioni di persone, di cui più della metà non sono né passeggeri, né conducenti di veicoli, muoiono per incidente stradale e all'incirca tra i 20 e i 50 milioni di persone sopravvivono agli incidenti stradali con conseguenti traumi e handicap. Gli incidenti stradali nel mondo sono una delle prime tre cause di morte nella fascia di popolazione compresa tra i 5 e i 44 anni di età.

Fattori di rischio/Determinanti

Come a più livelli noto alcuni dei principali determinanti sono costituiti da fattori di rischio individuali che favoriscono l'evento incidente stradale, quali le condizioni di salute, l'età, l'assunzione di farmaci compromettenti l'attenzione, l'equilibrio e i riflessi. Altri fattori di rischio sono riconducibili a stili di vita che comportano consumo dannoso di alcol e sostanze psicotrope, e a scorretti comportamenti alla guida (utilizzo dei cellulari, disattenzione, eccessiva velocità, mancato utilizzo dei sistemi di protezione, inosservanza delle norme del codice della strada). Concorrono al verificarsi di incidente altri determinanti di diversa natura attribuibili alla sicurezza delle strade, alla sicurezza dei veicoli, alla tipologia delle strade (in prevalenza extraurbane), ma anche a fattori sociali (condizioni socioeconomiche disagiate, stato di migrante) correlabili ad un minor accesso alle risorse di formazione e informazione sulle misure di prevenzione e, più in generale, all'acquisizione della cultura della sicurezza sulle strade.

Sicurezza stradale. In Italia ogni anno più di 8.000 bambini con una età inferiore o uguale a 14 anni rimangono feriti in incidenti stradali a bordo di autovetture. Di questi ultimi circa 100 muoiono, sul colpo o successivamente, a causa delle lesioni e i traumatismi riportati. L'efficacia dei seggiolini nel diminuire la necessità di ospedalizzazione e la probabilità di morte o di lesione grave in chi li utilizza è largamente dimostrata da numerosi studi svolti negli ultimi venti anni. Secondo i risultati ICONA oltre un terzo dei bambini in Sicilia (35%) non viaggia sul seggiolino.

In Sicilia nel triennio 2010-2013 i decessi per incidenti stradali da veicolo a motore rappresentano una delle prime cause di morte in termini di anni di vita persi soprattutto nella fascia di età giovanile 15-24 anni. Il tasso di mortalità è pari a 46,9 per milione di abitanti. Le cifre riferite al numero dei ricoveri ed agli anni di vita perduti, ma anche pesanti considerazioni sulla disabilità e l'evidenza della potenziale influenza da parte della prevenzione primaria, inducono a considerare questo problema tra le priorità sanitarie a livello regionale. I dati ISTAT assoluti del mostrano che in Sicilia in media ogni anno si verificano oltre 14000 incidenti con circa 21000 feriti ed oltre 300 morti. Inadeguato in Sicilia appare in particolare il ricorso ai presidi per la sicurezza stradale con forti differenze rispetto al resto del Paese. I dati della Sorveglianza PASSI hanno infatti mostrato che quasi il 30% della popolazione ancora non usa regolarmente le cinture anteriori (mentre oltre il 90% non usa quelle posteriori) e che solo un motociclista su cinque non usa il casco in strade urbane mentre la media sale ma solo leggermente in quelle extraurbane 49%. In Sicilia girano (secondo il rapporto Censis - ACI 2014) circa 4.500.000 autoveicoli e di questi il 35% (+ 4 rispetto alla media nazionale) hanno una anzianità di immatricolazione superiore a 10 anni.

Strategie

Da quanto sopra espresso si evince che la riduzione del numero e della gravità degli incidenti stradali può ottenersi attraverso una sinergia multi istituzionale che, partendo dal consolidamento degli interventi di prevenzione fino a ora attuati, guardi all'attuazione di interventi che incidano simultaneamente su più fattori di rischio. Il Piano Mondiale di Prevenzione per la sicurezza stradale ó Dieci Anni di Azione per la Sicurezza Stradale 2011-2020, punta su buone pratiche e sugli interventi di dimostrata efficacia che vanno dalla promozione di stili di vita corretti alla educazione sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza veicolare, dalla promozione e facilitazione del trasporto pubblico alla progettazione di strade più sicure.

Pertanto la prevenzione degli incidenti stradali richiede un approccio multisettoriale e il coinvolgimento di diverse Istituzioni.

La sanità pubblica contribuisce alla prevenzione degli incidenti stradali attraverso:

- informazione e formazione sui fattori che alterano lo stato psicofisico alla guida quali uso di alcol e droghe o l'assunzione di farmaci;
- informazione e formazione sui pericoli legati alla guida senza cinture, senza casco e senza sistemi di ritenuta per i bambini;
- Migliorare le conoscenze sui corretti comportamenti alla guida nei giovani e negli adulti attraverso interventi informativi/formativi condotti dai moltiplicatori nei contesti educativi (per le ASP che attivano interventi nelle Scuole, Autoscuole, luoghi di aggregazione, etc).
- interventi educativi mirati allo sviluppo delle abilità psicosociali o life skills (ad esempio la gestione delle emozioni, la capacità critica, decision making, etc.) nei contesti educativi e del divertimento, tesi ad acquisire una corretta percezione del rischio e al superamento delle diseguaglianze sociali;
- appropriatezza clinica negli esami di valutazione delle idoneità alla guida;
- tempestivo supporto diagnostico nei casi segnalati dalle Forze dell'Ordine;
- attività di *advocacy* presso le altre istituzioni coinvolte, in particolare per promuovere una mobilità sostenibile e sicura (potenziamento del trasporto pubblico locale, pianificazione urbanistica, messa in sicurezza dei percorsi casa-scuola, valutazione/o formulazione di progetti rispetto a progetti in varie fasi di autorizzazione).

5.1 Programma regionale di prevenzione degli incidenti stradali: indicazioni operative.

In Sicilia il Piano Regionale per la prevenzione attiva degli incidenti stradali è stato approvato già nel corso del 2006, e per la sua realizzazione la Regione ha identificato un Comitato di Coordinamento integrato comprendente il livello centrale regionale e il livello periferico delle ex Aziende Sanitarie Locali (ora ASP), mediante la nomina di un referente per ciascuna di queste. Le Aziende Sanitarie territoriali, con la collaborazione del Gruppo di Coordinamento Regionale, hanno predisposto i Piani Operativi Aziendali che considerano l'organizzazione della formazione del personale aziendale, le modalità di coinvolgimento dei portatori di interesse per la gestione del problema, attraverso soprattutto adeguate modalità di comunicazione e di coinvolgimento della popolazione, il monitoraggio del progetto. Questi piani hanno trovato applicazione in maniera, a volte, disomogenea. Si ritiene pertanto di dover rideterminare nell'ambito del presente programma, alla luce del nuovo PRP 2014/2018, le azioni e i nuovi collegamenti operativi, nel frattempo intervenuti con l'entrata in vigore del Decreto Assessoriale Salute n°300/2012, che vedono il riferimento operativo aziendale nelle unità di educazione e promozione della Salute (UOEPSA). La prevenzione degli incidenti stradali si deve basare su un approccio integrato in cui è fondamentale un'opportuna sinergia tra mondi diversi: sanità, trasporti, scuola, scuole guida, forze dell'ordine, enti locali, lavoratori che usano la strada (autotrasportatori, addetti alla manutenzione, ecc.), organizzazioni di volontariato. Obiettivo prioritario è sviluppare un percorso sistematico ed integrato tra più attori, in tema di informazione sulla sicurezza stradale, sui fattori che influiscono sull'incidentalità stradale con speciale riguardo per i comportamenti

personali di rischio (alcool, sostanze d'abuso, farmaci, profili psicologici, utilizzo dei dispositivi di sicurezza). Il percorso informativo ed educativo deve accompagnare la persona dall'età evolutiva all'età adulta. Affinché questo obiettivo possa essere raggiunto e ne sia assicurata la sostenibilità nel tempo gli interventi non devono essere episodici, ma vanno articolati nel territorio e per questo attuati in modo sinergico tra strutture sanitarie, strutture scolastiche, forze dell'ordine, strutture di volontariato, definendo allo scopo degli specifici protocolli di intesa, coinvolgendo anche le amministrazioni comunali. La continuità degli interventi è fondamentale per dar corpo agli intenti strategici e creare le condizioni per cui il progetto di massima diventi sistema incidendo davvero sulla sensibilità culturale in materia di Educazione Stradale.

Livelli d'Intervento

I livelli di intervento del programma sono distinti per target di età e integrate con analoghe attività del PRP:

Età prescolare: informazione ed educazione sanitaria per i genitori dei bambini in età prescolare allo scopo di informare sui criteri per garantire la sicurezza al bambino, ed in particolare al bambino trasportato, attraverso i corsi di preparazione alla nascita, attraverso i pediatri di base, attraverso gli operatori dei servizi vaccinali e in ogni altra occasione di contatto tra popolazione sana e i servizi di Igiene Pubblica delle ASP.

Età scolare: informazione/educazione sanitaria per i soggetti in età scolare, con possibile inserimento di elementi sulla sicurezza stradale nelle attività scolastiche curriculari e rilevazione di opinioni e comportamenti nei teenager.

Prima età giovanile: informazione e educazione alla salute a soggetti che frequentano le scuole guida per il conseguimento della patente e a operatori delle scuole guida sulla sicurezza stradale, le norme, e i comportamenti a rischio, soprattutto inerenti l'uso di alcool e di sostanze psicotrope.

Età adulta: informazione ed educazione alla salute per soggetti che accedono ai servizi di Igiene pubblica dei distretti sanitari per il rilascio/rinnovo della patente, mediante rilevazioni periodiche sull'atteggiamento e le opinioni in merito alla sicurezza alla guida con un questionario molto semplice che sarà compilato prima dell'ingresso dell'utente nell'ambulatorio medico; il medico fornirà anche materiale informativo sulla sicurezza stradale che dovrà in ogni caso essere disponibile di routine negli appositi servizi delle ASP (UOEPSA, URP etc.). Particolare riguardo dovrà assegnarsi alla popolazione dei soggetti over 65 informandola compiutamente sulla necessità di monitorare le condizioni psicofisiche e gli effetti derivanti dall'assunzione di farmaci.

Profilo operativo.

Il nuovo Programma Regionale di prevenzione degli incidenti stradali prevede dei pre ó requisiti esecutivi che, fondandosi sul pregresso operativo delle ASP che, confermato e consolidato, tendono a ricondurre le azioni a livelli di omogeneità su tutta la regione.

In particolare vanno attivate/potenziare 5 linee operative:

1. Attivazione e/o miglioramento del sistema di sorveglianza specifico:

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 una gestione sinergica con le politiche relative alla mobilità può portare a programmare interventi di prevenzione veramente efficaci. Le UOEPSA delle ASP dovranno istituire un sistema di sorveglianza integrato (basato su

dati interni, ISTAT, PASSI, Ulisse, Polizia Stradale, Inail, INPS, etc.) sviluppando un sistema informativo locale non solo a supporto dei principali momenti di decisione nel campo della sicurezza stradale ma utile ad analizzare, descrivere e valutare il fenomeno degli incidenti stradali, i loro determinanti, le loro conseguenze e per orientare e aggiornare le scelte in termini di prevenzione sanitaria. Tale sistema sarà utilizzabile da altri enti per pianificare gli interventi urbanistici, definire le priorità di intervento sulle infrastrutture, oltre che ad adeguare l'offerta dei servizi di assistenza e verificare l'efficacia delle azioni intraprese a livello sanitario.

L'elaborazione dei dati delle SDO e della mortalità regionale va approfondita su base locale per correlarle alle situazioni logistico strutturali tipiche di ogni ASP anche confrontando i risultati dei sistemi di rilevazione, l'indagine PASSI e l'analisi della percezione del rischio in categorie specifiche e anche attraverso indagini mirate sui guidatori professionali (trasportatori). Sulla scorta dei dati periodicamente acquisiti le UOPSA delle ASP stileranno il programma di interventi annuali in armonia con i disposti del D.A.300/2012 integrandolo nei Piani Aziendali di Prevenzione. I dati relativi agli incidenti stradali che hanno comportato il ricorso al servizio sanitario regionale e verificatisi sul territorio di competenza verranno trasmessi dalle ASP al DASOE in uno con le relazioni annuali di cui al D.A. 300/2012 e secondo gli indicatori di cui al presente programma.

Gli operatori addetti al sistema di sorveglianza dovranno essere inclusi in un programma di corsi di formazione, aperto a soggetti esterni coinvolti, che abbraccino elementi di epidemiologia applicata, la comunicazione istituzionale e pubblica in ambito sanitario e sociale nonché la valutazione degli interventi basati su prove di efficacia nell'ambito della salute pubblica.

2. Campagne informative sui rischi del mancato uso dei dispositivi di protezione individuale

Il progetto che prevedeva interventi di Educazione alla Salute nelle scuole e per genitori sull'uso di DPI per bambini e adulti va rinforzato ed esteso al maggior numero di classi e di scuole fino ad oggi escluse. Il potenziamento sulla base di accordi siglati anche con Enti diversi dagli Istituti Scolastici locali (Polizia Stradale, Esercito Italiano, Servizi Sociali del Comune, Vigili Urbani) prevede anche il coinvolgimento dei genitori in ruoli attivi (proposte, condivisioni di esperienze, responsabilizzazione, moltiplicazione delle sensibilità in ambiente extra scolastico, etc.) Le ASP attraverso gli specifici uffici (URP, addetti stampa, UOEPSA, Formazione, etc.) cureranno le attività di documentazione e disseminazione finalizzate a favorire il trasferimento e lo scambio di evidenze, buone pratiche, strumenti e metodi anche con altri organi istituzionali interessati.

3. Riduzione del rischio per guida in stato di ebbrezza o sotto effetto di droghe:

Le UOEPSA devono curare la predisposizione e l'aggiornamento sul modello nazionale di linee guida per i controlli alcol metrici e per la determinazione dei livelli ematici o bioumorali di sostanze tossiche, operati sia da parte delle forze dell'ordine, che andranno adeguatamente e professionalmente supportate da qualificato personale sanitario (Ser.T.), che in ambiente ospedaliero secondo la corrente normativa e nel rispetto dei diritti del paziente/utente. Al fine di consentire la validità dei rilevamenti, delle verifiche di laboratorio e delle relative contestazioni i presidi sanitari afferenti al Servizio Sanitario Regionale compulsati dalle Forze dell'Ordine si impegnano a fornire le prestazioni competenti (avviandone tempestivamente la procedura esecutiva) e i relativi referti entro 45 minuti dalla richiesta. Le prestazioni verranno effettuate a titolo gratuito

in armonia con i disposti del D.A. Salute 25 marzo 2015 *Criteri per l'attribuzione dei codici bianchi alla dimissione dal Pronto Soccorso*. L'obiettivo di migliorare, inoltre, l'adeguatezza degli interventi per il controllo degli illeciti ex art.186,186 bis e 187 del C.d.S. ai vari livelli di operatività (controlli sistematici in peck point, attività di indagine della Polizia Giudiziaria, accertamenti sanitari, apparato sanzionatorio, giudizi di idoneità alla guida) va favorito anche attraverso azioni di rinforzo, a livello locale, dei rapporti interistituzionali tra ASP e i vari soggetti pubblici interessati. Le direzioni sanitarie aziendali attraverso le UOEPSA e gli altri servizi interessati cureranno l'acquisizione ed elaborazione dei dati relativi alle casistiche specifiche registrate presso i Pronto Soccorso di competenza con strutturazione di un apposito report.

4. Miglioramento delle condizioni ambientali ed infrastrutturali

Il Servizio Igiene Pubblica di ogni ASP, nelle valutazioni di competenza dei Piani Strutturali Comunali, dei Piani del traffico e della viabilità e di ogni altro strumento urbanistico, pone particolare attenzione alla prevenzione dell'incidentalità stradale dando indicazione affinché la previsione urbanistica privilegi percorsi pedonali e piste ciclabili, salvaguardia degli utenti deboli della strada (anziani, bambini, pedoni, ciclisti) e segnala la esistenza di punti critici in cui si sono.

5. Interventi informativo/ educativi nelle autoscuole e nelle scuole

Il programma annuale predisposto dalle UOEPSA delle ASP prevede la predisposizione di un pacchetto formativo per i formatori che devono essere richiamati alla lettura univoca ed alla applicazione omogenea su tutto il territorio regionale delle buone pratiche orientate alla tutela della salute dei pedoni, dei guidatori e dei relativi trasportati puntando sui seguenti aspetti:

- fattori che alterano lo stato psicofisico alla guida (uso di alcol, droghe o l'assunzione di farmaci);
- pericoli legati alla guida senza cinture, senza casco e senza sistemi di ritenuta per i bambini;
- corretti comportamenti alla guida nei giovani e negli adulti attraverso interventi informativi/ formativi condotti dai moltiplicatori nei contesti educativi specifici (le ASP che attivano interventi nelle Scuole, Autoscuole, luoghi di aggregazione, etc);
- rispetto delle norme del Codice della Strada evidenziando gli aspetti intrinseci di interesse sanitario e quelli derivati dalla loro inosservanza;
- correzione della distorta percezione del rischio nei soggetti con particolare attitudine a sottostimarla.

Azioni.

Il Programma regionale di prevenzione degli incidenti stradali prevede le seguenti azioni:

- 5.1.A Percorsi formativi/informativi su popolazione e sul setting scuola (allievi/ insegnanti);
- 5.1.B Campagne informative attraverso mass media a livello Regione/ASP;
- 5.1.C Attivazione di tavoli tecnici aziendali inter-istituzionali;
- 5.1.D Attivazione di protocolli di intesa tra ASP e istituzioni.

5.1.A Percorsi formativi/informativi su popolazione e sul setting scuola (allievi/ insegnanti)

Questa azione è volta al controllo e alla diminuzione dei soggetti esposti ai maggiori fattori di rischio di incidenti stradali (assunzione di farmaci che alterano lo stato psico-fisico, consumo dannoso di alcol e sostanze psicotrope, velocità eccessiva, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza - cinture, seggiolini per

bambini, casco nell'utilizzo di motoveicoli) favorendo l'acquisizione di corretti comportamenti. Si sviluppa attraverso dei percorsi formativi/informativi su popolazione e sul setting scuola (allievi/ insegnanti) che verranno attivati in sede territoriale dalle Unità Operative di Educazione e Promozione della Salute di ogni ASP. Tema centrale di tali percorsi è la comunicazione efficace sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio. Il target è costituito, principalmente, da allievi della scuola dell'obbligo di ogni grado (e relativi insegnanti e, laddove possibile, i genitori) verso i quali dovranno essere indirizzati i più adeguati mezzi di informazione e condivisione delle problematiche affrontate. Risulta strategica a tal fine l'integrazione attiva da parte di qualificati operatori delle altre istituzioni coinvolte (Scuola, Comuni, Polizia Stradale). I percorsi formativi potranno interessare anche le Scuole di Guida, prevedendo l'inserimento di relazioni specifiche da parte degli operatori UOEPSA o l'attivazione di rapporti convenzionali con Enti specializzati negli insegnamenti di Guida Sicura (ACI, associazioni accreditate nel settore etc.) utilizzando i fondi aziendali destinati alla Prevenzione e, a livello regionale, dei contributi previsti ai sensi dell'art. 15 della legge regionale n°22/78 nonché della quota ripartita e vincolata agli obiettivi specifici del Piano Sanitario Nazionale.

Obiettivi del Programma

L'obiettivo generale del programma è triplo (fonte Ministero della Salute) e consiste nel:

1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale
2. Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale
3. Aumentare il numero di soggetti con comportamenti corretti alla guida

Gli indicatori utili alle valutazioni ministeriali, guarderanno, pertanto, al rapporto tra il numero dei morti in incidente stradale e la popolazione residente (tasso per 1.000.000 di abitanti) considerando il decesso da incidente stradale un decesso che avviene entro 30 giorni dall'incidente. Assumendo per dato di base per la nostra Regione il tasso del 56 per milione si punta ad un abbattimento del 20% a tutto il 2018 con un decremento progressivo del 5% annuo (rispetto al dato 2013) a partire dal 2015 (**indicatore 5.1.1**). Per quanto attiene, invece, all'**indicatore 5.2.1** verranno misurati annualmente le percentuali di ricovero per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumatismi ed avvelenamenti prevedendo di abbattere il dato di base regionale (7,2%) del 10% entro il 2018 considerando un decremento annuo pari al 2,5%. Pertanto:

L'indicatore 5.1.1 (Tasso di decessi per incidente stradale) risulta frazionabile in **indicatori sentinella** distinti per anno:

2015: - 5%

2016: - 10%

2017: - 15%

2018: - 20%

La fonte è costituita dai dati di mortalità annuale.

L'indicatore 5.2.1 (Tassi di ricovero per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumatismi ed avvelenamenti) è distinguibile in indicatori sentinella su base annua:

2015: - 2,5%

2016: - 5%

2017: - 7,5%

2018: - 10%

La fonte è costituita dai dati di ospedalizzazione e di dimissione (SDO).

L'obiettivo orientato ad aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida è retto da indicatori specifici volti a misurare (**indicatore 5.3.1**) *la proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini* e (**indicatore 5.3.2**) *la percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche*.

Per l'indicatore 5.3.1 utilizzando i dati del sistema di sorveglianza PASSI andrà misurata la prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto (in città e fuori), e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono: *sempre*; il dato di base regionale è fissato all' 8,9% (2013) e si profila un incremento del 50% entro il 2018 con una progressione spalmata annualmente pari al +10% attraverso **indicatori sentinella**:

2014: + 10%

2015: + 20%

2016: + 30%

2017: + 40%

2018: + 50%

La fonte dei dati è costituita dal sistema sorveglianza PASSI.

Inoltre andrà determinata la prevalenza di persone di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi sono salite su una motocicletta/scooter/motorino, come guidatore o passeggero e che, alla domanda sull'uso del casco quando vanno in motocicletta/scooter/motorino, sia in città sia fuori, rispondono *sempre*. In questo caso assumendo come dato di partenza regionale quello attualmente attestato all' 89% si prevede di arrivare allo standard nazionale superiore al 95% entro il 2018 prospettando una crescita progressiva pari all'1% annuo.

Gli **indicatori sentinella** previsti sono:

2014: > 91%

2015: > 92%

2016: > 93%

2017: > 94%

2018: > 95%

La fonte dei dati è costituita dal sistema sorveglianza PASSI

Per l'indicatore 5.3.2 (utilizzando i dati del sistema di sorveglianza PASSI) andrà calcolata la Prevalenza di persone 18-69 anni che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche; partendo dal dato di base attestato all' 8 % del 2013 si prevede un decremento pari al 30% entro il 2018 inquadrabile in una costante flessione pari al 6% per anno attraverso i seguenti **indicatori sentinella**:

2014: - 6%

2015: - 12%

2016: - 18%

2017: - 24%

2018: - 30%

La fonte dei dati è costituita dal sistema sorveglianza PASSI.

5.1.B Campagne informative attraverso mass media a livello Regione/ASP

L'azione di cui al superiore punto 5.1.1. abbisogna di un valido supporto mediatico e pubblicitario orientato ad un duplice scopo: sensibilizzare la popolazione esposta e, a livello locale, diffondere le iniziative portate avanti dalle ASP e dalla Regione nello specifico ambito di Promozione della Salute. I canali da privilegiare sono quelli della informazione radio televisiva a diffusione locale basata su spot di provata efficacia e editoriali appositi da trasmettere in concomitanza con i principali servizi giornalistici durante le fasce orarie più ascoltate. Non va trascurata la diffusione on line attraverso banner e comunicati speciali presso i principali siti di informazione esistenti sul WEB. Tale azione prevede anche la diffusione di opuscoli appropriati ai vari target sviluppando sia quella che è stata fino ad oggi l'azione essenziale della educazione sanitaria in questo settore sia integrando e completando gli ambiti informativi della cosiddetta educazione stradale. Gli obiettivi e i relativi indicatori sono analoghi alla quelli della superiore azione.

5.1.C Attivazione di tavoli tecnici aziendali inter-istituzionale

Le azioni sopra esposte comportano una promozione di politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando così gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente e della sicurezza stradale basata su interventi strutturali e infrastrutturali. Dovranno, pertanto, essere attivati tavoli tecnici aziendali inter-istituzionali che prevedano il coinvolgimento di Enti non sanitari interessati alle problematiche di ambito (Dipartimento Trasporti della Regione Siciliana, ACI, Comuni, Polizia Stradale) in modo da dar corpo ad un'azione, anche politica, di *advocacy* che indirizzi e supporti le iniziative di controllo del rischio di incidenti stradali intervenendo sinergicamente nei rispettivi settori di competenza secondo comune strategia. A tal fine, inoltre, le ASP potranno produrre e disseminare attraverso area focus tematica o su newsletter elettronica documentazione varia (sintesi, adattamenti e traduzioni di evidenze scientifiche, indagini, strumenti, ecc.) sul tema degli incidenti stradali, per favorire lo scambio e il trasferimento di evidenze e buone pratiche non solo con i professionisti di promozione della salute e di prevenzione operanti in altri enti pubblici ma anche con i portatori di interesse e i decisori a vari livelli non sanitari.

5.1.D Attivazione di protocolli di intesa tra ASP e istituzioni non sanitarie.

Le Aziende Sanitarie Provinciali operanti in Sicilia dovranno stringere formali rapporti di collaborazione su base convenzionale con Istituzioni non sanitarie al fine di rendere efficaci le azioni preventive primarie volte alla riduzione di incidenti stradali e delle conseguenze socio sanitarie da essi derivanti compreso l'evento morte. Il ruolo della Scuola, dei Comuni, della Polizia Stradale, dell'ACI, dell'Esercito Italiano, degli Enti preposti alla manutenzione delle strade a partire dalla semplice segnaletica rivestono un ruolo di primaria importanza nella gestione sinergica della problematica nel rispetto delle diverse competenze di settore. I rapporti, in tal senso, già esistenti andranno consolidati o riformulati sulla base di un'azione programmatica pluriennale che guardi ad un incrementale coinvolgimento del territorio che miri alla totale copertura senza

lasciare zone franche costituenti l'insidia del potenziale rischio. I protocolli di intesa, in base alle esigenze locali, dovranno essere adottati dalle ASP entro il 2016 e adeguatamente contemplati nell'ambito della pianificazione di promozione della salute e di prevenzione primaria ai sensi del D. A. n°300/2012. Dovranno inoltre essere agganciati ad altre iniziative di Educazione Sanitaria che interessano gli stessi Enti partner.

I dati di attività relativi alle singole azioni del programma dovranno essere trasmessi, a cura delle ASP, a questo Dipartimento ASOE entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.

2.5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti. Quadro logico regionale

Macro obiettivo	Programma	Fattori di rischio/Determinanti	Popolazione/ Target	Strategie	Azioni	Obiettivi centrali	Indicatori	Standard
Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti		Comportamenti a rischio (assunzione di farmaci che alterano lo stato psico-fisico, consumo dannoso di alcol e sostanze psicotrope, velocità eccessiva, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza - cinture, seggiolini per bambini, casco)	Popolazione generale	Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate	Percorsi formativi/informativi su popolazione e sul setting scuola (allievi/ insegnanti)	Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	Tasso di decessi per incidente stradale	-20%
		Sicurezza delle strade e dei veicoli		Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio				
		Fattori sociali (condizioni economiche, organizzazione lavorativa)		Promozione di politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando così gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente				
			Scuola	Azioni di <i>advocacy</i> nei confronti delle altre Istituzioni coinvolte	Campagne informative attraverso mass media a livello Regione/ASP	Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	Tasso di ricoveri per incidente stradale	-10%
	Programma regionale di prevenzione degli incidenti stradali		Istituzioni intersettore da coinvolgere: Assessorati Regionali, Dipartimento Attività Sanitarie, Dipartimento Trasporti	Promozione della mobilità sostenibile e sicura	Attivazione di tavoli tecnici regionali inter-istituzionali	Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	50%
			ACI Comuni Polizia Stradale		Attivazione di protocolli di intesa tra ASP e istituzioni.		Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)	-30%

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

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale	Rapporto tra il numero dei morti in incidente stradale e la popolazione residente (tasso per 1.000.000 di abitanti). Si considera òdecesso da incidente stradaleö un decesso che avviene entro 30 gironi dall'incidente	Anno 2013: 46,9 / 1.000.000 abitanti	-20%	Rilevazione ACI/ ISTAT
2. Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1	Tasso di ricoveri per incidente stradale	Percentuale ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumatismi ed avvelenamenti	Anno 2013: 19,1%	-10%	SDO
3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.1	Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto (in città e fuori), e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono: òsempreö	Anno 2013: 8,9%	+50%	Sistema di sorveglianza PASSI
			Prevalenza di persone di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi sono salite su una motocicletta/scooter/motorino, come guidatore o passeggero e che, alla domanda sull'uso del casco quando vanno in motocicletta/scooter/motorino, sia in città sia fuori, rispondono òsempreö	Anno 2013: 89%	>95 (2018)	Sistema di sorveglianza PASSI
	5.3.2	Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)	Prevalenza di persone 18-69 anni che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	Anno 2013: 8%	-30%	Sistema di sorveglianza PASSI

2.6 Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti

Razionale

Per *incidente* si intende un evento accidentale che produce un danno al soggetto coinvolto o, intermini estesi, un evento accidentale che si svolga in maniera improvvisa indipendentemente dalla volontà della vittima o di altri e che provochi il decesso o un danno alla salute, permanente o temporaneo, a carico del soggetto coinvolto.

Per *incidenti domestici* vanno intesi quelli che derivano da rischi presenti nell'ambito della casa e nelle sue immediate vicinanze e pertanto interessano i membri della famiglia in rapporto all'esercizio delle loro comuni attività sia dirette all'ottenimento di un utile, sia dirette allo svago o al riposo. Una lettura estensiva suggerita da anni dall'OMS considera infortuni domestici anche gli eventi accidentali verificatisi durante il tempo libero.

L'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), nell'ambito delle rilevazioni «Indagini multiscopo sulle famiglie italiane», ascrive alla categoria degli infortuni di tipo *domestico* gli eventi dannosi che presentano le seguenti caratteristiche:

1. compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute a causa di ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altre lesioni;
2. accidentalità dell'evento. L'evento, cioè, deve essersi verificato indipendentemente dalla volontà umana;
3. ambito residenziale. L'evento deve essersi verificato in una abitazione, sia all'interno di essa che in un eventuale balcone, giardino, garage, cantina, soffitta, pianerottolo o scala, indipendentemente dal fatto che l'abitazione sia della famiglia stessa dell'infortunato o di parenti, amici o vicini.

È considerato, altresì, infortunio domestico, l'evento dannoso che abbia come vittima qualsiasi altro individuo presente nella casa che svolga attività, in presenza o meno di un vincolo di subordinazione, per conto e/o con uno o più dei soggetti suddetti. Sono, così, da considerarsi *abitanti* le persone che risiedono nell'alloggio per svolgere attività lavorative di tipo domestico per conto del residente, ad esempio, badanti, domestici, babysitter, giardinieri, ecc.

Nel classificare gli infortuni domestici per dinamica, si tiene conto delle indicazioni contenute nella versione italiana del Manual of the International Classification of Diseases - ICD 9 e dei relativi subentranti aggiornamenti, in particolare nel capitolo *Classificazione supplementare delle cause esterne dei traumatismi e degli avvelenamenti* (Codici E).

La Legge 493/99, prendendo atto della necessità di disporre di un sistema capillare di rilevazione di dati traumatologici, indispensabile per *fornire* elementi atti a valutare l'efficacia di azioni di prevenzione mirate ha attivato il Sistema SINIACA (*Sistema Informativo sugli Infortuni in Ambiente di Civile Abitazione*), basato sui dati rilevati dagli Osservatori Epidemiologici Regionali in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali.

Le Fonti dei dati

In relazione ai *dati di mortalità*, la fonte ufficiale è costituita dalle *Schede di morte* dell'ISTAT.

Fino al 1997 il numero degli incidenti domestici mortali è stato stimato sulla base di studi campionari, escludendo i morti per incidenti stradali e quelli per infortuni sul lavoro e facendo una stima sommaria dei rimanenti decessi; dal 1997, invece, la rilevazione dei dati è diretta, in quanto la scheda di morte richiede esplicitamente di indicare il luogo dell'evento (abitazione, luogo di lavoro, via pubblica, ecc.).

La fonte ufficiale dei *dati di morbosità*, relativamente ai soli eventi cui ha fatto seguito un ricovero in una struttura sanitaria, è costituita dalle *Schede di Dimissione Ospedaliera* (SDO).

Gli incidenti meno gravi, per cui non si è reso necessario il ricovero, sono invece stimati sulla base delle registrazioni effettuate nei *Pronto Soccorso* ospedalieri.

Relativamente agli incidenti domestici non mortali, un'ulteriore fonte di dati è costituita dall'*Indagine Multiscopo sulle famiglie italiane* dell'ISTAT che, a partire dal dicembre 1987, ha incluso per la prima volta gli incidenti in ambiente domestico tra i diversi contenuti informativi. Il Sistema di indagini multiscopo, nasce da un'esigenza conoscitiva di carattere sociale su temi estremamente diversi fra loro; benché sia rappresentativa della realtà nazionale e consenta di fornire oltre ad una stima del numero degli infortuni anche alcune caratteristiche dell'incidente subito, essa presenta dei limiti oggettivi alla conoscenza del fenomeno dell'incidentalità domestica.

Altri dati di morbosità, infine, sono ricavabili da campagne di rilevamento condotte dall'INAIL e da indagini svolte da Enti e Associazioni, pubbliche e private, con competenze specifiche nel campo della sicurezza. Quest'ultime esperienze, anche se limitate ad alcune realtà territoriali, hanno permesso degli utili avanzamenti nella comprensione del fenomeno *infortunio domestico*, anche se, nella maggior parte dei casi, anche esse risultano poco adatte ad ottenere una conoscenza dettagliata del luogo, della dinamica e dell'entità dell'infortunio e quindi, di modesta utilità per i progettisti.

Dai dati ISTAT emerge chiaramente che l'incidenza del rischio è direttamente correlata alla quantità di tempo trascorsa in casa e all'attività svolta; così, i soggetti più colpiti risultano essere le donne, le persone anziane ed i bambini. È interessante osservare che fino all'età di 14 anni gli incidenti prevalgono tra i maschi, mentre, nelle età successive, sono le femmine ad essere maggiormente coinvolte, ossia per una maggiore permanenza fra le mura domestiche, sia per un più frequente contatto con oggetti, utensili, elettrodomestici che possono essere all'origine di un infortunio (taglio, ustione, etc.)

Gli accessi al Pronto Soccorso. Il tasso medio di accesso in pronto soccorso ospedaliero per infortunio domestico è di 3.075 pazienti l'anno ogni 100mila abitanti, con alcuni gruppi età-sesso specifici che risultano maggiormente a rischio:

- i bambini sotto ai 5 anni d'età (più i maschi che le femmine): 8.137 casi ogni 100 mila/anno
- gli anziani sopra ai 65 anni (più le donne che gli uomini): 5.582 casi ogni 100 mila/anno, con tassi progressivamente maggiori al crescere dell'età
- le donne in età lavorativa (18-64 anni) impegnate in attività di lavoro domestico: 2.114 casi ogni 100mila/anno
- gli adulti (più uomini che donne) tra i 15 e i 49 anni: 2.043 casi ogni 100.000/anno.

Sulla base dei dati di sorveglianza nazionale è stato possibile caratterizzare gli eventi in base a luogo dell'accadimento, dinamica, attività svolta al momento dell'incidente, lesioni riportate e relativo distretto corporeo interessato.

Gli ambienti domestici con maggior frequenza di accadimento. Sul totale dei casi d'infornfortunio domestico analizzati (37.450) i luoghi con le maggiori frequenze d'infornfortunio della casa sono rappresentati dal soggiorno/camera da letto (18.6%), seguiti da varie pertinenze come garage, parcheggio (17,9%) e dalla cucina (17,2%).

Sia per i maschi, sia per le femmine, nella fascia d'età compresa tra 0 e 14 anni, i luoghi in cui più frequentemente si verificano incidenti sono il soggiorno o la camera da letto. All'aumentare dell'età (15-69) i luoghi in cui più spesso si osservano infortuni sono alcune specifiche pertinenze della casa (strada privata, parcheggio, garage, posto auto coperto, sentiero, area pedonale).

La dinamica e le attività al momento dell'infornfortunio. La dinamica più frequente (e anche quella mediamente più grave per conseguenze invalidanti, specie per la popolazione anziana) è la caduta da altezza non specificata (29,7%) inclusi gli inciampi, i salti e le spinte, seguita dalla caduta a livello (11,9%), compresi gli scivolamenti. Sommando tra loro tutte le dinamiche di caduta si ottiene una proporzione prossima alla metà dei casi d'infornfortunio domestico (47,9%). Seguono gli urti (15,5%) e gli incidenti con ferita da oggetto penetrante o tagliente (11,8%). L'analisi stratificata per sesso e per fasce d'età documenta una netta prevalenza delle dinamiche d'incidente da caduta, soprattutto nelle donne, mentre negli uomini risultano numerosi anche gli urti e le ferite da punta e da taglio. Sono le attività di pulizia domestica e preparazione del cibo che comportano più spesso un incidente in casa (23,2%), seguite dal fai da te (16,5%). Le normali attività di vita quotidiana come il nutrirsi, il riposare e il lavarsi sono svolte complessivamente nel 14,2% degli infortuni. Altre attività di vita quotidiana e il gioco incidono per circa il 10% ciascuna.

Natura della lesione e distretto corporeo. Il tipo di lesione più frequentemente osservato è rappresentato dalle lesioni superficiali (contusione/livido) evidenziate nel 25,3% dei casi, cui seguono le ferite aperte con una percentuale di poco inferiore (24,7%). Registrate anche le distorsioni (4,4%). Sono presenti anche lesioni più gravi quali le fratture (18,3% del totale dei casi osservati) e altre tipologie meno frequenti quali lussazioni (3,6%) o ustioni (2,0%). Relativamente al distretto corporeo sede della lesione, in ragione delle dinamiche frequentemente osservate di caduta, urto o ferita da taglio/punta, prevalgono soprattutto le lesioni agli arti superiori (22,6%) ed inferiori (18,8%), seguite dalle lesioni multiple in cui più di un distretto corporeo interessato (11,9%). Le lesioni alla testa ed alla faccia si equivalgono, presentando percentuali intorno all'8%.

Gli oggetti e le sostanze coinvolti nell'infornfortunio. In un sub-campione di 10 centri di Pronto Soccorso è stato possibile registrare gli oggetti e le sostanze coinvolte nell'incidente. Nei casi d'incidente domestico osservati nel sub-campione (17.320) gli oggetti o le strutture della casa che più frequentemente sono coinvolti nell'evento accidentale sono rappresentati dalle scale e/o gradini (16,3%) e dai letti (8,9%) entrambe per caduta o urto, a seguire la ferite da taglio o punta con il coltello da cucina (4,2%), le porte per schiacciamento o urto (3,9%), etc.

Gli incidenti in età pediatrica. Da un campione di ospedali distribuiti su tutto il territorio nazionale è emerso che oltre il 7% degli incidenti avvengono all'atto del nutrirsi per i rischi legati alla cucina. Per i bambini sotto i 5 anni d'età circa il 5% degli incidenti sono avvenuti in fase di riposo, sostanzialmente per caduta di bambini inferiori all'anno da posizione di stazionamento fisso.

Per i bambini sia maschi sia femmine il luogo di domestico di maggior frequenza degli incidenti è il soggiorno/camera da letto. Ad es. per i maschi sotto i 5 anni d'età il 40,0% degli incidenti avviene in camera da letto/soggiorno, il 16,4% in cucina e il 13,8% nelle altre pertinenze interne dell'abitazione. Tali proporzioni

rimangono simili nelle femmine fino ai 14 anni d'età. Invece nei maschi del gruppo 10-14 anni pur rimanendo la cucina e le altre pertinenze interne della casa (11,8% e 12,3% rispettivamente), le aree esterne assumono sostanzialmente la stessa importanza (18,6%) del soggiorno e della camera da letto (21,1%). Riguardo ai traumi in Pronto Soccorso si registra il 92,8% delle dimissioni a domicilio: poiché un elevato numero di lesioni sono superficiali (24,2% di contusioni, 15,3% di fratture lievi e chiuse, principalmente a carico degli arti superiori, 11,4% di traumi cranici, 7,4% di ferite al volto).

Le ustioni come diagnosi sono riportate in circa il 2% dei casi, l'età più colpita è quella da 0-4 anni dove si verificano le ustioni in assoluto più gravi; i corpi estranei intesi in maniera estensiva nel 1,5% e gli avvelenamenti intossicazioni nel 1,2% dei casi di accesso dei bambini in PS per trauma.

La maggior parte degli incidenti domestici può essere evitata attraverso alcune modifiche nell'organizzazione della casa o semplici accorgimenti e precauzioni in generale e una maggior attenzione da parte dei genitori, in caso di incidenti ai più piccoli. Di fondamentale importanza è la acquisizione di corretti stili di vita ed il contrasto agli abusi che moltiplicano la pericolosità dei fattori di rischio.

Il Sistema di Sorveglianza

Il sistema informativo di sorveglianza nazionale SINIACA è stato attivato nel 2000. Il sistema informativo è articolato su tre livelli dal primo al terzo livello l'approfondimento dell'informazione ottenuta è crescente.

Primo livello:

Sorveglianza degli accessi in Pronto Soccorso ospedaliero per incidente domestico su campione.

Estrazione dei ricoveri ospedalieri per trauma da incidente domestico dal sistema di registrazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Estrazione dei casi di morte per incidente domestico dai registri di mortalità.

Secondo livello:

Sorveglianza degli arrivi in Pronto Soccorso per incidente domestico su un campione ristretto di centri ospedalieri specializzati in questo tipo di sorveglianza.

(Centri di Approfondimento).

Terzo livello:

Individuati i gruppi a rischio e le tipologie di incidente particolarmente rilevanti, studi analitici su campioni rappresentativi dei gruppi e delle tipologie.

Strategie di Prevenzione

L'approccio della sanità pubblica alla prevenzione è basato essenzialmente sulla valutazione del rischio per la popolazione, cioè sull'individuazione di fasce di soggetti a maggior rischio di sviluppare una malattia in relazione a caratteristiche individuali come sesso o età oppure in quanto maggiormente esposti ad una serie di fattori negativi derivanti dall'attività lavorativa, dal livello socio economico, dal livello culturale, da ambienti residenziali inadatti o perché appartenenti a settori della popolazione meno assistiti dai servizi sanitari e non. Tale approccio è valido anche e soprattutto per la prevenzione degli incidenti domestici. In quest'ambito possiamo distinguere tra *prevenzione primaria* (avente lo scopo di evitare l'accadimento dannoso) e *prevenzione secondaria* (avente lo scopo di minimizzare le conseguenze dell'infortunio). Mentre nella *prevenzione primaria* rientrano tutti gli interventi volti ad eliminare le cause intrinseche ed estrinseche, le quali a loro volta comprendono aspetti relativi alla struttura e al funzionamento dell'abitazione e delle apparecchiature nonché aspetti comportamentali, nell'ambito della *prevenzione secondaria* rientra, ad esempio, un'educazione al primo soccorso che porterebbe ad una riduzione degli accessi al Pronto Soccorso per infortuni lievi o abbastanza lievi. Sono distinte per intervento:

I LIVELLO: evitare che si verifichi l'incidente;

II LIVELLO: minimizzare i possibili danni durante lo svolgimento dell'incidente;

III LIVELLO: minimizzare i danni provocati sino alla guarigione clinica;

IV LIVELLO: riabilitazione e reinserimento sociale.

Per conseguire i primi due livelli, occorre agire tanto sulle caratteristiche delle *fonti di rischio* (progetto/realizzazione/manutenzione dei luoghi e degli agenti materiali) e sul controllo dei *fattori di rischio ambientali*, quanto sull'informazione rivolta agli abitanti, al fine di creare una consapevolezza del rischio che scongiuri comportamenti e stili di vita tendenzialmente pericolosi tanto sulla *prevenzione tecnica*, in cui l'interlocutore privilegiato è il progettista, che sulla *prevenzione d'uso*, attuabile attraverso campagne di informazione ed educazione alla sicurezza indirizzate agli abitanti, in cui risulta fondamentale il ruolo del personale sanitario.

Ogni azione deve avere un preciso riscontro con le previsioni di legge.

Una tappa decisiva dell'evoluzione normativa si compie nel 1999 con la Legge n.493, (Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici) che *promuove iniziative dirette a tutelare la sicurezza e la salute attraverso la prevenzione delle cause di nocività e degli infortuni negli ambienti di civile abitazione e l'istituzione di una forma di assicurativa contro il rischio infortunistico derivante dal lavoro svolto in ambito domestico*. (L. 493/199, art. 1). Essa identifica nel Servizio Sanitario Nazionale, attraverso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL, in collaborazione con i servizi territoriali, materno infantile e di medicina di base, il soggetto atto a *promuovere a livello territoriale la sicurezza e la salute degli ambienti di civile abitazione e (í) sviluppare una adeguata azione di informazione ed educazione per la prevenzione delle cause di nocività e degli infortuni negli ambienti di civile abitazione*. (í)ö (art. 4, comma 1).

L'art. 4 attiva presso l'Istituto Superiore di Sanità, il sistema SINIACA per la sorveglianza epidemiologica degli incidenti negli ambienti di civile abitazione.

L'art. 5 (Attività di informazione e di educazione) prevede: la definizione, da parte del Ministero della Salute, di concerto con i ministri del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e per le pari opportunità, di una linea guida per l'informazione e l'educazione alla sicurezza e per la predisposizione di campagne informative a livello nazionale, finalizzate alla prevenzione degli infortuni negli ambienti di civile abitazione (art. 5, comma 1); la facoltà, da parte delle regioni e delle province autonome di elaborare, sulla base delle linee guida di cui al punto precedente, programmi informativi e formativi in relazione agli infortuni negli ambienti di civile abitazione. I predetti programmi sono rivolti prevalentemente ai giovani e alle categorie a maggiore rischio, promuovono la conoscenza delle normative tecniche e di sicurezza e delle soluzioni preventive e assicurano la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni, con particolare riferimento alle organizzazioni dei consumatori e alle associazioni ambientaliste, femminili e familiari più rappresentative (art. 5, comma 2).

In attuazione dell'art. 5 comma 1, il 18 gennaio 2005, la Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute ha sottoscritto un accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore della Sanità per la stesura di *Linee Guida per la prevenzione degli incidenti domestici*. (SNLG-ISS, 2007). Nel maggio del 2007 sono state pubblicate le Linee Guida: «Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani», con l'obiettivo di «presentare le prove scientifiche sui fattori di rischio di caduta negli anziani e sugli interventi efficaci per individuare i soggetti a rischio di caduta. Inoltre, il documento si propone di selezionare gli interventi efficaci e sicuri e le strategie atte a prevenirne il rischio.

Un parallelo obiettivo di contrasto è fornito dal Piano Sanitario Nazionale che a più riprese ribadisce e prevede le seguenti azioni:

- incentivare le misure di sicurezza domestica strutturale, impiantistica e di attrezzature;
- predisporre programmi intersettoriali volti a favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilità e di ridotta funzionalità dei soggetti a rischio;
- sviluppare campagne di informazione e di sensibilizzazione nei confronti dei rischi presenti negli spazi domestici, rivolte particolarmente alle categorie a rischio;
- costruire un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e individuare criteri di misura e di registrazione degli infortuni domestici.

Anche il Piano Sanitario Regionale osserva da anni la complessa problematica della Prevenzione degli incidenti domestici inserendola, più recentemente, tra le competenze specifiche del DASOE. Con D. A. n°300/2012 la Regione Siciliana ha istituito le UOEPSA (Unità Operative di Educazione e Promozione della Salute) che con l'entrata in vigore del nuovo PRP 2014/2018 ricoprono un ruolo centrale nelle dinamiche di prevenzione degli incidenti domestici adottando e ponendo in atto le più adeguate strategie di contrasto al fenomeno e avviando programmi definiti e omogenei per contenuto su tutto il territorio regionale.

Programma regionale di prevenzione degli incidenti domestici

Le linee di attività dovranno svilupparsi nell'ambito e degli obiettivi previsti dal Piano di Prevenzione Regionale nonché in base agli indicatori di risultato previsti dal Piano di Prevenzione degli incidenti domestici ai fini della validazione delle azioni di prevenzione primaria sviluppate dagli attori istituzionali coinvolti.

In Sicilia da fonte ISTAT risulta un quoziente di 9/1000 persone che hanno subito un incidente domestico, tra i più bassi del paese, ma è verosimile che l'incidenza del problema sia molto più rilevante e che lo stesso possa essere effettivamente sottostimato. Appare opportuno pertanto rafforzare gli attuali sistemi di rilevazione in parte attivati in aree pilota e utilizzare al meglio i flussi informativi correnti già disponibili in funzione di una sorveglianza di popolazione su tali aspetti al fine di monitorare l'efficacia di interventi per il contenimento dell'incidenza del fenomeno che è ancora oggi uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello nazionale. Uno dei gruppi da considerare è quello dei bambini, per il quale le cadute rappresentano la causa preponderante, raggiungendo mediamente il 75% dei casi. Inoltre, al di sotto dei 4 anni, la proporzione degli avvelenamenti e degli incidenti dovuti ad ustioni e caustici è piuttosto rilevante e cala in maniera sensibile dai 5 anni in poi. Resiste il dato attestante che l'81% di tutte le morti in età pediatrica è dovuto a ustioni. In Italia muoiono circa 400 persone l'anno per ustioni, oltre il 70% di esse in ambito domestico. In età pediatrica, il 16% delle morti in casa sono secondarie a ustioni, più della metà delle quali relative a bambini fino a 4 anni di età.

Le principali lesioni riportate dai bambini al di sotto dell'anno di età sono le lesioni al capo (oltre i 4/5 delle lesioni riportate), mentre nella fascia 1-14 anni predominano le lesioni agli arti superiore ed inferiori, che aumentano progressivamente con l'aumentare dell'età. Un secondo gruppo a rischio è costituito dalle casalinghe. Nell'ambito degli incidenti in casa gli anziani hanno un peso rilevante: essi sono permanentemente esposti a tutto un insieme di fattori di rischio presenti nella casa, fattori che interagiscono con quelli di tipo personale (malattie presenti, trattamenti farmacologici in corso, abuso di bevande alcoliche), rendendo altamente probabile un evento accidentale. Le cadute rappresentano la dinamica prevalente (circa il 60% degli eventi osservati). Questi eventi negli anziani rappresentano certamente un fenomeno di interesse sociale e sanitario, anche se verosimilmente una gran parte di questi può essere considerata espressione di un decadimento generale della persona e quindi difficilmente controllabile. Una quota di questo fenomeno può essere suscettibile di prevenzione, anche attraverso semplici accorgimenti, quali l'uso di tappetini antisdrucciolo in bagno, evitare l'uso di tappetini scendiletto, dotare i bagni di appositi sostegni, ecc. Tenendo conto che alla morbosità derivante da questi eventi è associata anche una quota consistente di invalidità (per ogni morto circa 2 invalidi), l'attuazione di azioni di prevenzione fornirebbe un ritorno cospicuo di risultati anche sotto il profilo economico.

Fattori di rischio/Determinanti

Per quanto riguarda i traumatismi causati da incidenti domestici, le osservazioni effettuate nell'ambito del progetto SINIACA-IDB e gli studi epidemiologici di letteratura scientifica, evidenziano come, analogamente a quanto rilevato per gli incidenti stradali, i principali fattori di rischio siano costituiti da condizioni a carattere personale quali: stato di salute, assunzione di farmaci in grado di compromettere le funzioni neuromuscolari e l'attenzione, abuso di alcol, assunzione di sostanze psicotrope, scarsa attività fisica soprattutto tra gli anziani. Nel caso dei bambini costituisce un fattore di rischio l'ambiente

inadeguato legato non solo alle condizioni di scarsa sicurezza degli ambienti domestici, ma anche alla bassa percezione del rischio da parte degli adulti in ragione dei diversi livelli culturali espressi dalla società. In quest'ottica un ruolo di determinante effetto assume il superamento dei vari fattori di disuguaglianza che inibiscono la piena riuscita sia delle campagne informative che delle attività di promozione della salute orientate nello specifico ambito..

Altri fattori che concorrono all'occorrenza di traumatismi causati da incidenti domestici comprendono la sicurezza progettuale delle strutture e degli impianti della casa, il loro stato di manutenzione, che a loro volta risultano associati a condizioni economiche disagiate, che di fatto determinano un minor accesso alle risorse economiche e alle informazioni necessarie per rendere sicuro l'ambiente di vita.

Altro aspetto di interesse riguarda gli incidenti causati da esposizioni ad agenti chimici di uso domestico. Le principali caratteristiche di questa tipologia di evento vengono correntemente rilevate in Italia dal SIN-SEPI, sistema basato sui dati rilevati con procedura standard dai Centri Antiveneni (CAV) che è stato inserito a partire dal 2013 nel Programma Statistico Nazionale.

Per quanto riguarda questa tipologia di evento, i principali fattori di rischio comprendono le caratteristiche di pericolosità del prodotto, le modalità di confezionamento ed etichettatura, le modalità di conservazione e uso.

Strategie

Riguardo alla sorveglianza degli incidenti domestici, la legge 493/99 ha stabilito l'avvio del SINIACA, sistema basato sugli accessi ai Pronto Soccorso. L'Italia aderisce alla Joint Action on Monitoring Injuries in Europe (JAMIE) che ha come obiettivo l'integrazione della sorveglianza ospedaliera delle cause d'incidente nel sistema EU-IDB. Nel JAMIE è stato sperimentato che i flussi di emergenza-urgenza del Ministero della Salute (EMUR: flussi di Pronto Soccorso e flussi 118), possono fornire al sistema EU-IDB informazioni sulle diagnosi di traumatismo o avvelenamento/intossicazione secondario a incidente domestico. L'Injury Database europeo, inclusa la rete italiana, raccoglie dati in conformità con i criteri di qualità definiti da EUROSTAT ed è incluso nelle basi di dati sanitarie della Commissione. Alla luce di quanto sopra le ASP delle Regione Sicilia, attraverso le UU.OO. di Educazione e Promozione della Salute, attiveranno e miglioreranno ove necessario il collegamento al sistema SINIACA e vigileranno sul corretto funzionamento dei flussi informativi di provenienza dagli ospedali, dai presidi territoriali e ospedalieri di emergenza/urgenza ricadenti nell'ambito di competenza (PS, PTE, etc.) Utilizzeranno il data base locale quale piattaforma per una coerente programmazione di interventi oltre per i tempestivi allestimenti di report destinati ad alimentare il flusso regionale.

Con specifico riferimento alle esposizioni ad agenti chimici, la principale fonte informativa per la caratterizzazione del fenomeno nei suoi molteplici aspetti è costituita dai Centri Anti Veleni (CAV), servizi del Sistema Sanitario che operano per la corretta diagnosi e gestione delle intossicazioni. I CAV sono correntemente consultati da altri servizi ospedalieri (es. Pronto Soccorso, reparti di pediatria), da privati cittadini e da altri utenti (es. medici non ospedalieri, 118). Come evidenziato dalle attività svolte nell'ambito del SIN-SEPI, la sistematica disamina dei dati rilevati con procedura standard dai CAV rende disponibile una base informativa per la tempestiva identificazione di problematiche emergenti che possono derivare dall'ammissione in commercio di nuovi prodotti. Inoltre, risulta in grado di orientare interventi di prevenzione e informazione mirati e di verificarne in tempi brevi la ricadute attraverso la più opportuna lettura dei dati sotto l'egida delle Direzioni Sanitarie Aziendali e delle relative UOEPSA che vigileranno sulla efficiente messa a regime dei flussi informativi e sulla loro sistematica completezza. Strategico, diventa, pertanto, in seno alle ASP della Regione Sicilia il rapporto di fattiva collaborazione

tra il Sistema Informativo Aziendale e gli organismi di staff afferenti alle Direzioni Sanitarie Aziendali. Ma il programma regionale non può fermarsi alla sistematizzazione dei flussi informativi che per quanto tempestivi e completi non posso prescindere da una conseguente e meticolosa azione di prevenzione che come tale deve trovare spazio di adeguata attenzione di programma in seno ai piani aziendali specifici.

Gli interventi di prevenzione saranno orientati verso la:

1. Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari (ad esempio, operatori dei Dipartimenti di prevenzione e dei Distretti sanitari, MMG, PLS), mirata all'acquisizione di competenze di base per la realizzazione e per la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti socio-assistenziali;
2. Realizzazione di interventi di rilevazione degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari, associati a quelli informativo/educativi al fine di individuarne i livelli di correlazione;
3. Realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per i gruppi a rischio, ad esempio bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche); anziani (quelli che vivono da soli dovrebbero essere considerati come soggetti prioritari), casalinghe;
4. Realizzazione di interventi basati sulla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana.
5. Collaborazione con Enti terzi, associazioni di volontariato, club service, sodalizi Onlus, sulla base di protocolli intesa redatti centralmente o attraverso le singole ASP.

Per la realizzazione di tali interventi verranno privilegiati interventi integrati che si avvalgano anche di istituzioni sanitarie, non sanitarie e di gruppi della società civile. (es. servizi di assistenza domiciliare sia sanitaria che sociale, RSA, Hospice, Case alloggio, centri per anziani, associazioni di casalinghe etc.). Dovranno essere privilegiate le scelte di adesione a progetti di provata efficacia, già sperimentati a livello nazionale e sostenuti da accreditati enti di ricerca o depositari di specifica esperienza.

Sotto il profilo operativo assume, altresì, prioritaria importanza:

- a) l'evento da sorvegliare: infortunio osservato presso il Pronto Soccorso, infortunio rilevato attraverso i ricoveri ospedalieri, servizi ambulatoriali, etc;
- b) la definizione dell'ambito territoriale di conduzione della sorveglianza: definizione di indicatori di processo e di risultato ai fini del monitoraggio e della valutazione
- c) Il monitoraggio degli interventi.

Azioni.

Il **6.1 Programma regionale di prevenzione degli incidenti domestici** prevede le seguenti azioni la cui numerazione corrisponde a quelle prevista dal Piano Regionale della Prevenzione:

6.1.A Promozione della cultura della sicurezza e dei corretti stili di vita nella popolazione con particolare attenzione alle categorie a maggior rischio

6.1.B Promozione dell'attività fisica nell'anziano

6.1.C Formazione sicurezza domestica: operatori sanitari, MMG e PLS, degli educatori scolastici e dei collaboratori familiari

6.1. D Sorveglianza e monitoraggio dei flussi informativi

6.1.A Promozione della cultura della sicurezza e dei corretti stili di vita nella popolazione con particolare attenzione alle categorie a maggior rischio.

Le ASP della Regione Siciliana dovranno attivare questa azione di programma in coerenza coi disposti del D.A. n°300/2012 volti alla formazione e informazione della popolazione maggiormente a rischio di incidente domestico, dei genitori e dei *care giver*. Gli interventi dovranno essere proposti anche in concomitanza con altri percorsi ricadenti nell'ambito di questo PRP ma, comunque, basandosi su evidenze basate sull'efficacia e riferite ad esperienze di carattere nazionale e sovranazionale in ordine a contenuti e metodi. Un supporto irrinunciabile già in sede di pianificazione aziendale deve essere costituito dal governo dei flussi informativi attivati con enti istituzionali o del terzo settore e dall'analisi dei dati (elaborati dai competenti uffici) afferenti alle UUOEPSA che in sinergia con le U.O. Formazione stileranno programmi ad applicazione almeno semestrale. Strategicamente basilare risulta in quest'ambito l'apporto dei medici di MMG nella fase di individuazione delle casistiche a rischio e da avviare al più appropriato percorso informativo. Potranno essere coinvolti nei percorsi informativi/formativi professionisti esterni all'Azienda (ove necessario) limitatamente agli aspetti del miglioramento della sicurezza delle abitazioni e della protezione relativa all'uso di apparecchiature, elettrodomestici e impianti, o per la gestione di particolari profili di prevenzione sanitaria per i quali necessita una competenza sanitaria specifica (avvelenamenti, ustioni, etc.). Le ASP potranno aderire al Progetto PRIUS (Prevenzione degli incidenti da ustione in età scolastica) sorto sotto l'egida dell'Istituto Superiore di Sanità dalle evidenze epidemiologiche correnti e dalle rilevazioni del Sistema SINIACA con l'obiettivo di aumentare la conoscenza dei rischi di ustione nei bambini e negli adulti elaborando un percorso didattico ad hoc per la loro prevenzione e per la promozione di norme di primo soccorso e di buone pratiche, puntando così su programmi di provata efficacia già testati a livello nazionale per metodiche e contenuti e ufficialmente accreditati. Il materiale informativo e/o didattico distribuito dovrà rispondere a criteri di evidenza scientifica e di appropriatezza nei riguardi del *setting* di riferimento.

L'obiettivo dell'azione specifica è: **1. Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero.**

L'indicatore 6.1.1 individuato è: *Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere*. Verranno pertanto computati i ricoveri che su base annua sono riconducibili ad incidente domestico ed ospitati in ogni regime di ricovero sia in area medica che chirurgica. Lo standard prospettico è stabilito nel decremento del 30% entro il 2018 in modo da invertire il trend di crescita che a livello nazionale ha visto crescere il fenomeno del 27% negli ultimi tre anni. Il decremento annuo previsto è del 5% annuo tra il 2014 e il 2018 secondo il seguente cronoprogramma con indicatori sentinella:

2014 = - 5%

2015 = - 10%

2016 = - 15%

2017 = - 20%

2018 = - 25%

La fonte dei dati è costituita dalle Schede di dimissione ospedaliera relative agli anni di riferimento.

Nell'ambito di questa azione riveste, così, un valore eminentemente strategico la corretta informazione destinata alla popolazione maggiormente a rischio (anziani, bambini, soggetti con deficit neuromotori o

sensoriali, etc.). Tale manovra di educazione sanitaria selettiva deve essere adeguatamente monitorata e misurata anche attraverso l'utilizzo di test e una operativa collaborazione dei servizi sanitari di base.

Altro **indicatore** individuato da questa azione è, pertanto: **6.3.1 Adeguamento del sistema di sorveglianza** (Passi - Passi d'Argento, OKkio alla salute entro 2 anni). Si prevede l'applicazione nella Regione Sicilia del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici in aggiunta alla corrente rilevazione di Passi d'Argento che, rileva la proporzione di anziani che hanno ricevuto informazioni su come prevenire le cadute in particolare le cadute in casa. L'adozione del modulo integrativo è **prevista entro il 2016**.

6.1.B Promozione dell'attività fisica nell'anziano.

Una buona efficienza fisica dei soggetti di oltre i 65 anni di età è alla base di ogni strategia volta al controllo del fenomeno degli incidenti domestici, specie quando si tratta di individui soli, di livello socio economico basso e con difficoltà di contatti interpersonali e di comunicazione. Le ASP dovranno, pertanto, in armonia con le azioni di programma di cui ai disposti del D.A. n°300 del 2012, avviare progetti di promozione dell'attività fisica nell'anziano. Particolare attenzione dovrà essere assegnata ai modelli di Attività Fisica Adattata orientando l'efficacia degli interventi alle specifiche condizioni del singolo (limitazioni funzionali, patologie, handicap, etc.) e attivando dinamiche di gruppo. Sostanziale in questa prospettiva è il supporto del terzo settore e l'azione coordinata dei Servizi di Medicina dello Sport (attivando sezioni dedicate) e delle U.O. di Medicina Fisica e Riabilitativa che forniranno le opportune indicazioni anche integrando appositi programmi di interventi di miglioramento dello stato di salute della popolazione anziana mirati al potenziamento dell'equilibrio e del coordinamento motorio. Le ASP potranno attivare rapporti di collaborazione operativa e/o protocolli di intesa con Enti pubblici o privati accreditati nel settore al fine di un progressivo coinvolgimento della popolazione interessata al raggiungimento dell'obiettivo di prevenzione. L'obiettivo di questa azione è:

2. Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni.

L'indicatore prescelto è: **6.1.2** Proporzione di ultra65enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile. Basandosi sui dati del sistema PASSI e in particolare al punteggio PASE calcolato con la rilevazione Passi d'Argento relativo al 40% della popolazione Italiana over65 (nel 2012 = 78) mirando a portare nel 2018 tale punteggio a 90.

6.1.C Formazione sicurezza domestica: operatori sanitari, MMG e PLS, degli educatori scolastici, care giver e dei collaboratori familiari.

Questa azione mira al miglioramento della conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione di operatori sanitari, MMG e PLS. Le unità operative di Educazione e Promozione della Salute attiveranno dei percorsi informativo/formativi destinati a tali operatori coinvolgendoli anche nella diffusione mirata di opuscoli divulgativi di facile leggibilità presso le sedi ambulatoriali di esercizio delle rispettive professioni. Tale percorso dovrà essere allargato, diversificando sessioni e dinamiche di comunicazione, a educatori scolastici, care giver e collaboratori familiari mirando al raggiungimento dell'obiettivo: Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver.

Tale azione prevede **due indicatori**:

Indicatore 6.3.1: *Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKkio alla salute entro 2 anni).* Dovrà essere applicato nella Regione Sicilia il modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici.

Il Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento, rileva la proporzione di anziani che hanno ricevuto informazioni su come prevenire le cadute in particolare le cadute in casa. La messa a regime del flusso informativo specifico dovrà avvenire entro il 2017 in tutte le ASP della Regione.

L'indicatore individuato è: **6.4.1** *Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari circa i rischi di incidenti domestici e le relative logiche di prevenzione.* Verrà misurata attraverso il sistema di sorveglianza Passi o Passi d'Argento la prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici. Analogamente verrà determinata la prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare le cadute in casa. Pertanto, per questo indicatore, gli standard previsti si riferiscono ad una doppia misura: il 26% di adulti 18-69 anni con riscontri positivi all'intervista migliorando del 100% il dato di base nazionale risalente al 2012 (13%). Analogamente, entro il 2018, la percentuale di risposte positive da parte degli anziani di oltre 64 anni nel sistema di sorveglianza Passi d'Argento dovrà passare dal 19% (2013) al 38% entro il 2018 sulla base dell'indirizzo nazionale (+100%) sui dati regionali.

Tale progressione permette di profilare annualmente un incremento rilevato attraverso **indicatori sentinella** così distribuiti:

2014: + 20%

2015: + 40%

2016: + 60%

2017: + 80%

2018: + 100%

Fonte dei dati: Il Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento.

6.1.D Sorveglianza e monitoraggio dei flussi informativi

Questa azione è incentrata sul miglioramento del flusso informativo basato sui Pronto Soccorso (SINIACA), con particolare riferimento ai traumatismi, e sui CAV (SIN-SEPI), con specifico riferimento alle esposizioni accidentali ad agenti chimici. Le Direzioni Sanitarie Aziendali dovranno attivare, al momento dell'entrata in vigore del presente piano, un flusso interno volto a fornire una totale copertura informativa sui casi di incidente domestico o avvelenamento che comportano una qualsiasi assistenza da parte del servizio sanitario sia territoriale che ospedaliera. Le UOEPSA /ASP cureranno la gestione dei flussi (compreso SDO) puntando sulla qualità e completezza del dato (diagnosi di certezza su agente tossico responsabile dell'avvelenamento) e trasmettendo i dati al DASOE della Regione Siciliana entro il 31 gennaio di ogni anno successivo a quello di riferimento.

L'indicatore 6.5.1 *Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico* dovrà, pertanto, essere osservato introducendo un adeguato

sistema di rilevamento dei dati suscettibili di verifica e approfondimento da parte dell'organo regionale e la predisposizione annuale di un report che rispetti la sopra indicata tempistica.

Fonte dei dati: il *report annuale* deve essere inserito in una dettagliata relazione che superando la mera esposizione (tabellare, sinottica o semplicemente comunicativa) dei dati ragguagli sulle cause del fenomeno e le contromisure poste in essere dalla ASP soprattutto in materia di prevenzione primaria.

6. Quadro logico regionale

Macro obiettivo	Programma Regionale	Fattori di rischio / Determinanti	Azioni	Obiettivi	Indicatori
Prevenire gli incidenti domestici		Stili di vita scorretti (in particolare sedentarietà)	6.1.A Promozione della cultura della sicurezza e dei corretti stili di vita nella popolazione con particolare attenzione alle categorie a maggior rischio	Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	Tasso di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere
		Deficit neuro-motori o cognitivi	6.1.B Promozione dell'attività fisica nell'anziano		
		Sicurezza abitazioni, impianti, arredi, prodotti e farmaci		Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile
	6.1 Programma Regionale di Prevenzione degli Incidenti Domestici	Trattamenti e interazioni farmacologici in soggetti fragili	6.1.C Formazione alla sicurezza domestica per operatori sanitari, MMG e PLS e degli educatori scolastici e dei collaboratori familiari	Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei caregiver	Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OK alla salute entro 2 anni) Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)
		Bassa percezione del rischio da parte degli adulti		Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)
		Mancata o parziale conoscenza della incidenza degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.1.D Sostegno ai flussi informativi basati sui dati rilevati dai CAV con procedura standard	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	Potenziamento in tutte le ASP dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico

MACRO 6. Prevenire gli incidenti domestici. Tabella di valutazione.

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
1. Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	6.1.1	Tasso annuale di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	Numero di ricoveri per incidente domestico	Anno 2013: 32,0% sul totale di ricoveri per incidenti e traumatismi	Equilibrio statistico fino al 2018	SDO
2. Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	Punteggio PASE calcolato con la rilevazione Passi d'Argento relativo al 40% della popolazione Italiana over65 (nel 2012 è 78. L'obiettivo è portare questo punteggio - che comprende il 40% della popolazione over65 - a 90)	Anni 2012-2013: punteggio PASE=78 per il 40% della popolazione over 65 anni	+15%	Sistema di sorveglianza Passi d'Argento
3. Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver	6.3.1	Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKKio alla salute entro 2 anni)	Applicazione nella Regione Sicilia del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici. Passi d'Argento, rileva la proporzione di anziani che hanno ricevuto informazioni su come prevenire le cadute in particolare le cadute in casa		Applicazione dei moduli opzionali PASSI e PASSI d'Argento relativi a informazioni su incidenti domestici e cadute in casa fornite da operatori sanitari	Regione Sicilia Dipartimento Attività Sanitarie
4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici. Prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare le cadute in casa	Adulti 18-69 anni: 13% . Anziani >64 anni: 19% (Passi d'Argento, anni 2012/2013)	+100%	Sistemi di sorveglianza PASSI, Passi d'Argento
5. Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1	Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico	Produzione di un report sul fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	0	Produzione di un report in tutte le ASP (100%) entro il 2018	Relazione ASP

2.7 PREVENIRE GLI INFORTUNI E LE MALATTIE PROFESSIONALI

In relazione a questo Macro Obiettivo del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 la Regione Siciliana, con il Decreto Assessoriale Salute n° 2198 del 18 dicembre 2014, nel tracciare i primi indirizzi operativi ha individuato il seguente programma:

2.7.1 Programma Regionale di prevenzione degli infortuni e malattie professionali in edilizia e in agricoltura, in ambito lavorativo anche con l'utilizzo degli strumenti informativi del sistema di sorveglianza degli infortuni mortali ed emersione delle patologie correlate.

Razionale

Il tema della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, già nel 2007 è stato oggetto di una significativa **Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, del 21 febbraio 2007, con il titolo di «Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro: strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro con il proposito ambizioso che entro il 2012 si sarebbe ottenuta una riduzione del 25 % della percentuale totale degli infortuni sul lavoro**, e per fare ciò la commissione stabiliva i sei obiettivi intermedi seguenti:

- Attuazione di un quadro legislativo moderno ed efficace
- Favorire lo sviluppo e l'attuazione delle strategie nazionali
- Favorire i cambiamenti di comportamento
- Far fronte a rischi nuovi e sempre più importanti
- Migliorare il controllo dei progressi compiuti
- Promuovere la sicurezza e la salute a livello internazionale

In tal senso non può che condividersi lo sforzo profuso in questi anni per il raggiungimento dei suddetti obiettivi che in parte rientrano ancora nell'ambito di alcuni degli obiettivi fissati in merito dal nuovo PNP 2014-2018 a cui intende aderire pienamente il PRP 2014-2018 in argomento.

Il contrasto agli infortuni e alle patologie lavoro correlate, attraverso gli strumenti sia del controllo sia della promozione e sostegno a tutte le figure previste dal Dlgs 81/08, assume ancora oggi una valenza economica e sociale ancor più ampia di quella tradizionalmente assegnata. In questo senso le direttive comunitarie indicano di intensificare le iniziative in tema di responsabilità sociale, quale strumento di diffusione di comportamenti virtuosi che favoriscano lo sviluppo sostenibile delle imprese per cui in tal senso ancora oggi permane forte la necessità di sviluppare strategie preventive che siano collegate a quelle tese al contrasto all'illegalità e a forme irregolari e meno tutelate di lavoro, fenomeni che rischiano di espandersi anche in relazione all'attuale crisi economica.

Gli **infortuni sul lavoro**, sebbene costantemente in calo nel Paese come pure nella nostra regione, continuano a rappresentare un pesante onere, sia per l'entità dei costi economici, assicurativi e non assicurativi, valutabili a livello nazionale nell'ordine di circa 51 miliardi di euro l'anno, sia per i costi sociali e umani di disabilità e morti evitabili.

I dati INAIL, relativi alla popolazione lavorativa assicurata all'Istituto in Italia (circa i 2/3 della popolazione lavorativa comprensiva anche dei lavoratori irregolari secondo le stime correnti) indicano una progressiva diminuzione degli infortuni denunciati e riconosciuti; tra il 2007 e il 2012 in effetti si è verificato un decremento degli infortuni riconosciuti pari al 27% (da 689.259 nel 2007 a 502.337 nel 2012), superiore all'obiettivo UE fissato. Ciò a fronte di una sostanziale stabilità del dato degli addetti assicurati, che tra il 2007 e il 2011 sono solo lievemente diminuiti (-3%). Gli infortuni mortali sul lavoro denunciati all'INAIL e da questi riconosciuti (1.321 nel 2000) sono anch'essi scesi dai 1.178 del 2007 agli 811 del 2012 (-31% in 5 anni); circa il 50% di tale quota è composta da infortuni legati alla strada, parte in occasione di lavoro e parte (il 25% del totale) in itinere.

Nel 2012, rispetto agli infortuni riconosciuti (al netto degli infortuni in itinere), i comparti maggiormente interessati al fenomeno risultano ancora **le costruzioni** che incidono per il 11%, i trasporti per il 10%, gli alberghi e ristoranti per il 10%, **l'agricoltura** (notoriamente si tratta solo di una parte dell'agricoltura esistente) per il 9%, le attività immobiliari per l'8%, **l'industria dei metalli** per il 7%.

Se si considerano, poi i soli infortuni gravi riconosciuti (escludendo gli infortuni in itinere) le **costruzioni** incidono per il 14%, **l'agricoltura** per il 12%, i trasporti per il 11%, **l'industria dei metalli** per il 6% così come i servizi pubblici. Seguono con percentuali inferiori gli altri comparti produttivi.

La distribuzione degli infortuni tra i due sessi, anche tenuto conto del lento aumento nel tempo dell'occupazione femminile, mostra comparativamente un progressivo aumento degli infortuni nei luoghi di lavoro nelle donne, che nel 2000 rappresentavano una percentuale del 20%, nel 2007 erano pari al 23% e nel 2012 sono saliti al 28%.

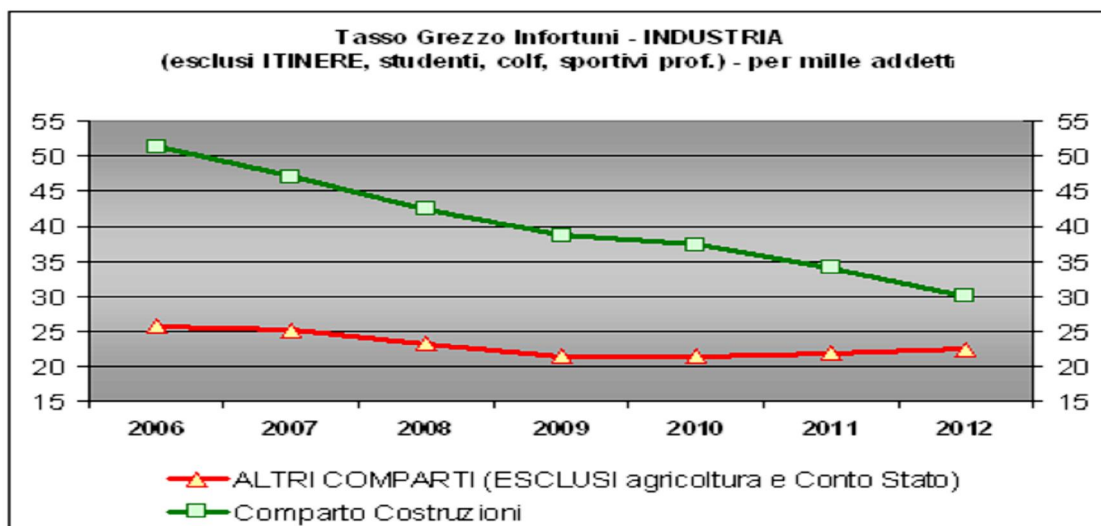
Tale diminuzione degli infortuni deve essere comunque valutata con grande cautela a causa della crisi economica e occupazionale, che hanno determinato nell'ultimo quinquennio una accentuata progressiva diminuzione delle ore lavorate, dovuta al crescente numero di lavoratori in Cassa Integrazione Guadagni; né può essere tralasciato che non sono più assicurati all'INAIL circa 8.000.000 persone che lavorano, ossia il 25-30% del totale della forza-lavoro nel Paese (comprendendo in questa cifra almeno 3 milioni di lavoratori irregolari).

A questo va aggiunto inoltre che sovente viene ignorato che il maggior numero di morti legate al lavoro è dovuto alle **malattie professionali**, come risulta dai dati contenuti nel documento dell'International Labour Office (ILO). In Italia, le morti indicate dall'INAIL come direttamente conseguenti a malattia professionale, oscillano annualmente tra 700 e 900, dato sottostimato, nel corso degli ultimi 5 anni inoltre per le azioni messe in atto dagli attori istituzionali, e per le accresciute conoscenze da parte dei soggetti interessati le denunce hanno subito un progressivo incremento attestandosi attualmente vicino alle 50.000 unità/anno, da qui viene l'urgenza di attivare politiche di prevenzione efficaci per diminuire in particolare le malattie correlate alla attività lavorativa.

Conseguentemente nella nostra regione, in continuità con le azioni intraprese con recenti i piani triennali straordinari per tutela della salute e sicurezza nei luoghi riguardanti i settori dell'edilizia dell'agricoltura e delle malattie professionali, la definizione dei Quadri Logici regionali (QLr), ovvero la definizione degli obiettivi specifici, dei programmi, delle popolazioni target, delle azioni e degli indicatori (e relativi standard) ivi riportati sono il frutto del lavoro di tre specifici gruppi di lavoro formati dal Servizio 3 del Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico (DASOE) e dalle nove ASP della Sicilia che concordemente hanno partecipando alla definizione degli obiettivi regionali del nuovo PRP. Questi obiettivi, declinati nei relativi contesti provinciali della regione nel rispetto delle singole realtà e differenze territoriali, potranno permettere di meglio orientare le scelte di policy e di programmazione degli interventi da portare avanti per l'intera durata del Piano in stretta interazione ed integrazione con l'utilizzo coordinato delle risorse interne alle ASP e in particolare nei Dipartimenti di prevenzione delle nove Aziende in aderenza a quanto indicato nel PNP 2014-2018 in merito ad *Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione*.

Andamento infortunistico nazionale

Seguendo l'andamento del calo occupazionale dei vari settori, negli ultimi anni si è verificato un andamento decrescente degli infortuni sul lavoro in tutti i settori e in particolare nell'edilizia, che nel 2012 ha raggiunto un rilevante calo del tasso grezzo 2012 di circa il 30 per mille, con una differenza di poco inferiore ai dieci punti rispetto a tutti gli altri comparti produttivi.



L'analisi degli infortuni mortali, correlata a **INFOR.MO.** e al sistema di sorveglianza degli infortuni mortali e gravi, ha mostrato come **le cadute dall'alto** rappresentano all'incirca **un terzo degli infortuni mortali sui luoghi di lavoro** pari a circa il 32,5% dei casi registrati.

Dall'analisi relative al quinquennio 2008-2012, emerge nella scheda che il settore di attività maggiormente colpito è quello delle costruzioni con oltre il 65% degli eventi accaduti, seguito, a debita distanza, dall'agricoltura con circa l'11%.

Il luogo in cui più frequentemente si verificano le cadute dall'alto è il cantiere con il 52,4% degli incidenti.

Si evidenzia che nel 30,8% dei casi la caduta è avvenuta da **tetti o coperture**, nel 23,9% da attrezzature per lavori in quota (es. scale portatili, trabattelli, ponteggi) e nel 15,9% da parti in quota di edificio (es. terrazzi, parapetti, aperture). Seguono a distanza le macchine da sollevamento (5,8%), in imprese aventi fino a 9 addetti in oltre il 71% dei casi.

Andamento infortunistico regionale

Il trend decrescente di riduzione degli infortuni è stato confermato anche in Sicilia ed ha riguardato tutte le province siciliane come risulta dall'ultimo rapporto dell'ANAIL esplicitato nelle tavole e tabelle che di seguito si riportano.

Tabella 1 INFORTUNI SUL LAVORO IN SICILIA PER PROVINCIA E ANNO

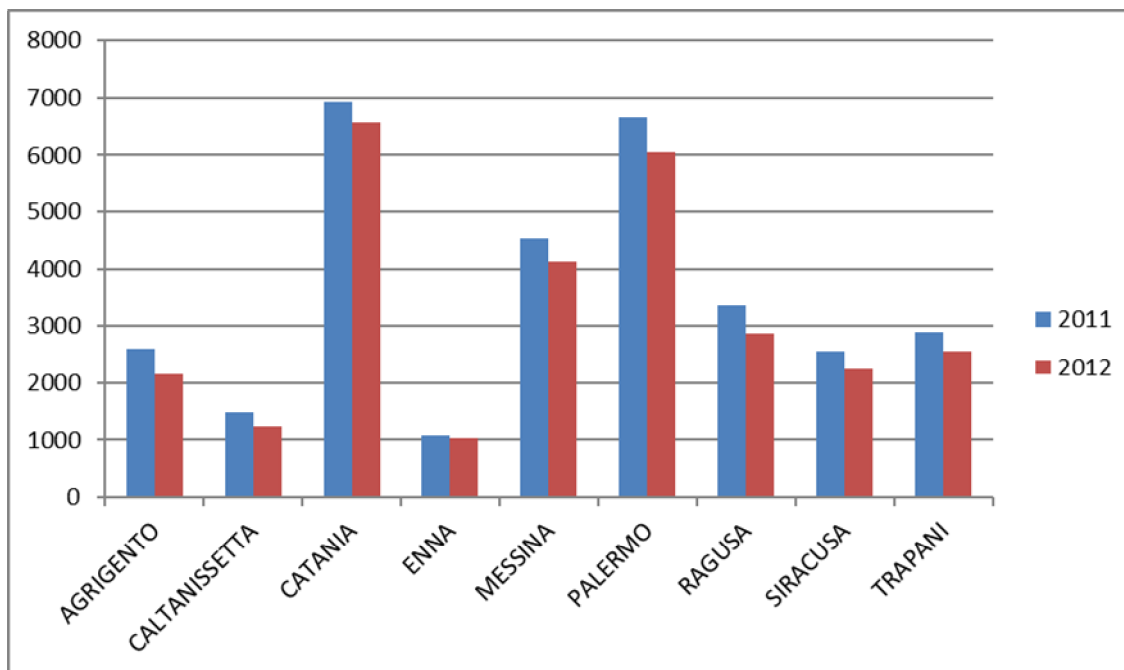


Tabella 2 INFORTUNI MORTALI IN SICILIA PER PROVINCIA E ANNO

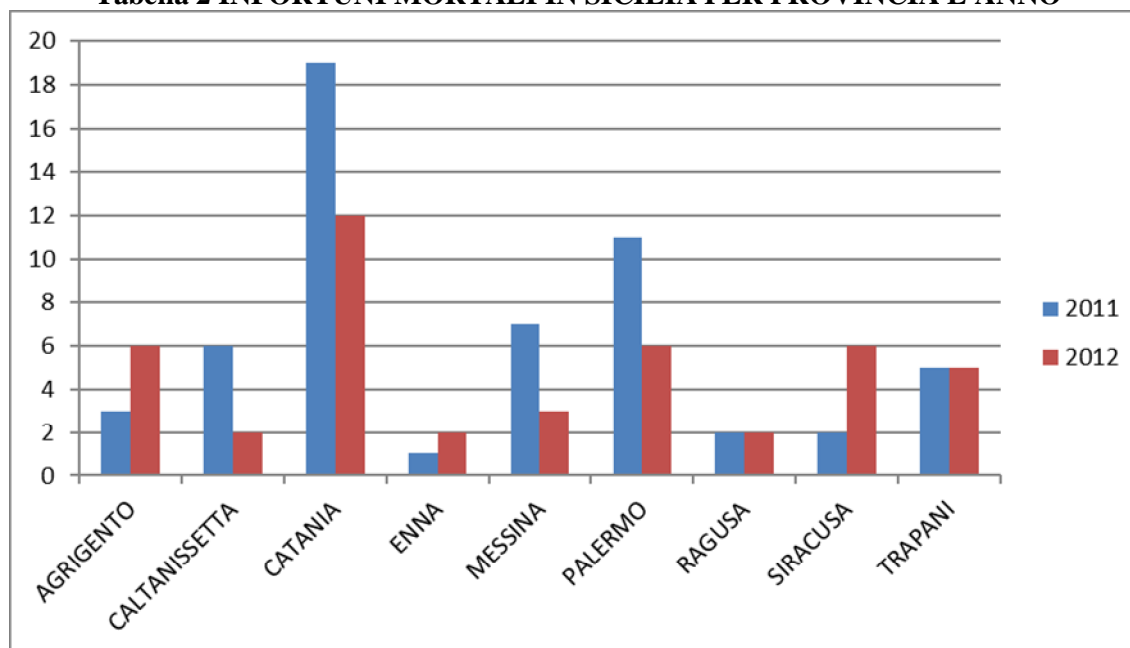
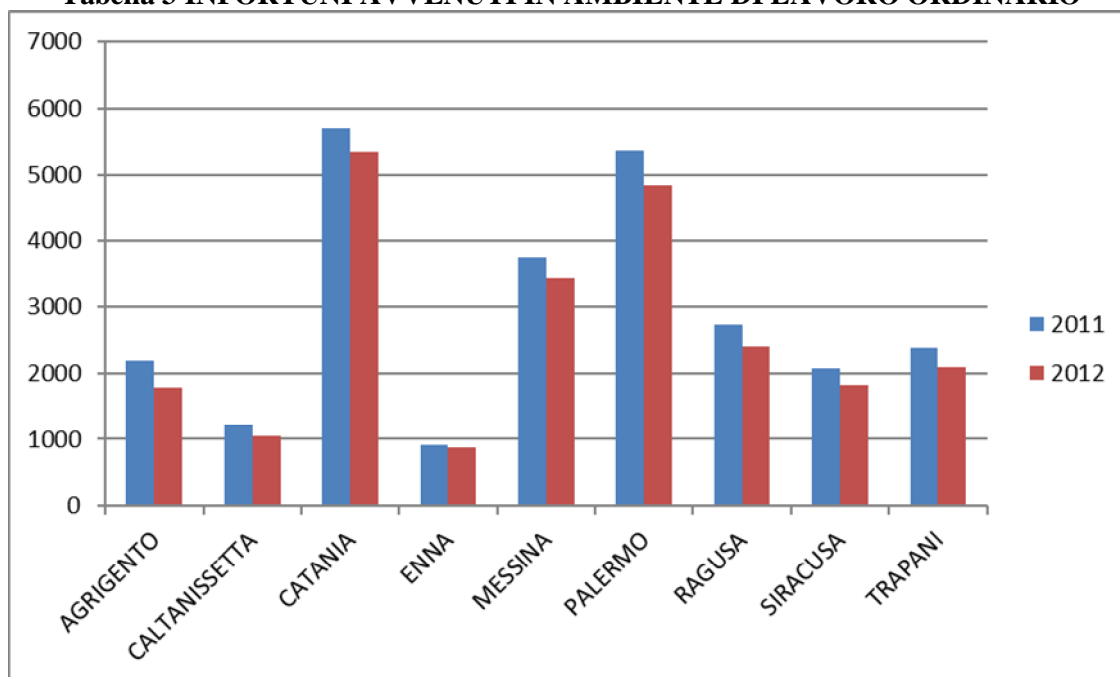


Tabella 3 INFORTUNI AVVENUTI IN AMBIENTE DI LAVORO ORDINARIO



Gli infortuni sul lavoro che si sono verificati in Sicilia nel 2012, registrati dall'INAIL in percentuale (-10.13%) hanno seguito il trend decrescente del dato nazionale (-9.47%), a confronto con quelli dell'anno precedente, nell'isola sono stati registrati nel 2012, 28.805 infortuni rispetto ai 32.052 del 2011.

Il trend decrescente ha riguardato tutte le province siciliane - con punte pari a -17% su Agrigento - pur confermando Catania (6.557), Palermo (6.047) e Messina (4.131) le province che fanno registrare il maggior numero di eventi infortunistici. Anche gli infortuni mortali hanno fatto registrare una diminuzione (-21%), si passa, infatti, dai 56 casi del 2011 ai 44 del 2012, confermando la componente evolutiva nazionale (-3%). A livello territoriale si è registrata una sensibile diminuzione a Caltanissetta (-67%), Messina (-57%) e Palermo (-45%) ed un aumento a Siracusa, Enna ed Agrigento, vedi Tav. 1.

Tav. 1 Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2011-2012 e denunciati all'INAIL per provincia e anno - TUTTE LE GESTIONI					
PROVINCE	TOTALE INFORTUNI		VAR % 2012/2011	CASI MORTALI	
	2011	2012		2011	2012
AGRIGENTO	2.591	2.150	-17,02	3	6
CALTANISSETTA	1.471	1.222	-16,93	6	2
CATANIA	6.937	6.557	-5,48	19	12
ENNA	1.082	1.028	-4,99	1	2
MESSINA	4.518	4.131	-8,57	7	3
PALERMO	6.658	6.047	-9,18	11	6
RAGUSA	3.365	2.860	-15,01	2	2
SIRACUSA	2.547	2.245	-11,86	2	6
TRAPANI	2.883	2.565	-11,03	5	5
SICILIA	32.052	28.805	10,13	56	44
ITALIA	725.174	656.514	-9,47	653	824

L'analisi di dettaglio su macrocategorie fatto per comparazione, consente inoltre di evidenziare che gli infortuni in ambiente di lavoro sono ammontati a 23.659 (82% dei casi denunciati con una riduzione pari a -10% rispetto al 2011), in strada (in occasione di lavoro) a 1.991 (-14% rispetto al 2011), in itinere a 3.155 (-8% rispetto al 2011), vedi Tav.2.

Tav. 2 Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2011-2012 e denunciati all'INAIL per modalità di evento e territorio						
PROVINCE	In ambiente di lavoro ordinario		Con mezzo di trasporto		In itinere	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
AGRIGENTO	2.184	1.788	181	169	226	193
CALTANISSETTA	1.216	1.048	114	80	147	94
CATANIA	5.716	5.338	468	431	748	788
ENNA	914	869	116	83	53	76
MESSINA	3.751	3.447	337	267	444	417
PALERMO	5.350	4.841	445	413	869	793
RAGUSA	2.730	2.402	276	185	351	273
SIRACUSA	2.081	1.827	195	199	275	219
TRAPANI	2.384	2.099	177	164	324	302
SICILIA	26.326	23.659	2.309	1.991	3.437	3.155
ITALIA	592.876	537.521	50.163	42.834	82.570	76.159

Gli infortuni mortali registrati negli anni 2011 e 2012, in ambiente di lavoro ordinario (fabbrica, cantiere, terreno agricolo.) hanno fatto registrare una riduzione pari all'11% e si è pure registrata una sensibile diminuzione (-50%) in caso di utilizzo del mezzo di trasporto da parte dei lavoratori itineranti (7 casi rispetto ai 14 del 2011), che in termini prevenzionistici potrebbe leggersi come il risultato positivo delle campagne di sensibilizzazione sugli incidenti stradali portate avanti dall'INAIL insieme ad altri partner istituzionali, così come potrebbe dirsi per gli infortuni in itinere per i quali si è registrata una sensibile riduzione (65%), in linea con quanto è accaduto in ambito nazionale (vedi sotto Tav. 3).

Tav. 3 Infortuni mortali sul lavoro avvenuti nel periodo 2011-2012 e denunciati all'INAIL per modalità di evento e territorio						
PROVINCE	In ambiente di lavoro ordinario		Con mezzo di trasporto		In itinere	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
AGRIGENTO	1	3	1	-	1	3
CALTANISSETTA	1	2	4	-	1	-
CATANIA	10	8	2	3	7	1
ENNA	0	2	1	-	-	-
MESSINA	5	2	3	1	-	-
PALERMO	4	5	1	1	6	-
RAGUSA	2	1	0	1	1	-
SIRACUSA	2	4	1	1	-	1
TRAPANI	3	4	1	-	1	1
SICILIA	28	31	14	7	17	6
ITALIA	450	415	219	207	231	202

Infine se si guarda al recente intensificato fenomeno migratorio verso il nostro paese e la nostra regione e integrazione di lavoratori stranieri, appare positivo il trend decrescente registrato anche per gli infortuni subiti dai lavoratori stranieri che sono passati dai 1.602 registrati nel 2011, ai 1.519 del 2012, con una contrazione pari a 65,1%. Gli eventi rappresentano il 5% del fenomeno infortunistico regionale.

In questi eventi, Ragusa si conferma la provincia in cui si concentra il maggior numero di casi (344), a cui seguono Catania (251) e Messina (247). Tedeschi (figli di immigrati rientrati in Italia), Rumeni e Tunisini sono soggetti a maggiore rischio infortunistico, ciò anche in riferimento ad una loro maggiore presenza sul territorio regionale rispetto ai cittadini di altre nazionalità (vedi Tav. 4).

Tav. 4 - Stranieri - Infortuni sul lavoro nel 2012 e denunciati all'INAIL per Paese di nascita e territorio

Paese di nascita	Agrigento	Caltanissetta	Catania	Enna	Messina	Palermo	Ragusa	Siracusa	Trapani	Sicilia	Isole	ITALIA
Germania	38	10	53	13	29	44	34	19	18	258	333	2.873
Romania	14	5	44	16	42	29	56	13	27	246	343	17.329
Belgio	10	3	4	4	4	8	2	3	1	39	65	734
Svizzera	9	6	20	3	34	13	11	7	22	125	157	3.109
Marocco	7	6	4	2	20	8	21	11	3	82	102	13.232
Tunisia	5	2	21	1	12	7	102	22	29	201	216	3.291
Venezuela	5		4		5	8	14	5	6	47	47	676
Stati Uniti D' America	4	1	3		6	14	8	4	5	45	52	346
Regno Unito	4	3	3	2	1	3	2	2	2	22	23	532
Francia	4	8	10	2	6	5	10	6	2	53	96	1.593
Etiopia	2	1			2	1	1	1		8	8	394
Polonia	1		4		7	4	7	8	2	33	48	1.893
Paesi Bassi	1				1	1		1		4	10	101
Ghana	1		1			2	1		2	7	7	1.350
Bulgaria	1		3							4	6	755
Brasile	1		1			1	2			5	11	1.356
Australia	1		8		5	1	1	1	1	18	19	302
Algeria	1				3		4	1		9	9	630
Albania	1	1	5	1	14	10	28	4	3	67	76	10.245
Canada	1		2		2	2	3	5	2	17	19	332
Senegal	1		4		1				1	7	17	2.496
India		1	1		1	2	3		1	9	13	2.910
Eritrea		1	1		2		2		1	7	7	249
Sri Lanka (ex Ceylon)			15		11	4		5		35	38	1.225
Argentina			12		3	5	7	4		31	37	1.247
Mauritius (Isole)			7			2	1	1		11	11	127
Filippine			4		9	2		1		16	18	1.263
Libia			4		1		4	5		14	14	260
Giordania			2							2	2	41
Ex Jugoslavia			2		2				2	6	9	1.913
Svezia			1		1					2	3	53
Austria			1			1				2	2	181
Bangladesh			1		1	6				8	10	1.875
Macedonia, Repubblica di			1						1	2	3	1.852
Malta			1			1				2	2	28
Nigeria			1			1			1	3	4	1.107
Pakistan			1			1				2	3	2.003
Repubblica Domenicana			1							1	7	609
Slovacchia			1		2					3	3	284
Lussemburgo				1						1	3	70
Totale Stranieri	112	48	251	45	247	200	344	135	137	1.519	1.998	104.330

Le malattie professionali

Nel periodo 1995 - 2011, le malattie professionali denunciate e attribuite al comparto delle Costruzioni hanno assunto un ruolo sempre maggiore: nei primi anni 90 erano attorno al 6% del totale di quelle attribuite agli altri settori dell'industria, mentre nel 2012 sono quasi il 16% pari a circa 6.000 eventi.

Non dissimile è la situazione se si considera l'andamento delle malattie professionali che l'Inail ha riconosciuto, che nel 1994 rappresentavano il 12% del totale di quelle attribuite agli altri settori dell'industria, ma sono diventate il 18% nel 2012, corrispondenti a quasi 2.600 eventi. Da notare che la quota di malattie professionali riconosciute sul totale delle malattie denunciate è maggiore in edilizia rispetto al totale dei comparti dell'industria (43% vs 38%).

Le patologie osteo-artro-muscolo-tendinee, insieme alle patologie uditive da rumore rappresentano il 90% del totale delle malattie riconosciute nel comparto delle Costruzioni nel 2012, costituendo una vera priorità per il sistema della prevenzione.

Peraltro, l'attività svolta in passato, in particolare prima del 1992, nel comparto delle costruzioni edili risulta essere una delle attività maggiormente a rischio per la patologia da amianto.

Considerando i casi osservati dal Registro Nazionale Mesoteliomi (1993-2008) il settore di attività maggiormente coinvolto (percentuale delle esposizioni in quel settore rispetto al totale) risulta l'edilizia con 1.798 casi, pari al 15,2% del totale.

Per quanto riguarda la Sicilia le malattie professionali manifestatesi nel 2012 quelle denunciate ammontano a 1.376 (3% del fenomeno nazionale) ed il 92% di esse si concentra nella gestione Industria e Servizi, il 7% circa in Agricoltura e l'1% tra i Dipendenti Conto Stato.

A livello provinciale, si può affermare che Messina (20%), Caltanissetta (18%), Enna e Catania (11%) rappresentano le realtà territoriali in cui si concentra la maggior parte delle denunce presentate. Nel settore Agricoltura, Enna detiene il 33% delle denunce presentate all'INAIL, seguita da Agrigento (21%); mentre Messina (21%) risulta la provincia in cui si registra il maggior numero di casi in Industria e Servizi, seguita dalle province di Caltanissetta (18%) e Palermo (12%). Tra i Dipendenti Conto Stato Caltanissetta risulta la provincia più interessata al fenomeno tecnopatico (35%) vedi tav. 5

Tav. 5 - MALATTIE PROFESSIONALI manifestatesi nel 2012 e denunciate all'INAIL per gestione e territorio

SICILIA											
MALATTIE PROFESSIONALI manifestatesi nel 2012 e denunciate all'INAIL per gestione e territorio											
Gestione	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	SICILIA	ITALIA
Agricoltura	19	8	11	30	1	5	3	2	11	90	7.748
Industria e Servizi	113	233	144	128	273	159	86	77	56	1.269	37.801
Dipendenti Conto Stato	-	6	3	-	5	1	-	2	-	17	456
TOTALE	132	247	158	158	279	165	89	81	67	1.376	46.005

Una rilevazione a parte meritano, anche quest'anno, le patologie asbesto-correlate che risultano pari a 124 (5% del fenomeno nazionale). Le piastre pleuriche risultano le più numerose (52), seguono le asbestosi (41) e le neoplasie (31), tra cui 18 mesoteliomi pleurici e 12 carcinomi polmonari. Nelle province di Messina (29), Siracusa (27) e Caltanissetta (22) si concentra il 63% di malattie professionali asbesto/correlate denunciate nell'isola. Tale dato trova la sua spiegazione nella presenza, in queste realtà territoriali, dei tre petrochimici siciliani (Augusta - Priolo Gargallo, Gela e Milazzo) in cui, notoriamente, l'amianto è stato ampiamente utilizzato come coibente degli impianti e delle condotte per il trasporto di fluidi caldi e nelle guarnizioni di vario genere - vedi Tav. 6.

Tav 6 MALATTIE PROFESSIONALI da asbesto manifestatesi nel 2012 e denunciate all'INAIL per gestione tipo di malattia e territorio

MALATTIE PROFESSIONALI da asbesto manifestatesi nel 2012 e denunciate all'INAIL per gestione tipo di malattia e territorio TUTTE LE GESTIONI									
Tipo di malattia	CL	CT	ME	PA	RG	SR	TP	SICILIA	ITALIA
Neoplasie da asbesto	4	3	2	11	1	9	1	31	920
- Mesotelioma pleurico	3	2	1	6		5	1	18	634
- Mesotelioma pericardico									1
- Mesotelioma peritoneale		1						1	18
- Mesotelioma della tunica vaginale e del testicolo									1
- Carcinoma polmonare	1		1	5	1	4		12	266
Asbestosi	11		18	9	1	2		41	555
Piacche pleuriche	7		9	1	19	16		52	802
Totale	22	3	20	26	21	27	1	124	2.277

Strategie

Le strategie nazionali di settore in attuazione degli obiettivi europei, si sono sviluppate dapprima con l'approvazione del DPCM 17/12/2007 «Patto per la salute nei luoghi di lavoro» e poi all'interno del quadro istituzionale definito al Capo II, del D. Dlgs 81/08, costituito dal Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale (art. 5), dai Comitati regionali di coordinamento (art.7) e dalla Commissione consultiva permanente (art. 6). Tale assetto, ormai a regime, garantisce la partecipazione di tutte le istituzioni e le parti sociali a livello nazionale, regionale e territoriale, sia nella fase di programmazione sia in quella operativa.

A tale proposito, si ritiene utile richiamare:

- il documento approvato dalla Commissione Consultiva Nazionale in data 29.5.2013, contenente le «Proposte per una strategia nazionale di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali»,
- le Intese Stato Regioni (art.8, comma 6, della L.131/2003) «Indirizzi per la realizzazione degli interventi in materia di prevenzione a tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per l'anno 2012», «Indicazioni ai Comitati regionali di Coordinamento per la definizione della programmazione per l'anno 2013 delle attività di vigilanza ai fini del loro coordinamento» e, infine, gli «Indirizzi 2013 per la realizzazione nell'anno 2014 di linee comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro», adottati dal Comitato ex art. 5 del Dlgs 81/08.

In tali contesti sono stati realizzati i due primi piani nazionali di prevenzione per i comparti valutati a maggiore rischio: l'edilizia e l'agricoltura/selvicoltura.

Più recentemente tutte le componenti, istituzionali e sociali, hanno focalizzato l'attenzione sulla necessità di finalizzare le risorse disponibili per l'attuazione di azioni efficaci, semplificando, per quanto possibile, adempimenti a carico delle aziende che hanno prevalente valenza formale, oppure rendendo gli stessi più semplici mediante il miglioramento dei sistemi informatici di accesso alle pubbliche amministrazioni. La recente L. 98/2013 contiene elementi importanti in tale direzione che troveranno riscontro nel periodo di valenza del presente Piano, avendo molta cura affinché non possano essere tramutate nella prassi in diminuzione dei livelli di tutela.

I documenti di indirizzo nazionale sopra richiamati, indicano come tali strategie e i relativi obiettivi, sotto elencati, debbano essere necessariamente sviluppati in modo omogeneo in tutta la Regione, nell'ambito di un sistema regionale che garantisca equità di risorse e prestazioni in adempimento dei LEA. Ciò si potrà ottenere privilegiando la ripetizione anche per altri rischi (in particolare chimico e cancerogeno, organizzativo, muscolo scheletrico) dei piani nazionali di prevenzione come avvenuto per il comparto delle costruzioni e per quello agricolo e forestale.

1. Perfezionamento dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro

- Implementazione nella Regione di utilizzo dei sistemi di sorveglianza già attivi, quali i sistemi informativi integrati INAIL e Regioni che andranno a costituire il Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP) di cui all'art. 8 del D.Lgs 81/08 (Flussi informativi per la prevenzione nei luoghi di lavoro, INFORMO, MALPROF, e dati di attività dei servizi di prevenzione delle ASP).
- Estensione alla Regione del campo di attività del Centro Operativo Regionale (COR) alla rilevazione dei casi di sospetta neoplasia professionale previsti dall'art. 244 comma 3 del D.Lgs 81/08 (oltre ai mesoteliomi, i casi di neoplasia delle cavità nasali e dei seni paranasali, nonché di neoplasia a più bassa frazione eziologica), perfezionando l'attività di sorveglianza epidemiologica anche mediante la diffusione dell'utilizzo del sistema Occupational Cancer Monitoring (OCCAM) per il calcolo del rischio cancerogeno nei diversi comparti produttivi, nell'ambito di quanto previsto al comma 5 del medesimo articolo e con il contributo dell'INAIL per la messa a disposizione di applicativi e di linkage a banche dati informatici.
- Rafforzamento dei sistemi di monitoraggio dei rischi e delle patologie da lavoro, mediante la raccolta dei dati relativi alla sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti (art. 40, all. 3b) nonché più in generale l'approfondimento e la valutazione dei rischi e delle esposizioni dei lavoratori (diffusione, potenziamento e utilizzo dei registri delle esposizioni).

2. Rafforzamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato economico sociale e tecnico scientifico

- Rendere efficace nella Regione il funzionamento del Comitato Regionale di Coordinamento previsto all'art. 7 D.Lgs. 81/08, come momento di condivisione e monitoraggio delle azioni strategiche nel territorio regionale.
- Sostegno a programmi e protocolli che coinvolgano i medici dei Servizi di Prevenzione delle ASP, i medici competenti, i medici di medicina generale, i medici ospedalieri e le strutture mediche territoriali di INAIL e INPS, finalizzati all'emersione e riconoscimento delle malattie professionali.
- Sostegno a programmi di integrazione della sicurezza sul lavoro nei curricula scolastici di ogni ordine e grado, valorizzando modelli di apprendimento di conoscenze e di acquisizione di competenze e abilità, realizzando già sui banchi di scuola la formazione generale del lavoratore ex art. 37.
- Sostegno alle imprese finalizzato all'adozione di politiche volontarie di responsabilità sociale e di valorizzazione delle buone pratiche esistenti.

3. Miglioramento della efficacia delle attività di controllo e della compliance da parte dei destinatari delle norme

- Sostegno alla programmazione coordinata delle attività di vigilanza tra le istituzioni presenti negli Uffici Operativi mediante lo sviluppo di sistemi informativi integrati per la rilevazione delle attività di vigilanza e delle prescrizioni.
- Miglioramento della qualità e della omogeneità delle attività di vigilanza, attraverso la condivisione di metodologie di controllo orientate alle priorità e all'efficacia preventiva sostanziale, assicurando, al tempo stesso, certezza e trasparenza dell'azione pubblica.
- Adozione nella Regione di sistemi informatizzati che semplifichino, in coerenza con l'art. 54 del D. Lgs 81/08, la trasmissione di documentazione e la comunicazione da parte dei cittadini e delle imprese all'ASP (a titolo esemplificativo: la notifica preliminare art. 99 D. Lgs 81/08; la notifica e i piani di lavoro amianto artt. 250 e 256 D.lgs. 81/08; la relazione art. 9 L. 257/92; ...).

- Promozione di un approccio dei Servizi delle ASP di tipo proattivo, orientato al supporto al mondo del lavoro, facilitando in particolare l'accesso dei cittadini e delle imprese alle attività di informazione e assistenza anche attraverso lo sviluppo delle tecnologie internet.
- Attuazione di programmi di valutazione della efficacia delle azioni formative.
- Promozione di programmi di miglioramento del benessere organizzativo e prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative e da stress lavoro correlato e attenzione alle categorie di lavoratori con rapporti di lavoro non stabile, in coordinamento con le parti sociali, INAIL e Direzioni del Lavoro.
- Attuazione di programmi integrati di controllo, promozione della salute e sicurezza, comunicazione, con priorità per i determinanti di patologie e infortuni descritti nel precedente paragrafo, con particolare riferimento al perfezionamento e sviluppo del Piano Nazionale di prevenzione in Edilizia e Agricoltura, già avviati negli anni precedenti, alla prevenzione delle neoplasie professionali.
- Attuazione di strategie trasversali specifiche in particolare con la macroarea ambiente e salute con particolare riferimento all'attuazione del Piano Nazionale Amianto e alla prevenzione del rischio Chimico.

2.7.1.1 PROGRAMMA REGIONALE DI PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI IN EDILIZIA 2014-2018

Il presente programma regionale si basa sul Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia 2014-2018 che il Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro ha approvato in accordo al PNP 2014-2018.

Il Piano Nazionale Edilizia fornisce alle Regioni ed alle P.A. precise indicazioni per l'espletamento delle attività di vigilanza, formazione ed assistenza finalizzate alla tutela della salute e della sicurezza nei cantieri edili.

Come è noto nel 2009, la Regione Sicilia, con decreto 28 luglio, ha provveduto a recepire il Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e ha sancito l'adesione della Regione al Piano nazionale triennale edilizia, 2010-2012 pianificando gli interventi di prevenzione delle AA.SS.PP. anche con il coinvolgimento degli altri Organismi Istituzionali previsti dalla normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, che in Sicilia ha trovato riferimento nel Comitato regionale di coordinamento in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, ai sensi del D.P.C.M. 21 dicembre 2007 costituito con D.A. n. 2486 del 5 novembre 2009.

Le funzioni di controllo e coordinamento dei Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (S.Pre.SAL) e dei Servizi impiantistico-antinfortunistico (SIA) delle AA.SS.PP. della Regione sono svolte dal Servizio 3 di Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro del Dipartimento attività sanitarie ed osservatorio epidemiologico DASOE, che ha provveduto ad istituire il gruppo di lavoro di Sicurezza in edilizia.

2.7.1.1.2 Principali risultati del Piano Regionale Edilizia 2010-2012 prorogato al 2013

I risultati raggiunti dal precedente Piano si possono in estrema sintesi rappresentare come segue:

- a)** Incremento dell'attività di vigilanza al fine di ridurre gli infortuni in particolare mortali e gravi, in edilizia, raggiungimento delle quote di ispezione stabilite per la Sicilia dal Piano nazionale edilizia approvato dal Coordinamento delle Regioni e P.A. pari a n. 2.917 sopralluoghi/anno, migliorando la capacità di intervento coordinato tra le strutture territoriali delle Istituzioni, con interventi prioritari nei cantieri a rischio grave con ispezioni coordinate fra i diversi enti ispettivi, finalizzato ad un aumento di efficacia rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute;
- b)** formazione degli operatori (referenti regionali sul D.Lgs. n. 81/2008-Titolo IV) per la costituzione della cabina di regia regionale di supporto alla cabina di regia nazionale.
- c)** potenziamento delle attività di promozione della salute e sicurezza nei cantieri edili, tramite iniziative di informazione, formazione, assistenza;
- d)** realizzazione di una campagna straordinaria di informazione, formazione e diffusione della cultura della sicurezza nei cantieri;
- e)** realizzazione di specifiche iniziative di informazione e formazione nei confronti dei lavoratori, datori di lavoro, coordinatori per la sicurezza, R.S.P.P. e di tutte le altre figure professionali coinvolte nella prevenzione, anche in collaborazione con altri enti e Istituzioni pubbliche, ordini professionali, associazioni scientifiche, ecc.
- f)** miglioramento delle conoscenze tecniche degli operatori degli S.Pre.S.A.L. e realizzazione programmi di formazione per gli operatori degli S.Pre.S.A.L. funzionali alla realizzazione del progetto.

2.7.1.1.3 Pianificazione regionale 2014-18: possibilità di interventi efficaci

La Regione Sicilia condivide gli obiettivi e la vision del PNP 2014-2018 ed aderisce alle indicazioni tecniche ed alle linee operative contenute nel Piano Nazionale Edilizia, mutuando nel Piano regionale i suoi contenuti, guardando alla prevenzione come un fattore di sviluppo della società e sostenibilità del welfare

Vigilanza e controllo

L'azione di vigilanza è fondamentale per dare sostanza alla prevenzione ma anche per stabilire la certezza del diritto; senza questa azione, vi è il rischio che investano in sicurezza solamente le imprese motivate culturalmente; anche queste imprese però, potrebbero trovarsi penalizzate sul mercato rispetto a quelle che diversamente intendono risparmiare proprio sulla sicurezza a discapito della salute dei lavoratori.

Un'azione di vigilanza efficiente ed efficace si basa sul controllo del territorio, che dovrà consentire di intervenire con criteri di *intelligence* per la selezione **cantieri notificati**, con controlli *à vista* su tutte le **situazioni a rischio grave, principalmente quelle *«sotto il minimo etico di sicurezza»***, e nei cantieri che omettono la notifica al solo scopo di non entrare nei programmi ispettivi.

Il controllo del territorio ha anche la funzione di evidenziare la capacità del *«Sistema»* di intervenire su tutte le situazioni irregolari al fine di diffondere la convinzione che risparmiare sulla sicurezza non è conveniente. Il *«Sistema»* deve continuare a vedere il coinvolgimento di tutti gli organi che operano nel settore affinché siano garantiti idonei livelli di salute e sicurezza dei lavoratori, nonché il rispetto delle regole: assicurative, previdenziali e contrattuali.

A tal proposito, come già in passato, è necessario proseguire l'azione dando continuità ai principi dettati dal *«minimo etico di sicurezza»* che si ritiene utile ricordare.

(Per situazione di cantiere *«sotto il minimo etico di sicurezza»* si intende una situazione nella quale vi sia il riscontro di nessuna o insufficiente osservanza delle precauzioni contro i rischi gravi di infortunio, e che *coesistano due condizioni*

- *grave ed imminente pericolo di infortuni, direttamente riscontrato*
- *situazione non sanabile con interventi facili ed immediati.*

In questi casi che, si ribadisce, comportano anche concorrenza sleale con le imprese che investono in sicurezza, è richiesta l'applicazione degli strumenti repressivi in grado di produrre l'interruzione immediata dei lavori a rischio, quali ad esempio il *sequestro preventivo* a norma dell'art 321 del CPP oppure la *prescrizione di cessazione immediata dell'attività a rischio* a norma dell'art 20 comma 3 del D. Lgs 758/94. A titolo esemplificativo si indicano alcune situazioni che, comunque, vanno sempre giudicate nella situazione reale di cantiere e utilizzando tutta la professionalità acquisita in anni di esperienza:

- lavori in quota ad altezza superiore di tre metri, in totale assenza di opere provvisorie o con estese carenze di protezioni, non sanabili nell'immediatezza con interventi facilmente praticabili;
- lavori in quota su superfici *«non portanti»* (ad es. lastre in fibro-cemento) senza alcun tipo di protezione collettiva o individuale e non facilmente ed immediatamente sanabili;
- lavori di scavo con profondità superiore al metro e mezzo, in trincea, o a fronte aperto ma con postazioni di lavoro a piè di scavo, senza alcun tipo di prevenzione (mancanza di studi geotecnici che indichino chiaramente la tenuta dello scavo e assenza di puntellature, armature o simili) e con estensione tale da non permettere una facile ed immediata messa in sicurezza.)

Oltre alle lavorazioni edili tradizionali è necessario porre attenzione in modo particolare al settore degli spettacoli e delle fiere anche a seguito del Decreto Interministeriale 22/07/2014, cosiddetto Decreto Palchi e Fiereö, e alla sicurezza nei lavoratori sulle coperture, Focus specifici previsti dal Piano nazionale.

La vigilanza potrà essere reiterata in cantieri con ammontare presunto dei lavori superiore 500.000 euro, ai fini del conteggio del numero di ispezioni complessive; questo per tener conto della complessità, della estrema differenza delle fasi lavorative e dei rischi conseguenti, delle diverse imprese che si susseguono nell'ambito della realizzazione dell'opera e della durata di questa tipologia di cantieri rispetto ai piccoli lavori.

Nel corso del Piano si ipotizza una rimodulazione dell'attività di vigilanza, determinata dalla crisi del comparto, dalla tendenza alla sovra-notifica preliminare ex art 99 del D.lgs. 81/08 (*notifiche non dovute ma trasmesse per lavori di entità largamente inferiore a 200 uomini-giorno ed eseguiti da una sola impresa o per opere di ristrutturazione connesse unicamente alla concessione dei benefici fiscali, etc.*)

Sarà sviluppata quindi una la vigilanza di faseö tesa all'analisi non solo della conformità tecnico operativa ma anche della progettazione e della gestione complessiva del cantiere per la fase rilevata al momento dell'ispezione; questo risulta fondamentale per orientare il controllo sulla qualità del *piano di sicurezza e coordinamento*, dei *piani operativi di sicurezza* delle imprese presenti e dell'operato dell'impresa affidataria, anche in riferimento a quanto previsto dal recente Decreto Interministeriale 09/09/2014 *sui Modelli Semplificati dei Piani di Sicurezza*.

La garanzia della regolarità del rapporto di lavoro è il presupposto alla garanzia della sicurezza del lavoro, quindi si svilupperanno interventi di vigilanza coordinati, con scambio di informazioni e iniziative di formazione congiunta, tra ASP, DTL, INPS, INAIL definiti nell'ambito dei *Comitati regionali di coordinamento* e dei corrispondenti *Organismi provinciali*.

All'interno dell'attività programmata una quota parte della vigilanza sarà riservata al settore degli spettacoli e delle fiere e ai lavori sulle coperture, secondo quanto previsto dal Piano nazionale edilizia.

Indicatori di vigilanza ó indicatori sentinella

- Il primo indicatore dell'attività di vigilanza è definito dal numero di cantieri controllati/notifiche pervenute l'anno precedente.; tale indicatore si pone quale **Indicatore sentinella**
 - a) 2015 il 14 % delle notifiche preliminari;
 - b) 2016 il 15 % delle notifiche preliminari;
 - c) 2017 il 16 % delle notifiche preliminari;
 - d) 2018 il 16 % delle notifiche preliminari;

Altri Indicatori:

- **Monitoraggio dei cantieri ispezionati sotto il minimo etico**, inclusa la rilevazione, dei provvedimenti adottati (sequestri, sospensioni, divieti, prescrizioni,) e di tutti gli articoli violati; verrà analizzato il rapporto tra i cantieri giudicati sotto il minimo etico e i cantieri ispezionati.
- **Monitoraggio dell'incidenza degli articoli violati** di tipo organizzativo, con creazione di indicatore specifico; verrà analizzato il rapporto tra il numero di articoli violati riferibili all'organizzazione o gestione generale del cantiere (capo I del Titolo IV del D.Lgs. 81/08) e il numero totale di articoli violati.
- **Monitoraggio dell'attività di coordinamento tra enti: lo standard di riferimento sarà basato sulla base dello storico dell'anno precedente..** Tale attività, basata sullo scambio di reciproco di programmi e informazioni, costituirà attività coordinata, che si aggiunge a quella ormai nota come vigilanza congiunta, da definire a livello regionale all'interno dei Comitati Regionali di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/08 e dei relativi Uffici Operativi ed Organismi Provinciali. La sinergia nei controlli è indispensabile anche per affrontare in maniera efficace la piaga del **lavoro nero e irregolare**; dove non sono rispettati i diritti fondamentali dei lavoratori, la legalità nei rapporti di lavoro e negli appalti, con particolare riferimento agli appalti pubblici, non è possibile pensare sia rispettata la sicurezza..

Comunicazione, formazione, assistenza

Oltre all'attività di vigilanza e controllo vanno attivati percorsi informativi, assistenziali e formativi mirati ad ogni categoria di operatori (lavoratori, imprenditori, professionisti, committenti, etc), azioni di assistenza qualificata soprattutto nei confronti dei professionisti, delle microimprese e dei lavoratori autonomi ed iniziative di comunicazione tendenti ad aumentare la sensibilità al problema e ad informare sulle possibilità offerte dal sistema della prevenzione.

Nell'ambito del Piano sarà programmata una nuova Campagna informativa regionale che sarà organizzata con la collaborazione di INAIL, e eventualmente anche con Parti sociali, Ordini professionali e si articolerà con iniziative specifiche rivolte ai diversi Soggetti verso i quali si ritiene di dover comunicare messaggi particolari.

Come ormai è noto la Formazione assume un ruolo strategico per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. La formazione va rivolta a tutti i soggetti che a vario titolo partecipano al processo produttivo del cantiere edile (datori di lavoro, lavoratori, professionisti, etc..) e, preferibilmente deve essere promossa con la collaborazione di Istituzioni pubbliche, Parti sociali, Ordini professionali, etc..

Obiettivi di assistenza/informazione/formazione del Piano Regionale Edilizia, in linea con gli obiettivi del Piano nazionale Edilizia e del Piano nazionale della Prevenzione 2014.2018

Di seguito si riportano alcuni di obiettivi del piano regionale, in linea con gli obiettivi del Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018

1. formazione e assistenza tecnica e procedurale nei confronti di imprese, lavoratori, lavoratori autonomi, RSPP, RLS, tecnici/professionisti (coordinatori, direttori lavori, progettisti, committenti, responsabili lavori, etc..), al fine di sensibilizzare, guidare e coinvolgere gli stessi per la corretta applicazione della legislazione vigente e soprattutto delle procedure di sicurezza in riferimento alle fasi lavorative.

2. sviluppo di percorsi formativi specificamente rivolti agli uffici tecnici comunali e provinciali, e al personale dei Servizi dell'Area Tutela e Sicurezza nei Luoghi di lavoro delle AASSPP, con particolare riferimento ai cantieri relativi agli spettacoli e alle fiere e ai lavori sulle coperture;
3. diffusione delle buone pratiche e promozione di soluzioni tecnologiche innovative e preventive, efficaci e condivise, attraverso la costituzione di un archivio delle buone pratiche per il miglioramento della sicurezza nei cantieri edili. Le cosiddette Buone pratiche di sicurezza assumono sempre più un ruolo strategico per la promozione della salute e sicurezza nei cantieri e se adeguatamente applicate potranno contribuire in modo significativo all'abbattimento degli infortuni e delle malattie professionali. Tali soluzioni potranno essere realizzate anche tramite protocolli d'intesa, accordi di programma o similari con Enti e Istituzioni pubbliche, Associazioni di categoria, Organismi paritetici ed Enti bilaterali, Ordini e Collegi professionali, aziende private, etc. Tali soluzioni, una volta validate dal gruppo interregionale edilizia, cabina di regia del Piano nazionale edilizia, potranno eventualmente essere trasmesse dal Coordinamento interregionale PSILL alla Commissione Consultiva Permanente ex art. 6 del D.lgs. 81/08 per l'eventuale validazione come "Buone Prassi";
4. attivare incontri con le organizzazioni di rappresentanza imprenditoriale e del lavoro autonomo e con gli Enti Paritetici al fine di sensibilizzare i lavoratori autonomi verso la necessità di partecipare a corsi di formazione ed informazione e ad effettuare, sebbene in maniera facoltativa, la sorveglianza sanitaria. L'altissima presenza di lavoratori autonomi, non soggetti agli obblighi di sorveglianza sanitaria e di formazione, e di microimprese impone strategie informative e di assistenza particolari, che coinvolgano diffusamente le organizzazioni di rappresentanza imprenditoriale e del lavoro autonomo e gli Enti Paritetici, in collaborazione con gli Enti Pubblici.
5. avviare attività di promozione/assistenza/formazione negli istituti scolastici e universitari a sostegno dello sviluppo della cultura della sicurezza all'interno dei curricula scolastici, con particolare riferimento al settore dell'edilizia;
6. promuovere accordi di collaborazione con gli enti bilaterali/organismi paritetici, le parti sociali, gli ordini professionali, altre Istituzioni anche al fine di produrre buone pratiche/ soluzioni di sicurezza e/o promuovere lo sviluppo di modelli di organizzazione e gestione della sicurezza nel settore edile

Indicatori di assistenza/informazione/formazione

Al fine di misurare i risultati ottenuti tramite l'attività di informazione, formazione e assistenza sono stati individuati i seguenti indicatori **di assistenza/informazione/formazione**:

- Numero di soggetti della prevenzione nel settore edile informati/assistiti a seguito di specifica richiesta ai Servizi di Prevenzione delle AA.SS.PP.;
- Numero di iniziative/incontri informativi/formativi rivolti ai soggetti della prevenzione nel settore dell'edilizia (datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori, lavoratori autonomi, RSPP e ASPP, RLS, coordinatori, direttori dei lavori, progettisti, committenti, responsabili lavori/rup, etc.), con formale registrazione;
- Numero di iniziative e/o incontri informativi/formativi nelle scuole superiori e professionali a sostegno dello sviluppo della cultura della sicurezza all'interno dei curricula scolastici
- Realizzazione di accordi di collaborazione con gli enti bilaterali/organismi paritetici, le parti sociali, gli ordini professionali, altre Istituzioni anche al fine di produrre soluzioni di sicurezza ,e/o promuovere lo sviluppo di modelli di organizzazione e gestione della sicurezza nel settore edile

Promozione della sorveglianza sanitaria nel comparto

Il Piano dovrà perseguire, attraverso gli strumenti della formazione, informazione, assistenza, controllo e vigilanza essenzialmente due Obiettivi specifici:

A. Implementazione e miglioramento della vigilanza e controllo sui rischi per la salute

Tale obiettivo, orientato, tra l'altro, a migliorare la qualità di tale attività, dovrà essere perseguito, nell'ambito degli indirizzi generali di vigilanza che prevedono l'attuazione della vigilanza di fase in cantiere e l'esame della relativa documentazione, attraverso la verifica della corretta individuazione dei rischi per la salute, della loro valutazione (stime, misure, í) con conseguente indicazione delle misure di prevenzione e protezione necessarie e verifica della loro effettiva attuazione;

La rilevanza di tale attività può essere monitorata attraverso la verifica dell'incidenza degli articoli violati afferenti agli obblighi relativi alle misure di prevenzione dai rischi per la salute,; potrà essere analizzato il rapporto tra il numero di articoli violati riferibili agli obblighi relativi alle misure di prevenzione dai rischi per la salute e il numero totale di articoli violati.

B. Implementazione e miglioramento della sorveglianza sanitaria

L'attività di controllo e vigilanza sulla sorveglianza sanitaria in edilizia a partire dall'anno 2015 può essere articolata su diversi livelli di intervento, di cui alcuni, di tipo quantitativo e relativi ad un livello minimo di verifica sull'effettuazione, ed altri, raccomandati, di tipo qualitativo e relativi ad un progressivo approfondimento sulla coerenza e sui contenuti tecnici.

Si dovrà tendere, quindi, a migliorare la qualità di tale attività, nel rispetto degli indirizzi generali di vigilanza, sopra esplicitati che prevedono l'attuazione della vigilanza di fase in cantiere e l'esame della relativa documentazione, attraverso:

- la verifica on line, attraverso le comunicazioni di cui all'allegato 3B art. 41 una volta identificata l'impresa/e operanti nel cantiere, procedendo alla verifica dell'avvenuta nomina del medico competente e della presenza dei giudizi d'idoneità dei lavoratori, dell'assistenza del protocollo sanitario, e riscontrando la coerenza tra protocollo e rischi individuati e valutati nel DVR e POS;
- la verifica della qualità della sorveglianza sanitaria svolta dai medici competenti attraverso livelli di intervento attuabili a livello sperimentale/facoltativo nelle realtà regionali e locali con adeguati personale e organizzazione, in coerenza con le specifiche del D.Lgs 81/08 in merito agli obblighi posti a carico del medico competente.

Cabina di regia Regionale del Piano Regionale edilizia

Il Piano Nazionale Edilizia prevede una cabina di Regia nazionale, coordinata dalle regioni Sicilia e Toscana e l'attivazione di cabine di regia regionali.

Il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati potrà meglio attuarsi con l'attivazione di una cabina di regia, che avrà il ruolo strategico di coordinamento delle azioni del Piano e delle attività dei diversi Enti interessati e con le seguenti finalità generali:

- indirizzare, coordinare, mantenere, monitorare l'andamento del Piano, raccogliendo e diffondendo i dati di vigilanza, verificando le altre azioni previste (campagne informative, archivio delle buone pratiche ecc.);
- rispondere alle difficoltà, problematiche, dubbi interpretativi, ecc., anche con il supporto di contributi tecnici
- mantenere il confronto periodico con le Parti Sociali.

La Cabina di regia potrà promuovere specifici protocolli d'intesa con Istituzioni, Parti Sociali, Organismi paritetici, Ordini Professionali, su specifiche tematiche, con particolare riferimento ad attività di informazione e formazione e allo sviluppo di buone prassi.

La cabina di regia si porrà anche come punto di riferimento per i Comitati regionali di coordinamento di cui all'art. 7 del D.lgs. 81/08 e per i relativi Uffici Operativi.

Come previsto dal Piano nazionale, per il funzionamento della cabina di regia regionale e per le spese di missione dei componenti della cabina di regia nazionale, nonché per la gestione del sito www.prevenzionecantieri.it (sito del Piano Nazionale Edilizia coordinato dalla regione Sicilia), la Regione individuerà specifiche risorse, nell'ambito del piano regionali edilizia, utilizzando eventualmente i fondi derivanti dai proventi delle sanzioni di cui all'art. 13 comma 6 del D.lgs. 81/08..

LIVELLI DI ATTIVAZIONE DELLA VIGILANZA NEL SETTORE DEGLI SPETTACOLI E DELLE FIERE

A seguito dell'entrata in vigore del decreto Interministeriale 22 luglio 2014, è necessario ***programmare mirati interventi di prevenzione, vigilanza e controllo per le attività di montaggio e smontaggio di opere temporanee realizzate per spettacoli o fiere***. I Servizi potranno reperire utili informazioni mediante:

- documentazione inviata ai Dipartimenti di Prevenzione della ASP da parte dei Comuni o delle Prefetture a seguito della richiesta da parte dell'organizzatore della manifestazione del rilascio della licenza di pubblico spettacolo prevista dal TULPS;
- documentazione reperibile presso i Comuni circa le richieste di rilascio autorizzazioni per l'occupazione del pubblico suolo;
- ricerca attiva mediante consultazione dei siti web sulla rete internet che effettuano vendite di biglietti per concerti o manifestazioni ovvero notizie di stampa.

Vigilanza preventiva e organizzazione delle fasi ispettive

Trattandosi di **manifestazioni temporanee** per le quali tra il montaggio e lo smontaggio delle opere temporanee possono intercorrere pochi giorni, la programmazione delle attività dei Servizi PRESAL deve prevedere la possibilità di interventi precoci, ancor prima che le operazioni in cantiere vengano avviate. Si ritiene utile provvedere ad un preliminare contatto con i soggetti organizzatori degli eventi, acquisendo preventivamente gran parte della documentazione di sicurezza prevista dalla vigente normativa così da velocizzare e ottimizzare le fasi di vigilanza.

Per quanto concerne le **manifestazioni fieristiche** le dinamiche di montaggio e smontaggio sono simili a quanto avviene in un cantiere per spettacolo. In tale settore si rilevano alcune differenze che devono essere tenute in considerazione. In particolare un evento fieristico prevede in genere l'installazione di più cantieri temporanei all'interno di un unico quartiere fieristico ovvero area attrezzata con i conseguenti rischi di interferenza tra le varie attività lavorative.

Elementi Essenziali da Verificare

Gli elementi di seguito elencati costituiscono un riferimento non esaustivo e puramente indicativo delle verifiche che andranno effettuate attraverso opportune azioni lungo tutto l'arco temporale della vigilanza, dall'attivazione alla chiusura del cantiere a seguito della fine dei lavori di smontaggio dell'allestimento stesso. In relazione alla normale documentazione che ogni ditta deve custodire in cantiere si elencano alcuni elementi che dovranno essere comunque verificati.

- Presenza delle relazioni di calcolo e degli schemi di montaggio delle opere temporanee.
- Misure organizzative o procedurale per il montaggio e lo smontaggio delle opere temporanee previste nei POS delle imprese addette
- PSC ed azioni di coordinamento intraprese per la gestione delle varie fasi di lavoro e per la gestione dei rischi interferenziali legati alla location ospitante (portata dei solai, punti di appendimento, sicurezza impianti ed attrezzature presenti etc.)
- Procedure per la gestione delle emergenze
- Modalità di gestione del rischio di caduta dall'alto
- Modalità di messa in sicurezza dei diversi appendimenti
- Procedure (in caso di eventi outdoor) per eventi atmosferici avversi
- Mezzi di sollevamento e relativi accessori: idoneità delle attrezzature e loro verifiche, formazione del personale addetto
- Impianti elettrici ed accessori elettrici di cantiere/spettacolo: conformità, corretta installazione e regolare manutenzione
- Fornitura e utilizzo dei DPI sia per i lavoratori a terra che in quota
- Aspetti relativi alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori con particolare riferimento alla MMC
- Servizi igienico assistenziali

LA GESTIONE DELLA SICUREZZA NEI LAVORI SULLE COPERTURE

I dati sugli infortuni rilevati nel settore delle costruzioni negli ultimi dieci anni hanno evidenziato la criticità degli interventi sulle coperture, in particolare per gli interventi di manutenzione e ristrutturazione del patrimonio edilizio esistente. La caduta dall'alto durante i lavori di manutenzione delle coperture è tra le cause più frequenti di infortunio grave e mortale in edilizia.

Per questo motivo La regione Sicilia ha emanato un Decreto specifico, il DA 1754/12 con lo scopo di definire gli obblighi e le specifiche misure preventive e protettive da adottare nella progettazione e nella realizzazione di interventi edilizi, riferiti a nuove costruzioni e o ad edifici esistenti, al fine di garantire nelle successive fasi di manutenzione della copertura e delle sue pertinenze, comprese le componenti tecnologiche l'accesso, il transito e l'esecuzione dei lavori in condizioni di sicurezza.

Nel corso della durata del Piano regionale edilizia saranno avviate specifiche azioni di vigilanza e di informazione/formazione per la sicurezza nei lavori sulle coperture, tra cui:

- formazione e assistenza tecnico procedurale nei confronti di committenti, progettisti e utilizzatori coinvolti nell'applicazione dei regolamenti;
- formazione e assistenza tecnico-procedurale nei confronti dei tecnici delle amministrazioni comunali per la verifica della conformità dell'elaborato tecnico delle coperture allegato alle istanze presentate, attraverso anche la progettazione e diffusione di linee guida tecnico o operative;
- percorsi formativi specifici rivolti al personale ispettivo delle AASSPP.
- istituzione di un centro regionale per la prevenzione delle cadute dall'alto con il compito di effettuare attività di ricerca, di fornire conoscenze innovative, elaborare soluzioni pratiche, concrete ed applicabili in base ai differenti contesti di riferimento, elaborare linee guida e specifiche e manuali tecnico operativi, divenire centro di supporto per le AASSPP e le altre amministrazioni pubbliche,
- Attività di vigilanza finalizzata ai lavori in copertura.

Tabella azioni

OBIETTIVI CENTRALI	CODICE INDICATORE	INDICATORE CENTRALE	OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	NOME INDICATORE	VALORE BASELINE	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex art. 5, D. Lgs. 81/08 approvati mediante accordo di Conferenza tra Stato e Regioni e aumentare la disponibilità di informazioni sull'esposizione disponibili ai vari Enti	7.1.1	Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	Rapporto tra il numero di cantieri ispezionati e numero di notifiche preliminari dell'anno precedente <hr/> Monitoraggio articoli violati <hr/> Rapporto tra numero di cantieri con violazioni sottominimo etico e numero di cantieri ispezionati <hr/> Rapporto tra numero di violazioni di tipo organizzativo e numero totale di violazioni	Report Annuale	NR	SI	SI	SI	SI
			Acquisizione notifiche online	Sistema informativo per acquisizione e notifiche online	NO				SI
Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione ed il riconoscimento delle malattie professionali	7.2.1	Emersione del fenomeno tecnopatologico misurato mediante l'incremento di segnalazioni e denunce delle malattie da lavoro correlate per comparti o per i rischi oggetto di intervento	Verifica della sorveglianza sanitaria nelle imprese ispezionate in coerenza con Allegato 3B art.40	Percentuale delle imprese ispezionate con verifica della sorveglianza sanitaria	NR	20%	30%	40%	50%

<p>-Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità.</p>	7.3.1	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex-art.7 D.Lgs. 81/08 di azioni di promozione per:	Realizzazione di accordi di collaborazione con gli enti bilaterali/org.smi paritetici, parti sociali, ordini professionali ed altre istituzioni anche al fine di produrre soluzioni di sicurezza e /o promuovere lo sviluppo di modelli di organizzazione e gestione nell'ambito delle procedure di asseverazione ex art.51 Dlgs.81/08	Accordo di collaborazione o revisione accordo di collaborazione precedente	NR	0	1	1	1
	7.4.1	-il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	-la promozione della responsabilità sociale d'impresa	Numero di iniziative di informazione formazione e assistenza per ogni AASSPP	2	3	3	3	3
<p>-Promuovere e favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale.</p>			<p>Iniziative di assistenza/informazione/ formazione rivolti ai soggetti della prevenzione</p>						

Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione delle malattie professionali	7.7.1	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto d'intervento	Numero di Cantieri ispezionati in rapporto alle notifiche preliminari pervenute nell'anno precedente	Numero cantieri ispezionati /notifiche preliminari dell'anno precedente	20%	14%	15%	16%	16%
Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali audit	7.8.1	Adozioni di atti di indirizzo regionale finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio	Elaborazione di procedure / Linee di indirizzo per omogeneizzare l'attività di vigilanza con particolare riferimento alla sicurezza nei lavori su copertura. Organizzazione di corsi di formazione per gli operatori dei servizi delle AASSPP	Linee di indirizzo /procedure N° Corsi di formazione/ anno	2013: NR 1	1	1	1	1

Cronogramma

PROGRAMMA 11-PIANO EDILIZIA																
CRONOPROGRAMMA																
OBIETTIVI SPECIFICI REGIONALE	ANNAUALITAø															
	ANNO 2015				ANNO 2016				ANNO 2017				ANNO 2018			
	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.
ORGANIZZAZIONE CORSI DI FORMAZIONE PER OPERATORI																
ELABORAZIONE LINEE DI INDIRIZZO / PROCEDURE							FASE 1				FASE 2				FASE 3	
CANTIERI DA ISPEZIONARE			14%				15%				16%				16%	
INIZIATIVE DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE/ASSISTENZA			3				3				3				3	
ACCORDO DI COLLABORAZIONE				FASE 1			FASE 2				FASE 3			FASE 4		
VERIFICA SORVEGLIANZA SANITARIA			20%				30%				40%				50%	
NOTIFICHE ON-LINE				FASE 1			FASE 2				FASE 3					FASE 4
REPORT ANNUALE				REPORT				REPORT				REPORT				REPORT
				1				2				3				FINALE

Nel cronoprogramma sono inserite le varie fasi e i relativi tempi necessari per il raggiungimento di ogni singolo obiettivo specifico regionale. Nel seguito si descrivono le attività relative ad ogni singola fase per ogni obiettivo specifico regionale.

OBIETTIVO SPECIFICO ORGANIZZAZIONE CORSI DI FORMAZIONE PER OPERATORI

Si prevede di organizzare almeno un corso/anno per operatori dei servizi delle AASSPP coinvolti nelle attività del Piano Regionale Edilizia, da svolgere preferibilmente nel secondo semestre di ogni anno presso il CEFPAS di Caltanissetta.

OBIETTIVO SPECIFICO ELABORAZIONE DI LINEE DI INDIRIZZO / PROCEDURE

Il Piano di Prevenzione in Edilizia approvato dal Coordinamento delle Regioni per il quadriennio 2015-2018 prevede la stesura a livello Nazionale, entro la durata del piano, di linee di indirizzo per la redazione di procedure di vigilanza regionali, al fine di omogenizzare l'attività di vigilanza in edilizia. È chiaro quindi che la stesura delle suddette linee di indirizzo/procedure, al fine di ottenere una omogeneizzazione in ambito nazionale e regionale dell'attività di vigilanza, è un obiettivo finale del Piano Nazionale (e quindi dei Piani Regionali che da esso discendono). Questo è il motivo per cui si prevede di raggiungere l'obiettivo specifico della stesura del piano entro il 2018. Per la stesura delle procedure di vigilanza Regionali sarà necessario quindi attendere la predisposizione delle suddette linee di indirizzo nazionali che dovranno essere prodotte dalla Cabina di regia del Piano Nazionale Edilizia, che, tra l'altro, è coordinata dalle Regioni Sicilia e Toscana.

Tuttavia sono state previste alcune fasi con le relative azioni da realizzare nel corso del quadriennio.

FASE 1: Costituzione Tavolo Tecnico Regionale per la stesura delle linee di indirizzo, che si interfaccia con la Cabina di Regia Nazionale del Piano Nazionale Edilizia

FASE 2: Stesura di proposte regionali per la stesura di linee di indirizzo per la omogeneizzazione dell'attività di vigilanza da inviare alla cabina di regia nazionale del Piano

FASE 3: Definizione ed attuazione di procedure regionali per la omogeneizzazione dell'attività di vigilanza a seguito dell'approvazione delle linee di indirizzo prodotte dalla Cabina di Regia Nazionale.

OBIETTIVO SPECIFICO CANTIERI DA ISPEZIONARE

Questo obiettivo è inerente all'attività ispettiva presso i cantieri del territorio regionale che dovrà essere espletata in tutto il periodo dell'anno, per ogni anno del Piano Regionale. Il valore numerico indicato nel cronoprogramma dentro ogni anno rappresenta il valore atteso dell'indicatore (numero di cantieri ispezionati / notifiche preliminari dell'anno precedente) nel rispettivo anno, in linea con gli indicatori previsti dal Piano nazionale

OBIETTIVO SPECIFICO INIZIATIVE DI INFORMAZIONE /FORMAZIONE/ASSISTENZA

Questo obiettivo è inerente ad attività di informazione/formazione/assistenza che dovrà essere espletata da ogni ASP per ogni anno per tutta la durata del Piano. L'indicatore è il numero di iniziative di informazione/formazione/assistenza

effettuate da ogni ASP. Il valore atteso è di tre iniziative/anno per ogni ASP per tutta la durata del Piano. Il valore numerico indicato nel cronoprogramma dentro ogni anno rappresenta il valore atteso dell'indicatore per ogni ASP per ogni anno.

OBIETTIVO SPECIFICO ACCORDO DI COLLABORAZIONE

FASE 1: Incontri con CNCPT, FORMEDIL e CPT Regionali per raccogliere le proposte di collaborazione per la successiva stesura di accordi di collaborazione tra Assessorato della Salute e/o AASSPP e Comitati paritetici per l'edilizia / scuole edili del territorio Siciliano.

FASE 2: Stesura e presentazione del progetto per la costituzione dell'archivio delle Buone Pratiche in Edilizia da realizzare in collaborazione con Organismi Paritetici, Ordini Professionali ed altre Istituzioni. Costituzione di un Gruppo di lavoro per la stesura di uno specifico protocollo d'intesa/accordo di collaborazione a livello regionale e/o provinciale.

FASE 3: Stesura e/o rinnovo di specifici accordi di collaborazione con Organismi Paritetici del settore edile (CPT, Scuole Edili, ecc) e/o ordini professionali/altre istituzioni pubbliche, ed avvio del progetto per la costituzione dell'archivio delle buone pratiche in edilizia.

FASE 4: Attuazione degli accordi di collaborazione stipulati e del progetto "Archivio delle buone pratiche in edilizia"

OBIETTIVO SPECIFICO VERIFICA SORVEGLIANZA SANITARIA

Questo obiettivo è inerente ad attività di verifica della sorveglianza sanitaria e dovrà essere espletata nel corso dell'attività ispettiva e quindi in ogni periodo dell'anno per tutta la durata del Piano. L'indicatore è la percentuale delle imprese ispezionate con verifica della sorveglianza sanitaria rispetto al totale delle imprese ispezionate. Il valore indicato nel cronoprogramma per ogni anno rappresenta il valore atteso del suddetto indicatore per ogni anno del piano.

OBIETTIVO SPECIFICO NOTIFICHE ON-LINE

FASE 1: Incontri con i direttori SPRESAL e SIA per la definizione delle specifiche tecniche del software per la realizzazione di un sistema informativo Regionale della prevenzione che comprenda la gestione delle notifiche preliminari on-line.

FASE 2: Costituzione gruppo di lavoro tecnico per la stesura del capitolato tecnico contenente le specifiche tecniche per la realizzazione del sistema informativo regionale e per la gestione delle notifiche on-line.

FASE 3: Definizione ed avvio di tutte le procedure tecniche, amministrative e gestionali per l'espletamento della gara per la realizzazione del nuovo sistema informativo regionale della prevenzione contenente anche tutte le specifiche per la gestione delle notifiche preliminari on-line.

FASE 4: Avvio delle procedure informatiche per la gestione delle notifiche preliminari on-line in una ASP capofila.

FASE 5: Avvio delle procedure informatiche per la gestione delle notifiche preliminari on-line in tutte le AASSPP del territorio Siciliano.

L'obiettivo delle Notifiche On-line è stato fissato al 2018 in quanto il Piano nazionale di prevenzione in Edilizia approvato dal Coordinamento tecnico delle regioni prevede espressamente che tale obiettivo debba essere raggiunto entro la durata del Piano nazionale e quindi entro il 2018 . Ciò è determinato anche dal fatto che si è ancora in attesa a livello nazionale del decreto del Ministero del lavoro annunciato da qualche anno, che dovrebbe rendere operativa la piattaforma informatica per la gestione delle notifiche on-line e che, a seguito del decreto, dovrà essere utilizzata da tutte le Regioni.

Tuttavia , considerato che il suddetto decreto non è ancora stato emanato , la Regione Sicilia, nel caso in cui tale piattaforma nazionale non venisse avviata entro la durata del Piano regionale, procederà autonomamente, come hanno già fatto diverse altre regioni, alla realizzazione del software per la gestione delle Notifiche on-line.

2.7.1.2 PROGRAMMA REGIONALE DI PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI IN AGRICOLTURA E SELVICOLTURA 2014-2018

Il presente programma regionale si basa sui documenti che il Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro per l'agricoltura ha preparato in accordo al PNP 2014-2018.

Tali documenti forniscono alle Regioni ed alle P.A. precise indicazioni per l'adempimento delle attività di vigilanza, formazione ed assistenza finalizzate alla tutela della salute e della sicurezza in agricoltura.

Come è noto nel 2009, la Regione Sicilia, con decreto 28 luglio, ha provveduto a recepire il Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e ha sancito l'adesione della Regione al Piano nazionale triennale agricoltura, 2010-2012, pianificando gli interventi di prevenzione delle AA.SS.PP. anche con il coinvolgimento degli altri Organismi Istituzionali previsti dalla normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, che in Sicilia ha trovato riferimento nel Comitato regionale di coordinamento in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, ai sensi del D.P.C.M. 21 dicembre 2007 costituito con D.A. n. 2486 del 5 novembre 2009.

Le funzioni di controllo e coordinamento dei Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (S.Pre.SAL) e dei Servizi impiantistico-antinfortunistico (SIA) delle AA.SS.PP. della Regione sono svolte dal Servizio 3 "Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" del Dipartimento attività sanitarie ed osservatorio epidemiologico DASOE, che ha provveduto, nell'ottobre 2009, ad istituire il gruppo di lavoro "Sicurezza in agricoltura".

In continuità con l'attività del recente passato il presente programma regionale è stato elaborato in collaborazione con un Gruppo di Lavoro per la prevenzione in agricoltura con rappresentanti degli SPRESAL e SIA delle ASP della Sicilia, di recente costituito e convocato con nota prot./Servizio.3 n. 28299/15 del 31 marzo 2015 per condividere i percorsi metodologici e le strategie da perseguire per la realizzazione del relativo programma e gli obiettivi del PRP 2014-2018 in argomento che seguono.

Razionale

1 Il contesto produttivo e l'andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali

Aziende agricole e lavoratori agricoli

In base ai risultati del 6° censimento agricoltura 2010 [censimento 2010], le **aziende agricole** sono **1.620.884** con 250.806.040 giornate lavorate. Il confronto con il censimento 2000 mette in evidenza la riduzione di circa un terzo delle aziende a conduzione diretta e di circa la metà delle aziende con salariati. Confrontando i dati dei due censimenti, per la distribuzione delle aziende e delle giornate lavorate per categoria di manodopera aziendale, si conferma ovviamente il livello della riduzione delle aziende dove lavora il conduttore, mentre il livello di riduzione delle aziende dove lavorano il coniuge e i familiari è meno rilevante, e, per quanto riguarda i lavoratori salariati, la riduzione del numero di aziende che li impiega è stata più rilevante per i lavoratori a tempo determinato che per quelli a tempo indeterminato. Guardando alle giornate lavorate, la riduzione delle aziende ha comportato una riduzione delle giornate per il conduttore, il coniuge e i familiari, ma non per i lavoratori in forma continuativa a tempo sia indeterminato che determinato. Guardando alla distribuzione delle aziende per classe di giornate di lavoro aziendale, si osserva che la riduzione del numero di aziende, sia in numeri assoluti sia in proporzione, ha riguardato le aziende con meno giornate lavorate.

Il ricorso al lavoro in conto terzi è prevalente per le aziende a conduzione diretta, vi ricorrono 494.824 aziende, pari a circa il 32 % delle aziende a conduzione diretta, circa il 92 % delle aziende che utilizzano il lavoro in conto terzi, impiegando 3.230.901 giornate di lavoro equivalenti, pari all'80 % delle giornate di lavoro in conto terzi.

Il raggruppamento delle aziende agricole in tre classi di giornate lavorative (0-50, 51-500, oltre 500), escludendo le aziende più piccole, spesso "hobbistiche", permette con buona approssimazione di tenere distinte le aziende costituite da un unico addetto, o poco più, dalle altre: rispettivamente in numero di 753.158 e 105.325. Tale distinzione è importante ai fini dell'applicazione della normativa di prevenzione, che stabilisce per i lavoratori autonomi (e per le imprese familiari agricole) obblighi differenti rispetto alle altre aziende, ma anche per dimensionare le piccolissime imprese, dimostratesi a maggior rischio.

Le attività agricole e forestali - zootecniche

I dati ISTAT del censimento 2010, confermano il frazionamento dell'attività agricola e forestale in numerosissime aziende di ridotta superficie. **I seminativi** sono soprattutto concentrati nelle regioni padane, in particolare in Emilia-Romagna (11,8%) e Lombardia (10%), in Puglia (9%) e **Sicilia (9.7%)** mentre nel Mezzogiorno sono maggiormente presenti le aree investite a **coltivazioni permanenti (fruttiferi, agrumi, vite ed olivo)**, in particolare in Puglia (21%) e **Sicilia (15%)**; i prati permanenti e pascoli risultano concentrati soprattutto in Sardegna (20,2%).

I dati relativi agli allevamenti dimostrano una notevole disomogeneità tra Regioni e Province autonome sia per numero di aziende impegnate in questa attività, sia, soprattutto, per numero di capi allevati. Il confronto tra numero di aziende con allevamenti e numero di capi allevati permette di rilevare una notevole disomogeneità del numero di capi allevati per azienda tra regioni e province autonome. Per gli allevamenti **ovini**, ad esempio, la cui consistenza è inferiore a 100 capi nel 61% delle aziende, si osserva che il numero medio di 100 capi è superato soltanto da sette regioni: Sardegna con 239 capi, Toscana con 200, Lazio con 187, Marche con 154, Puglia con 131, Sicilia con 130 e Trento con 104.

Come rilevato nell'annuario statistico italiano 2012 dell'ISTAT:

- il 64,9 per cento della distribuzione dei fertilizzanti si concentra nel Nord del Paese, il 14,1 per cento nel Centro e il restante 21 per cento nel Mezzogiorno;

- il 60% dei prodotti fitosanitari è costituito da fungicidi, il 11,4% da insetticidi e acaricidi, il 13,9% da erbicidi, il 13% da altre categorie funzionali, lo 0,2% da prodotti biologici. Nell'annuario statistico italiano 2012 dell'ISTAT viene riportata la seguente distribuzione per classe di tossicità: il 5,7% risulta molto tossico o tossico, il 20,4% nocivo, mentre il 73,9 % viene definito non classificabile. Il Nord impiega il 50 per cento e il Mezzogiorno il 38 per cento del totale dei prodotti fitosanitari.

Infortuni sul lavoro

Tra il 2007 e il 2011 gli infortuni sul lavoro si sono ridotti del 17,81% (da 57.252 a 47.054); gli infortuni mortali hanno oscillato tra 104 e 109 all'anno. Il rapporto tra infortuni mortali e totali è nettamente superiore nella gestione agricoltura rispetto alla gestione industria e servizi: rispettivamente 0,24, 0,16, 0,09 nel 2011. Gli infortuni sul lavoro **in agricoltura**, pur rappresentando in **valore assoluto** una quota modesta degli infortuni sul lavoro rispetto alle altre attività, **presentano elevati indici di incidenza**. Gli indici di **incidenza**, elaborati rapportando i numeri degli infortuni a quelli dei lavoratori occupati segnalati dall'ISTAT (n. infortuni / 1.000 occupati ISTAT) risultano **nettamente superiori nella gestione agricoltura** rispetto alle gestioni industria e servizi: rispettivamente 0,135, 0,065 e 0,024 per gli infortuni totali, 55,3, 40,3 e 26,7 per gli infortuni mortali, nell'anno 2011.

Landamento infortunistico del periodo, desunto dal sistema informativo INAIL, mostra un trend favorevole, con una riduzione degli infortuni totali nel quinquennio 2008-2012 pari al 20%, pur in una stabilità del numero degli infortuni mortali; è questo un fenomeno conosciuto, legato al permanere, accanto ad aziende che diffusamente si impegnano a migliorare le condizioni di sicurezza, di fasce refrattarie, composte soprattutto da piccolissime imprese economicamente deboli. Quest'ultima osservazione, confortata dalle osservazioni delle regioni che da più anni intervengono in modo sistematico in agricoltura, ha portato a proporre per i prossimi anni di incrementare la quota dei controlli da dedicare alle aziende di minori dimensioni.

Sulla base dell'archivio INAIL e del sistema nazionale di sorveglianza degli infortuni sul lavoro mortali e gravi, è possibile individuare, in ordine di importanza i seguenti determinanti:

- Contatto con attrezzature
- Cadute dall'alto, cadute in fossa
- Contatto con animali

Per quanto riguarda le attrezzature nella tabella successiva viene presentata la distribuzione degli infortuni, avvenuti nell'anno 2011 e indennizzati al 31/10/2012, per attività specifica determinata e specificata (31.487)

Infortuni sul lavoro avvenuti nell'anno 2011 e indennizzati al 31/10/2012

Operazioni di macchina	1.315	Trasporto manuale	3.423
Lavoro con utensili a mano	5.985	Movimenti	10.488
Alla guida, a bordo	2.042	Presenza	504
Manipolazione di oggetti		7.730	

Infortuni sul lavoro avvenuti nell'anno 2011 e indennizzati al 31/10/2012			
<i>Agente materiale</i>	<i>n. infortuni</i>	<i>Agente materiale</i>	<i>n. infortuni</i>
Strutture edili e superfici	5.769	Altri veicoli di trasporto	205
Dispositivi di distribuzione	229	Materiali	3.784
Motori	70	Sostanze	132
Utensili meccanizzati	1.615	Attrezzature di sicurezza	35
Utensili a mano	3.711	Attrezzature varie	100
Macchine e attrezzature portatili o mobili	3.072	Organismi viventi	4.634
Macchine e attrezzature fisse	475	Rifiuti	142
Mezzi di convogliamento	1.198	Fenomeni fisici	36
Veicoli terrestri			

Malattie professionali

Le malattie professionali denunciate, sono passate da 1647 a 7967 nel periodo 2007-2011. Si rileva una disomogenea distribuzione regionale dei casi di malattia professionale, sia dal punto di vista temporale sia dal punto di vista geografico, che, verosimilmente, non dipende esclusivamente dalla diversa esposizione a rischio o dalla diversa suscettibilità degli operatori: un ruolo importante riveste l'attenzione dei lavoratori alla loro salute e dei sanitari ai fattori di rischio lavorativi. Tra le malattie denunciate nel 2011, le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico sono in percentuale nettamente preponderante.

Le raccolte ordinarie di dati non permettono di ottenere una stima adeguata della relativa importanza dei singoli fattori di rischio nelle malattie lavoro-correlate, attualmente le più diffuse. Sulla base dell'archivio INAIL delle malattie professionali, possono essere individuati, quali fattori di rischio, oltre ai classici rumore e vibrazioni, al corpo intero o al sistema mano-braccio, la movimentazione manuale di carichi, i movimenti ripetitivi, irritanti/allergeni di natura animale e vegetale, radiazioni solari ultraviolette. Il bassissimo numero di malattie da agenti chimici specifici, denunciate all'INAIL, potrebbe dipendere dalla scarsa attenzione dei medici curanti a fattori di rischio lavorativi. L'attuale sistema di controllo dell'ammissione in commercio dei prodotti fitosanitari dovrebbe impedire l'insorgenza di malattie acute e croniche negli utilizzatori professionali, *se correttamente impiegati*.

I danni alla salute da lavoro in agricoltura e selvicoltura

Di seguito vengono presentati i dati riassuntivi più recenti disponibili relativi a infortuni sul lavoro e malattie professionali. La fonte dei dati è la banca dati INAIL.

Infortuni sul lavoro nel Territorio

	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2010	2010-2012	2008-2012
Piemonte	4.888	5.070	4.549	4.045	3.619	-6,94	-20,44	-25,96
Valle D'Aosta	185	176	172	150	139	-7,03	-19,19	-24,86
Lombardia	4.314	4.276	4.254	4.082	3.802	-1,39	-10,63	-11,87
Liguria	788	802	763	755	608	-3,17	-20,31	-22,84
Bolzano	2.359	2.546	2.470	2.559	2.341	4,71	-5,22	-0,76
Trento	1.013	989	929	958	942	-8,29	1,40	-7,01
Veneto	4.968	4.788	4.495	4.067	3.750	-9,52	-16,57	-24,52
Friuli Venezia Giulia	943	947	921	847	728	-2,33	-20,96	-22,80
Emilia Romagna	6.951	6.760	6.729	6.289	5.617	-3,19	-16,53	-19,19
Toscana	4.317	4.294	4.105	3.961	3.558	-4,91	-13,33	-17,58
Umbria	1.681	1.666	1.612	1.431	1.277	-4,10	-20,78	-24,03
Marche	2.784	2.649	2.376	2.283	1.960	-14,66	-17,51	-29,60
Lazio	2.019	1.885	1.875	1.679	1.574	-7,13	-16,05	-22,04
Abruzzo	2.313	2.386	2.172	2.120	1.924	-6,10	-11,42	-16,82
Molise	672	680	613	552	513	-8,78	-16,31	-23,66
Campania	2.099	1.960	1.825	1.702	1.569	-13,05	-14,03	-25,25
Puglia	3.504	3.275	3.158	2.864	2.637	-9,87	-16,50	-24,74
Basilicata	1.152	1.099	936	858	768	-18,75	-17,95	-33,33
Calabria	1.237	1.175	1.144	1.122	1.123	-7,52	-1,84	-9,22
Sicilia	2.715	2.720	2.700	2.458	2.372	-0,55	-12,15	-12,63
Sardegna	2.485	2.543	2.435	2.278	2.003	-2,01	-17,74	-19,40
TOTALE	53.387	52.686	50.233	47.061	42.825	-5,91	-14,75	-19,78

Nella tabella precedente sono riportati i numeri assoluti degli infortuni sul lavoro (IL) nel complesso.

I dati degli infortuni totali mostrano una **riduzione importante**, specialmente **nelle regioni che a partire dal 2010 hanno avviato attività sistematiche** indicando una efficacia degli interventi sviluppati; meno univoco l'andamento degli infortuni mortali. Ciò indica che una parte del mondo agricolo recepisce e fa proprie le indicazioni di prevenzione, come del resto riscontrato nell'attività di vigilanza, mentre un'altra parte, composta dalle aziende più piccole, è assai meno reattiva.

Malattie da lavoro

La disomogenea distribuzione dei casi di malattia professionale, sia dal punto di vista temporale sia dal punto di vista geografico, verosimilmente non dipende esclusivamente dalla diversa esposizione a rischio o dalla diversa suscettibilità degli operatori: un

ruolo importante riveste l'attenzione dei sanitari ai fattori di rischio lavorativi, su cui sarà fondamentale promuovere l'applicazione di protocolli di sorveglianza e di diagnosi standardizzati.

Ciò è ulteriormente dimostrato dai dati relativi ai riconoscimenti dei casi denunciati nel 2012 che mostrano grandi oscillazioni tra le regioni.

Agricoltura: Malattie professionali denunciate (2009 ó 2012)				
	2009	2010	2011	2012
Piemonte	207	237	272	355
Valle d'Aosta	1	3	10	3
Lombardia	52	77	129	66
Bolzano	13	22	19	9
Trento	45	54	121	118
Veneto	112	153	253	342
Friuli - Venezia Giulia	34	36	47	91
Liguria	15	26	31	29
Emilia - Romagna	376	741	1290	1610
Toscana	321	540	829	673
Umbria	88	108	130	114
Marche	243	452	643	751
Lazio	70	112	99	156
Abruzzo	1341	2211	2039	1402
Molise	33	63	139	103
Campania	62	218	295	364
Puglia	161	227	375	403
Basilicata	17	19	25	38
Calabria	144	310	361	318
Sicilia	75	112	157	90
Sardegna	518	669	710	713
Italia	3928	6390	7974	7748

Principali risultati del piano nazionale di prevenzione 2010-2013.

I risultati che si sono raggiunti nel triennio 2010-2012 ed anche nel 2013 con la proroga del PNP sono quelli di seguito rappresentati:

- definizione in quasi tutte le Regioni e Province Autonome di programmi regionali attuativi del programma nazionale;
- formazione con criteri omogenei di operatori di tutte le Regioni e Province Autonome, in grado di sostenere l'attività di controllo programmata, e attivazione sperimentale di corsi di Formazione a Distanza per nuovi reclutamenti e per l'approfondimento di tematiche specifiche;

- individuazione e condivisione dei contenuti minimi della vigilanza, standardizzati attraverso una scheda di controllo condivisa e utilizzata a livello nazionale sulla base dei programmi regionali;
- creazione del sistema informativo di registrazione dell'attività di controllo, a base regionale, che raccoglie anche i dati relativi ai risultati dei controlli e permette la stesura di report periodici in grado di valutare i cambiamenti nel tempo delle condizioni incontrate nelle aziende;
- attivazione di controlli sulle macchine agricole nelle fiere, tramite procedure condivise, che hanno portato alla segnalazione al Ministero dello Sviluppo Economico e al Ministero dei Trasporti per carenza dei requisiti essenziali di sicurezza (R.E.S.) di oltre un centinaio di macchine;
- creazione e gestione, in collaborazione con INAIL, del registro degli infortuni mortali e gravi a carico di soggetti non lavoratori in base all'art. 2 del D. Lgs. 81/08 (non professionali), che permette, con la collaborazione attiva degli operatori delle aziende sanitarie locali, di mantenere monitorati gli infortuni mortali (la maggioranza) che non sono coperti dal Sistema di sorveglianza degli infortuni mortali e gravi, allo scopo anche di rilevare carenze di requisiti di sicurezza nelle attrezzature coinvolte;
- creazione di un portale web (www.agricolturasicura.it) dedicato ai temi della prevenzione in agricoltura, contenente anche, nella parte riservata, il sistema informativo e la formazione a distanza (FAD);
- produzione di varie schede informative e di documenti di buona pratica finalizzati all'adeguamento dei requisiti di sicurezza delle macchine agricole, al loro mantenimento, al loro corretto impiego (alla messa a norma del parco macchine).

L'attività di vigilanza, inoltre, ha visto un forte sviluppo, passando da circa 5.000 a circa 8.000 aziende controllate, e si è concentrata soprattutto sulle macchine più pericolose, fonte di infortuni mortali.

Nello sviluppo delle attività di progetto si sono attivate preziose **collaborazioni**, che meritano di essere valorizzate e ulteriormente sviluppate, con i diversi Dipartimenti INAIL che si occupano di sicurezza delle macchine agricole e dei possibili riflessi sulla salute, di flussi informativi, di registrazione e analisi dei dati infortunistici, di comunicazione, con il Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (MiPAAF), Rete rurale, AGEA. Rapporti meno sistematici, ma certamente da sviluppare, sono avviati con Uffici dei Ministeri del Lavoro e delle politiche sociali, dell'Astruzione, delle Infrastrutture e dei Trasporti.

È stato sviluppato il **confronto con le parti sociali**, a livello nazionale e regionale, per acquisire il necessario consenso sulle strategie di intervento e per sviluppare tutte le possibili sinergie tra sistema pubblico e sistema aziendale della prevenzione attraverso la bilateralità.

Possibilità di interventi efficaci su base nazionale

Il coordinamento tra i soggetti della Pubblica Amministrazione a livello centrale, regionale e subregionale, rende possibile, da una parte, l'acquisizione e la diffusione di conoscenze approfondite sui fattori di rischio e i danni nelle attività agricole e forestali, dall'altra la definizione e rapida diffusione di programmi e protocolli di intervento sia per le attività di promozione delle misure preventive sia per il controllo della loro adozione, e la applicazione di tali programmi e protocolli in modo omogeneo sul territorio nazionale.

La collaborazione e il confronto con le parti sociali promuove l'attenzione ai temi della sicurezza e salute nel lavoro agricolo e forestale e predispone le aziende e i lavoratori a prestare attenzione e fiducia agli interventi della Pubblica Amministrazione. Alcuni aspetti recenti della normativa di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro vanno nel senso di una riduzione del carico amministrativo-formale degli obblighi di prevenzione e orientano l'attenzione dei soggetti aziendali verso aspetti sostanziali di salute e sicurezza per quanto riguarda sia le attrezzature agricole sia i prodotti fitosanitari.

In particolare:

obbligo di formazione per la guida dei trattori, in applicazione dell'art. 73, comma 5, D.Lgs. 81/08 e pronunciamento favorevole del Ministero del Lavoro sulla sanzionabilità su strada delle macchine agricole in caso di irregolarità per aspetti di sicurezza dell'operatore;

obbligo di revisione periodica delle macchine agricole circolanti su strada (art. 34, comma 48, D.L. 179/12);

accordo conferenza stato-regioni sulla formazione di lavoratori, preposti e dirigenti 21/12/2011;

decreto interministeriale 30.11.2012 relativo alle procedure standardizzate per la valutazione dei rischi;

D.Lgs. 150 del 14.8.2012: normativa quadro ai fini dell'utilizzo sostenibile dei pesticidi, che prevede la definizione di un Piano Attuativo Nazionale e di Piani Regionali;

decreto interministeriale 27/3/2013: disposizioni semplificative della sorveglianza sanitaria e informazione e formazione dei lavoratori stagionali;

Legge 98 del 9 agosto 2013: modifica l'art 3 del DLgs 81/08 introducendo un percorso di semplificazione dell'informazione, formazione, valutazione dei rischi e sorveglianza sanitaria per le imprese agricole, con particolare riferimento a lavoratori a tempo determinato e stagionali, e per le imprese di piccole dimensioni.

I soggetti della Pubblica Amministrazione possono svolgere un importante ruolo di facilitazione per la loro applicazione.

Strategie

Per definire strategie e obiettivi centrali si fa riferimento alle strategie nazionali di settore, al piano nazionale di attuazione dell'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari (PAN).

Nel comparto agricolo e forestale i soggetti coinvolti in modo trasversale sono, oltre ai Ministeri della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali, dello Sviluppo Economico, i Ministeri delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali (MiPAAF), delle Infrastrutture e dei Trasporti, oltre all'INAIL e all'INPS, l'AGEA. Per la realizzazione del precedente piano nazionale di prevenzione in agricoltura e selvicoltura sono state avviate collaborazioni importanti a livello centrale e in alcune Regioni e Province autonome. Con questo Piano Nazionale di Prevenzione è necessario rendere efficaci tutte queste collaborazioni a livello centrale e periferico per il conseguimento degli obiettivi centrali di seguito indicati.

Principali risultati del Piano Regionale 2010-13

I risultati raggiunti si possono in estrema sintesi rappresentare come segue:

- a) Incremento dell'attività di vigilanza al fine di ridurre gli infortuni in particolare mortali e gravi, in agricoltura, raggiungimento delle quote di ispezione stabilite per la Sicilia dal Piano nazionale agricoltura approvato dal Coordinamento delle Regioni e P.A. pari a 750 sopralluoghi/anno, migliorando la capacità di intervento coordinato tra le strutture territoriali delle Istituzioni, fra i diversi enti ispettivi, finalizzato ad un aumento di efficacia rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute;
- b) formazione degli operatori (referenti regionali sul D.Lgs. n. 81/2008) per la costituzione della cabina di regia regionale di supporto alla cabina di regia nazionale.
- c) potenziamento delle attività di promozione della salute e sicurezza in agricoltura, tramite iniziative di informazione, formazione, assistenza;
- d) realizzazione di una campagna straordinaria di informazione, formazione e diffusione della cultura della sicurezza in agricoltura;
- e) realizzazione di specifiche iniziative di informazione e formazione nei confronti dei lavoratori, datori di lavoro, R.S.P.P. e di tutte le altre figure professionali coinvolte nella prevenzione, anche in collaborazione con altri enti e Istituzioni pubbliche, etc.
- f) migliorare le conoscenze tecniche degli operatori degli S.Pre.S.A.L. e realizzazione di programmi di formazione per gli operatori degli S.Pre.S.A.L. funzionali alla realizzazione del progetto.

Possibilità di interventi regionali efficaci

Nel rispetto degli obiettivi nazionali e delle linee strategiche concordate dalle Regioni e dalle Province autonome, la Regione Sicilia nel passato ha approvato il Piano di Prevenzione in agricoltura che aveva come obiettivi **l'attivazione di programmi per la riduzione dei rischi più gravi**, una campagna di controllo dell'applicazione della normativa di sicurezza anche in sede di commercio di macchine (nuove, usate, in noleggio e concessione in uso), l'individuazione dei criteri necessari per promuovere l'adeguamento delle attrezzature di lavoro ai requisiti di sicurezza di cui all'Allegato V al D.Lgs. 81/08.

Parallelamente il piano prevedeva anche la predisposizione di un programma formativo per gli operatori degli SPRESAL e la promozione della formazione dei lavoratori agricoli. Gli obiettivi prefissati, grazie anche al processo sinergico attivato con l'Inail e altre istituzioni, sono stati sostanzialmente raggiunti e ne è dimostrazione la riduzione degli infortuni avuta nel comparto agricoltura selvicoltura.

Per dare continuità ai buoni risultati ottenuti, sempre in sinergia con l'Inail e altre istituzioni, si intende coinvolgere ancora le parti sociali sia al fine di mantenere l'attenzione sui rischi per la sicurezza sia per ambire all'attivazione di processi virtuosi che estendano l'attenzione anche sui rischi per la salute.

L'attività si svilupperà pertanto nella cornice del piano nazionale e regionale di prevenzione 2014-2018, per dare continuità agli elementi efficaci del piano concluso, tenendo conto degli elementi innovativi e della necessità di dare maggiore trasversalità alle azioni di prevenzione considerato anche il fatto che i rischi per la salute di lavoratori, consumatori, cittadini in genere dipendono spesso dai medesimi fattori.

Contesto regionale

Il programma di interventi regionali ed azioni che si intendono condurre nell'ambito del PRP 2014-2018 riguardanti l'agricoltura fanno riferimento al relativo contesto su cui si opera che di seguito si rappresenta e sintetizzato dalle tabelle che seguono.

PROVINCE CLASSI DI S.A.U. FORME DI CONDUZIONE TITOLO DI POSSESSO DEI TERRENI	AZIENDE AGRICOLE			SUPERFICIE TOTALE			SUPERFICIE AGRICOLA UTILIZZATA		
	2000	1990	Variazioni percen- tuali	2000	1990	Variazioni percen- tuali	2000	1990	Variazioni percen- tuali
Province									
Trapani	36.408	42.309	-13,9	143.418,01	174.034,26	-17,6	130.591,95	154.313,01	-15,4
Palermo	55.600	62.526	-11,1	268.780,61	354.722,36	-24,2	237.182,56	288.986,20	-17,9
Messina	62.816	65.654	-4,3	186.739,50	215.782,86	-13,5	145.076,94	170.480,73	-14,9
Agrigento	53.766	57.381	-6,3	185.110,44	231.684,44	-20,1	163.978,60	200.649,07	-18,3
Caltanissetta	28.895	33.974	-14,9	127.071,71	166.816,54	-23,8	109.040,85	143.461,62	-24,0
Enna	26.909	29.267	-8,1	171.019,26	223.881,08	-23,6	150.790,54	195.401,77	-22,8
Catania	50.290	56.771	-11,4	189.834,07	258.859,81	-26,7	146.394,66	191.452,09	-23,5
Ragusa	25.230	27.411	-8,0	115.727,18	141.949,18	-18,5	98.831,86	127.912,28	-22,7
Siracusa	25.432	28.911	-12,0	116.539,50	146.111,01	-20,2	99.766,88	126.244,27	-21,0
Totale	365.346	404.204	-9,6	1.504.240,28	1.913.841,54	-21,4	1.281.654,84	1.598.901,04	-19,8
Classi di S.A.U.									
Senza S.A.U.	1.099	1.679	-34,5	53.873,69	109.361,56	-50,7	-	-	-
Meno di 1 ettaro	182.469	177.677	2,7	99.042,23	99.440,24	-0,4	78.981,03	78.555,92	0,5
Da 1 a 2 ettari	67.256	76.861	-12,5	106.999,32	122.709,41	-12,8	93.960,43	106.612,45	-11,9
Da 2 a 3 ettari	31.693	40.569	-21,9	84.447,78	107.014,94	-21,1	76.501,74	97.107,45	-21,2
Da 3 a 5 ettari	32.031	42.634	-24,9	140.412,40	175.589,37	-20,0	121.920,42	161.677,80	-24,6
Da 5 a 10 ettari	26.350	34.821	-24,3	195.413,33	259.422,49	-24,7	180.861,89	238.099,36	-24,0
Da 10 a 20 ettari	13.372	16.734	-20,1	199.324,66	244.167,04	-18,4	183.634,68	228.989,57	-19,8
Da 20 a 30 ettari	4.570	5.297	-13,7	120.399,58	137.640,22	-12,5	110.334,28	128.205,66	-13,9
Da 30 a 50 ettari	3.497	4.169	-16,1	143.224,88	169.822,75	-15,7	132.908,12	158.223,78	-16,0
Da 50 a 100 ettari	2.169	2.570	-15,6	160.600,03	187.791,16	-14,5	146.834,03	174.141,00	-15,7
100 ettari e oltre	840	1.193	-29,6	200.502,38	300.882,36	-33,4	155.718,22	227.288,05	-31,5
Totale	365.346	404.204	-9,6	1.504.240,28	1.913.841,54	-21,4	1.281.654,84	1.598.901,04	-19,8
Forme di conduzione									
Conduzione diretta del coltivatore	342.885	381.085	-10,0	1.233.375,50	1.549.304,67	-20,4	1.123.353,18	1.421.922,79	-21,0
di cui: con solo manodopera familiare	266.126	265.085	0,4	794.329,26	824.141,98	-3,6	730.096,95	766.988,95	-4,8
con manodopera familiare prevalente	54.261	72.634	-25,3	258.793,79	390.230,88	-33,7	234.912,39	359.894,83	-34,7
con manodopera extrafamiliare prevalente	22.498	43.366	-48,1	180.252,45	334.931,81	-46,2	158.343,84	295.039,01	-46,3
Conduzione con salariati (in economia) (a)	22.275	21.888	1,8	268.967,98	352.008,02	-23,6	156.676,78	166.491,72	-5,9
Conduzione a colonia parziaria appoderata	140	236	-40,7	1.546,65	2.016,08	-23,3	1.325,81	1.875,90	-29,3
Altra forma di conduzione	46	995	-95,4	350,15	10.512,77	-96,7	299,07	8.610,63	-96,5
Totale	365.346	404.204	-9,6	1.504.240,28	1.913.841,54	-21,4	1.281.654,84	1.598.901,04	-19,8
TITOLO DI POSSESSO DEI TERRENI									
Terreno solo in proprietà	343.777	387.788	-11,3	1.200.066,74	1.537.922,58	-22,0	1.016.908,22	1.316.233,53	-22,7
Terreno solo in affitto (b)	6.547	4.152	57,7	79.447,47	71.781,21	10,7	68.440,58	62.185,40	10,1
Terreno parte in proprietà e parte in affitto (b)	14.570	11.069	31,6	224.726,07	304.137,75	-26,1	196.306,04	220.482,11	-11,0
di cui: terreno in proprietà	-	-	-	108.883,46	155.813,00	-30,1	93.450,74	99.103,50	-5,7
terreno in affitto (b)	-	-	-	115.842,61	148.324,75	-21,9	102.855,30	121.378,61	-15,3
Totale (c)	364.894	403.009	-9,5	1.504.240,28	1.913.841,54	-21,4	1.281.654,84	1.598.901,04	-19,8

(a) Compresa le aziende il cui conduttore si avvale esclusivamente di manodopera e mezzi forniti da terzi
(b) Compresi i terreni in uso gratuito
(c) Dal totale sono escluse le aziende senza terreno agrario

Dalla tabella, che segue, con una comparazione con le altre regioni riguardo ad una previsione di attività di controllo regionale su indicazioni nazionali, può dirsi che l'aliquota prevista per ogni Regione è da ritenersi del tutto indicativa in quanto sarà ridefinita anno per anno (vedi la tab. che segue) ove è riportata la situazione registrata della vigilanza su Aziende >50 giornate di lavoro/anno, analizzando la ripartizione proporzionale delle quote di controlli e grado di copertura risultante

Aziende >50 giornate di lavoro/anno: ripartizione proporzionale delle quote di controlli e grado di copertura risultante censimento 2010	aziende 51-500 gg/anno	aziende > 500 gg/anno	Aziende soggette a controllo	controlli annuali A REGIME	51-500 gg/anno	> 500 gg/anno	% aziende 51-500 gg/anno	% aziende > 500 gg/anno
Piemonte	41.100	10513	51.613	601	421	180	1,02	1,72
Valle d'Aosta	2141	443	2.584	30	21	9	0,98	2,04
Liguria	14833	1917	16.750	195	137	59	0,92	3,05
Lombardia	30469	11435	41.904	488	342	146	1,12	1,28
Bolzano	10471	6903	17.374	202	142	61	1,35	0,88
Trento	10084	1984	12.068	141	98	42	0,98	2,13
Veneto	52546	9580	62.126	724	507	217	0,96	2,27
Friuli V. Giulia	8597	2361	10.958	128	89	38	1,04	1,62
Emilia Romagna	39554	10647	50.201	585	409	175	1,03	1,65
Toscana	42205	5960	48.165	561	393	168	0,93	2,82
Umbria	15184	1482	16.666	194	136	58	0,89	3,93
Marche	20846	2242	23.088	269	188	81	0,90	3,60
Lazio	47438	4948	52.386	610	427	183	0,90	3,70
Abruzzo	31547	1876	33.423	389	273	117	0,86	6,23
Molise	11292	973	12.265	143	100	43	0,89	4,40
Campania	71811	6369	78.180	911	637	273	0,89	4,29
Puglia	100647	8058	108.705	1266	886	380	0,88	4,71
Basilicata	19769	1937	21.706	253	177	76	0,90	3,92
Calabria	67841	4099	71.940	838	587	251	0,86	6,13
Sicilia	80221	6307	86.528	1008	706	302	0,88	4,79
Sardegna	34592	5291	39.883	465	325	139	0,94	2,63
Italia	753188	105325	858.513	10000	7000	3000	0,93	2,85

Questa ultima tabella deve essere considerata tenendo conto anche dei danni alla salute da lavoro in agricoltura e selvicoltura riassunti nella tabella sugli **infortuni sul lavoro** complessivi sotto riportata assieme a quella della **malattie professionali**, in precedenza analizzate e riportate a confronto in questo stesso documento, quando si è considerato il quadro nazionale degli infortuni occorsi nel paese e delle malattie professionali tratte dalla banca dati dell'INAIL.

Le Tabelle indicano che grazie alla maggiore sensibilità e maggiore informazione, il sistema ha portato all'immersione del fenomeno tecnopatologico mettendo in risalto problematiche relative ai rischi per la salute derivanti dalle attività agricole.

Infortuni sul lavoro nel Territorio

Territorio	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2010	2010-2012	2008-2012
Piemonte	4.888	5.070	4.549	4.045	3.619	-6,94	-20,44	-25,96
Valle D'Aosta	185	176	172	150	139	-7,03	-19,19	-24,86
Lombardia	4.314	4.276	4.254	4.082	3.802	-1,39	-10,63	-11,87
Liguria	788	802	763	755	608	-3,17	-20,31	-22,84
Bolzano	2.359	2.546	2.470	2.559	2.341	4,71	-5,22	-0,76
Trento	1.013	989	929	958	942	-8,29	1,40	-7,01
Veneto	4.968	4.788	4.495	4.067	3.750	-9,52	-16,57	-24,52
Friuli Venezia Giulia	943	947	921	847	728	-2,33	-20,96	-22,80
Emilia Romagna	6.951	6.760	6.729	6.289	5.617	-3,19	-16,53	-19,19
Toscana	4.317	4.294	4.105	3.961	3.558	-4,91	-13,33	-17,58
Umbria	1.681	1.666	1.612	1.431	1.277	-4,10	-20,78	-24,03
Marche	2.784	2.649	2.376	2.283	1.960	-14,66	-17,51	-29,60
Lazio	2.019	1.885	1.875	1.679	1.574	-7,13	-16,05	-22,04
Abruzzo	2.313	2.386	2.172	2.120	1.924	-6,10	-11,42	-16,82
Molise	672	680	613	552	513	-8,78	-16,31	-23,66
Campania	2.099	1.960	1.825	1.702	1.569	-13,05	-14,03	-25,25
Puglia	3.504	3.275	3.158	2.864	2.637	-9,87	-16,50	-24,74
Basilicata	1.152	1.099	936	858	768	-18,75	-17,95	-33,33
Calabria	1.237	1.175	1.144	1.122	1.123	-7,52	-1,84	-9,22
Sicilia	2.715	2.720	2.700	2.458	2.372	-0,55	-12,15	-12,63
Sardegna	2.485	2.543	2.435	2.278	2.003	-2,01	-17,74	-19,40
TOTALE	53.387	52.686	50.233	47.061	42.825	-5,91	-14,75	-19,78

Malattie professionali nel territorio

Agricoltura: Malattie professionali denunciate (2009 ó 2012)				
Territorio	2009	2010	2011	2012
Piemonte	207	237	272	355
Valle d'Aosta	1	3	10	3
Lombardia	52	77	129	66
Bolzano	13	22	19	9
Trento	45	54	121	118
Veneto	112	153	253	342
Friuli - Venezia Giulia	34	36	47	91

Liguria	15	26	31	29
Emilia - Romagna	376	741	1290	1610
Toscana	321	540	829	673
Umbria	88	108	130	114
Marche	243	452	643	751
Lazio	70	112	99	156
Abruzzo	1341	2211	2039	1402
Molise	33	63	139	103
Campania	62	218	295	364
Puglia	161	227	375	403
Basilicata	17	19	25	38
Calabria	144	310	361	318
Sicilia	75	112	157	90
Sardegna	518	669	710	713
Italia	3928	6390	7974	7748

Motivazioni e prospettive della linea di intervento

Mantenimento delle attività di vigilanza al fine di perseguire l'obiettivo minimo di controlli fissati a livello Regionale per il 2014 e garantendo almeno il 5% del totale al controllo del commercio macchine. Analogamente, dopo che saranno attivate modalità di collaborazione organica con i Servizi di Igiene Pubblica e Igiene Alimenti, verrà individuata nella programmazione la percentuale di **controlli da effettuare su commercio e impiego dei prodotti fitosanitari**.

- **Attenzione al fenomeno tecnopatico attraverso il Piano Attuativo Nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari:** introduce importanti innovazioni organizzative nel commercio e utilizzo dei prodotti fitosanitari, nelle responsabilità e funzioni delle figure coinvolte, nelle condizioni di manutenzione delle apparecchiature. Strategica sarà la partecipazione alle azioni previste dal **Piano Attuativo Regionale** che definirà le modalità di dettaglio, su cui si articoleranno le modalità di promozione e controllo, e le necessarie integrazioni operative.

- **Approfondimento dei temi relativi ai requisiti della formazione e promozione attività formative rivolte alle officine per macchine agricole** per garantire il corretto adeguamento del parco macchine in vista della fase applicativa della formazione all'uso dei trattori (art. 71 comma 7 D.Lgs. 81/08) e della revisione periodica delle macchine agricole circolanti.

Obiettivo Centrale

1. Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani mirati di prevenzione degli infortuni .

Obiettivi Specifici

- a) Promuovere percorsi e strumenti che favoriscono, in occasione di controlli, omogeneità di valutazione da parte del personale ispettivo.
- b) Predisporre piani di controllo delle aziende agricole prevedendo, almeno in parte, il coinvolgimento di altre UU.OO. del Dipartimento di Prevenzione o di altri Enti.
- c) Promuovere attività di prevenzione finalizzate alla verifica di macchine ed attrezzature da lavoro presso i rivenditori, le officine meccaniche ed i centri di taratura delle irroratrici.
- d) Predisporre procedure finalizzate alla gestione del rischio chimico e monitoraggio utilizzo prodotti fitosanitari.

Fasi di Articolazione

Miglioramento ed integrazione della rete dei soggetti istituzionali coinvolti come portatori d'interesse e/o beneficiari dalla linea di intervento.

Attivazione del Tavolo tecnico di concertazione e costituzione di eventuali specifici gruppi di lavoro.

Favorire l'omogeneità delle azioni di controllo da parte del personale ispettivo attraverso la divulgazione di strumenti validati a livello nazionale quali: indicazioni procedurali per gli operatori dei servizi di vigilanza delle Asp per l'applicazione del titolo III del D.Lgs. 81 /08 D.Lgs.. 17 /10;

Schede sopralluogo aziende agricole.

Realizzare eventi formativi informativi per gli operatori degli S.PRE.S.A.L..

Predisporre piani annuali di controllo.

Criticità

Resistenze culturali di addetti ad un comparto storicamente condotto da persone di età avanzata.

Radicalizzazione della diversità di approccio del controllo dei vari organi di vigilanza anche appartenenti allo stesso Ente.

Azioni per la linea di intervento nel 2014-2018

1. Sviluppare l'anagrafe regionale e nazionale delle aziende agricole e forestali

Come evidenziato anche nel documento di indirizzo del Comitato ex art. 5 D.Lgs. 81/08, si tratta di uno strumento necessario per una adeguata programmazione dell'attività a livello regionale e locale, in grado di selezionare le imprese per livello di rischio e priorità di intervento.

Obiettivo per l'immediato futuro, attraverso le necessarie sinergie con INAIL e MiPAAF è quello di realizzare e mettere a disposizione di tutte le ASP, garantendone il continuo aggiornamento, un'anagrafe omogenea nazionale basata sull'utilizzo dei dati AGEA secondo le specifiche definite con i referenti nazionali per il Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (SINP), articolata per regioni e province autonome e contenente gli elementi informativi necessari per la graduazione del rischio.

La realizzazione dovrà tenere conto delle necessarie coerenze con lo sviluppo del SINP.

2. Analisi del fenomeno infortunistico

Portare a regime e migliorare la partecipazione al sistema attivato per gli infortuni mortali e gravi professionali, collegando esplicitamente le finalità della raccolta ed analisi dei dati con il controllo del commercio (evidenza di infortuni su macchine non conformi) e con interventi sulle norme armonizzate (far emergere situazioni mal normate).

3. Comunicazione: campagne informative

Diffusione delle misure di prevenzione per le priorità per la sicurezza degli operatori agricoli:

Sviluppo e aggiornamento permanente dei materiali di supporto per la valutazione semplificata e gestione del rischio; raccordo con paritetici e associazioni di categoria per sostenere la diffusione e implementazione delle novità normative

Sviluppo di iniziative di divulgazione di documenti tecnici selezionati e validati.

Produzione e diffusione di guide all'acquisto delle macchine e attrezzature agricole, con evidenziazione dei rischi palesi.

Programmazione e realizzazione, in collaborazione con INAIL, di iniziative di comunicazione in materia di salute e sicurezza in agricoltura:

Interventi sui media (televisioni, radio, *í*) e sui giornali specializzati

4. Formazione:

Formazione per vendita e uso prodotti fitosanitari (D.Lgs. 150/2012): definizione degli obiettivi e delle attività tenendo conto di quanto previsto nel PAN. Predisposizione di manuali e materiali formativi aggiornati per i venditori e per gli utilizzatori e loro gestione anche in collaborazione con le associazioni di categoria.

Promozione e assistenza alla formazione nelle scuole superiori e professionali di indirizzo agrario: indicazioni su formazione alla prevenzione nelle scuole tecniche agrarie; realizzazione di progetti nazionali in corso, e promozione di progetti regionali.

Formazione e aggiornamento degli operatori dei Servizi delle AASSPP

5. Attività di controllo

L'obiettivo rimane quello di portare e mantenere a regime i controlli effettuati nell'anno 2014.

L'attività di controllo si allargherà a partire dal 2015, oltre alle aziende agricole con la verifica di macchine e attrezzature agricole, alle problematiche degli allevamenti, in particolare di grandi animali (bovini, bufalini, suini) e dell'impiego dei prodotti fitosanitari

Viene inoltre ridefinito -in incremento- il peso delle imprese piccole/familiari (fascia 50-500 giornate di lavoro annuo), a maggior rischio di infortunio e minor dinamica di cambiamento, prevedendo una ripartizione dei controlli in 70% nelle imprese tra 50 e 500 giornate e 30% in quelle >500 giornate; si propone inoltre che ogni ASP destini almeno il 5% del totale dei controlli al controllo del commercio.

Per la ricognizione delle imprese da sottoporre a controllo si suggerisce, utilizzando la Superficie Agricola, le colture e i capi allevati, - dati presenti e aggiornati nell'anagrafe - di stimare le giornate lavorate sulla base delle tabelle per il calcolo delle Unità Lavorative Annue (ULA), tabelle definite a livello regionale ai fini dell'accesso ai contributi agricoli e alle agevolazioni tributarie in termini di fabbisogni medi di manodopera.

	2018	2017	2016	2015	%
AGRIGENTO	55	48	42	36	8
CALTANISSETTA	34	30	26	22	5
CATANIA	148	132	115	100	22
ENNA	20	18	16	14	3
MESSINA	81	72	64	54	12
PALERMO	168	150	131	112	25

RAGUSA	40	36	31	27	6
SIRACUSA	74	66	58	49	11
TRAPANI	55	48	42	36	8
TOTALE	675	600	525	450	100

Si propone inoltre di attivare a livello delle singole ASP modalità di collaborazione organica con i Servizi di Igiene Pubblica e Igiene Alimenti delle ASP e con i Dipartimenti ARPA per l'esecuzione dei **controlli ufficiali su commercio e impiego dei prodotti fitosanitari (P.F.)**.

La parte dei controlli da realizzarsi nelle aziende agricole -custodia e uso dei P.F.- potrà infatti utilmente integrare gli attuali elementi di controllo.

Analogamente occorrerà raccordarsi con i Servizi Veterinari nell'attività di controllo dei rischi negli allevamenti.

Macchine agricole nuove e usate immesse in commercio: adeguamento alla norma giuridica e tecnica.

Parallelamente, viene sviluppata una campagna di controllo con l'obiettivo di:

- É portare a regime il controllo del mercato delle macchine usate per ottenere l'adeguamento dei requisiti di sicurezza,
- É portare a regime controlli mirati presso i venditori anche per macchine nuove, concordando centralmente priorità e procedure, definendo di anno in anno un elenco delle macchine da controllare prioritariamente e preparando le conseguenti indicazioni operative.

Obiettivo numerico di rivendite di macchine agricole e/o di macchine agricole controllate in fiera: 5% dei controlli su punti vendita e almeno 4-5 fiere.

Si prevede infine, alla luce della formale presa di posizione del Ministero del Lavoro in merito alla **sanzionabilità su strada delle macchine agricole non in regola**, di definire e implementare a livello regionale e nazionale esperienze di collaborazione con Polizia Stradale e Polizia Municipale/Provinciale per il controllo delle macchine agricole circolanti su strada.

Regione	2011 coord	2012 PNPAS	PREVISION E 2013	PREVISION E 2014	di cui commercio (5%) 2013	di cui commercio (5%) 2014
Piemonte	287	300	390	600	20	30
Valle d'Aosta	27	10	20	30	1	2
Liguria	67	70	91	195	5	10
Lombardia	1893	1500	1196	984	60	49
Trento	17	?	70	140	4	7
Bolzano	0	?	100	200	5	10
Veneto	821	1050	952	884	48	44
Friuli V. Giulia	33	100	128	128	6	6
Emilia Romagna	717	750	700	666	35	33
Toscana	1079	800	728	678	36	34
Umbria	320	250	233	222	12	11
Marche	284	330	312	299	16	15
Lazio	353	500	610	610	31	31
Abruzzo	99	120	156	389	8	19
Molise	11	77	100	143	5	7
Campania	114	(600 ?)	300	600	15	30
Puglia	218	450	585	800	29	40
Basilicata	71	200	253	253	13	13
Calabria	252	350	455	838	23	42
Sicilia	707	750	975	1008	49	50
Sardegna	246	460	465	465	23	23
TOTALE	7329	8667	8820	10131	441	507

Sistema informativo

Mantenere e sviluppare il sistema di registrazione e reporting delle attività di controllo utilizzando le schede già in dotazione
Costruire un database relativo alle segnalazioni di macchine agricole per non conformità ai R.E.S., consultabile dagli operatori di vigilanza per le attività di controllo del commercio.

Tabella azioni

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Indicatore centrale	Obiettivo specifico regionale	Nome indicatore	Valore di baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani mirati di prevenzione degli infortuni	7.7.1	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento al comparto agricoltura	A) garantire agli operatori sanitari un'adeguata offerta formativa, informativa e di assistenza;	Formazione operatori dei servizi	2013: 1	Almeno un corso di formazione	Almeno un corso di formazione	Almeno un corso di formazione	Almeno un corso di formazione
			B) Predisporre piani di controllo delle aziende agricole prevedendo il coinvolgimento di altre UU.OO. del Dipartimento di Prevenzione Segnalazioni report annuali	Predisporre piani di controllo delle aziende agricole	2013: 750	60% _____	70% _____	80% _____	90% _____
			C) Promuovere attività di prevenzione finalizzate alla verifica di macchine e attrezzature presso rivenditori, officine meccaniche ed i centri di taratura delle irroratrici;	Numero di punti di rivendita di macchine agricole controllate/totale punti di rivendita		5% _____	5% _____	5% _____	5% _____
			D) Procedure di gestione del rischio chimico e monitoraggio utilizzo fitosanitari:	Numero di controlli sulle procedure di utilizzo fitosanitari e monitoraggio		70% delle aziende ispezionate	80% delle aziende ispezionate	90% delle aziende ispezionate	100% delle aziende ispezionate

Cronogramma

PROGRAMMA 12-PIANO AGRICOLTURA E SELVICULTURA																
CRONOPROGRAMMA																
OBIETTIVI SPECIFICI REGIONALE	ANNUALITÀ															
	ANNO 2015				ANNO 2016				ANNO 2017				ANNO 2018			
	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.
FORMAZIONE E ASSISTENZA A OPERATORI DEI SERVIZI CON CORSI E INIZIATIVE																
PREDISPOSIZIONE PIANI DI CONTROLLO AZIENDE AGRICOLE	60%				70%				80%				90%			
ATTIVITÀ DI PREVENZIONE USO MACCHINE E ATTREZZATURE AGRICOLE		5% CONTROLLI FASE 1				5% CONTROLLI FASE 2 -				5% CONTROLLI FASE 2				5% CONTROLLI FASE 3		
MONITORAGGIO UTILIZZO PRODOTTI FITOSANITARI IN AGRICOLTURA	70% DELLE AZIENDE ISPEZIONATE				80% DELLE AZIENDE ISPEZIONATE				90% DELLE AZIENDE ISPEZIONATE				100% DELLE AZIENDE ISPEZIONATE			
REPORT ANNUALE			REPORT				REPORT					REPORT				REPORT
			1				2					3				FINALE

Nel cronoprogramma sono inserite le varie fasi e i relativi tempi necessari per il raggiungimento di ogni singolo obiettivo specifico regionale. Nel seguito si descrivono le attività relative ad ogni singola fase per ogni obiettivo specifico regionale.

OBIETTIVO SPECIFICO ORGANIZZAZIONE CORSI DI FORMAZIONE PER OPERATORI

Si prevede di organizzare almeno un corso/anno per operatori dei servizi delle AASSPP coinvolti nelle attività del Piano Regionale Agricoltura, da svolgere preferibilmente nel secondo semestre di ogni anno presso il CEFPAS di Caltanissetta.

OBIETTIVO SPECIFICO PREDISPOSIZIONE PIANI DI CONTROLLO AZIENDE AGRICOLE

Questo obiettivo è inerente ad attività di predisposizione piani di controllo e dovrà essere espletata nel corso dell'attività di controllo delle aziende e quindi in ogni periodo dell'anno per tutta la durata del piano. L'indicatore è la percentuale delle aziende ispezionate rispetto al totale delle aziende ispezionate durante l'anno 2013 quale valore di basiline. Il valore indicato nel cronoprogramma è la percentuale che per ogni anno rappresenta il valore atteso del suddetto indicatore.

OBIETTIVO SPECIFICO ATTIVITAØ DI PREVENZIONE USO MACCHINE E ATTREZZATURE AGRICOLE

Obiettivo Trasversale per tutto il periodo di durata del PRP : Verifica di macchine e attrezzature agricole in sede di commercio con un incidenza di almeno il 5% dei controlli.

FASE 1: Attivazione del Tavolo tecnico di concertazione e costituzione di eventuali specifici gruppi di lavoro.

FASE 2: Attivazione corsi destinati all'abilitazione degli operatori all'uso di macchine e attrezzature agricole portatili o mobili

FASE 3: incontri con i Direttori SPRESAL delle AA.SS.PP. per la definizione delle specifiche tecniche del software per la realizzazione di un sistema informativo Regionale della prevenzione per la registrazione delle attività di vigilanza e controllo in agricoltura.

OBIETTIVO SPECIFICO MONITORAGGIO UTILIZZO PRODOTTI FITOSANITARI IN AGRICOLTURA

Questo obiettivo è inerente ad effettuazione del controllo sull'utilizzo dei prodotti fitosanitari che dovrà essere espletata nel corso dell'attività di controllo delle aziende e quindi in ogni periodo dell'anno per tutta la durata del piano con le percentuali dei controlli indicati nel cronoprogramma nel rispetto dell'indicatore nazionale previsto dal PNPAS 2014-2018 (50% dei controlli).

2.7.1.3 PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE SUI CANCEROGENI OCCUPAZIONALI E I TUMORI PROFESSIONALI - ATTIVITÀ 2014-2018

Razionale

1. Il contesto produttivo

Il processo di deindustrializzazione verificatosi in Italia nell'ultimo trentennio ha determinato una riduzione cospicua del numero dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni in ambienti di lavoro in tutta l'Italia. Nelle lavorazioni rimaste gli effetti specifici sul rischio cancerogeno sono ancora tutti da valutare.

2. Le esposizioni attuali ad agenti cancerogeni negli ambienti di lavoro

Una lista anche se non esaustiva di agenti certamente cancerogeni che sono ancora significativamente presenti negli ambienti di lavoro in Italia potrebbe essere la seguente:

- Agenti chimici: idrocarburi policiclici aromatici (IPA), amianto, silice libera cristallina ovvero quarzo, cromo esavalente, polveri di legno, polveri di cuoio, formaldeide, benzene, 1,3-butadiene, alcune amine aromatiche.
- Agenti fisici: radiazioni solari, radiazioni ionizzanti, radon e radon daughters.
- Agenti biologici: virus dell'epatite C e dell'AIDS.
- Agenti legati alle relazioni di lavoro: shiftwork che solitamente identifichiamo con il solo lavoro a turni ma che ha in effetti una dimensione più ampia.

Da ciò ne deriva che i comparti in cui intraprendere azioni di conoscenza e di prevenzione debbono essere quanto meno:

- Edilizia con particolare attenzione alle opere di demolizione/manutenzione ed all'edilizia stradale
- Agricoltura, silvicoltura, zootecnia e pesca
- Chimica di base
- Metallurgia e metalmeccanica
- Lavorazione del legno e dei materiali a base di legno
- Produzione di articoli in cuoio e pellami in genere
- Produzione di articoli in gomma e materie plastiche
- Trasporti stradali, marittimi e ferroviari
- Sanità pubblica e privata

3. Gli esposti ed ex-esposti a cancerogeni occupazionali

Il numero di lavoratori che oggi sono esposti ad agenti cancerogeni in ambiente di lavoro si è abbassato ma non esiste una stima reale fatta qualche eccezione come ad esempio l'amianto.

Una fonte disponibile per migliorare la conoscenza della potenziale esposizione a cancerogeni è la relazione ex-articolo 40 del D. Lgs. 81/08, per cui il primo momento è sicuramente rendere disponibili in forma adeguata tutte le informazioni disponibili sulla piattaforma per la loro analisi approfondita.

Per quanto concerne la conoscenza dei lavoratori ex-esposti ad agenti cancerogeni, per l'amianto la base più ricca di informazione ci rimane ancora quella relativa all'identificazione nominativa degli ex-esposti per gli effetti della Legge 257/92 pur essendo non priva di criticità. Per quanto riguarda gli altri cancerogeni l'unica fonte disponibile sono i dati raccolti dall'ex-ISPEL dopo l'entrata in vigore del D. Lgs. 626/94 forniti dalle imprese e dai medici competenti.

4. I tumori professionali

Una prima necessità è quella di acquisire un'idea dell'entità del problema, specificando quale sia l'impatto dell'esposizione occupazionale non solo sul complesso di tutti i tumori, ma anche su singole forme o specifici gruppi di forme neoplastiche.

L'approfondimento delle conoscenze è consentito e ancor più potrà essere consentito in futuro dalla piena entrata a regime di strumenti mirati quali:

- Il programma MALPROF.
- Il programma OCCAM (Occupational Cancer Monitoring) sviluppato dall'Istituto Nazionale Tumori di Milano sulla base di una stretta collaborazione con ex-ISPEL che ricerca l'esistenza di cluster di casi riferibili ad una singola azienda o a un determinato settore produttivo.
- I registri tumori specifici e generalisti già esistenti (ReNaM e ReNaTuNS).
- Denunce di sospette malattie professionali fatte all'INAIL.

La sottostima dei danni da esposizione occupazionale ad agenti cancerogeni comporta una pesante sottovalutazione non solo dei problemi pregressi, ma anche e soprattutto dei problemi attuali, sui quali si deve e si può intervenire.

Pertanto, sulla scorta delle indicazioni di cui al Patto per la Salute adottato con DPCM 17.12.2007, si rende necessaria l'adozione di uno specifico piano di interventi sui tumori professionali che deve costituire uno degli assi portanti della programmazione delle attività per la sicurezza e la salute dei lavoratori per il triennio 2015-2018.

5. Strategie

I soggetti della Pubblica Amministrazione possono svolgere un importante ruolo di facilitazione e di assistenza rivolto a tutti i soggetti della prevenzione.

Nelle azioni di contrasto al rischio cancerogeno occupazionale sono necessarie fattive collaborazioni tra tutti i soggetti coinvolti sia a livello centrale che periferico per il raggiungimento degli obiettivi centrali di seguito elencati:

- **Obiettivi di miglioramento dell'individuazione e del monitoraggio delle esposizioni:**
 - a. Predisporre a livello della Regione una rete completa di archivi che siano da un lato in grado di produrre e socializzare analisi locali, dall'altro di alimentare organicamente l'archivio nazionale dei lavoratori esposti, delle aziende, dei comparti e delle mansioni ad alto rischio che si iscrive nell'architettura del SINP.
 - b. Costruire un set di matrici lavoro-esposizione e lavoro-rischio mirato alle patologie neoplastiche tempo e luogo specifico.

- c. Instaurare un sistema di flussi informativi tale da garantire la disponibilità, presso ogni Servizio, sia dell'elenco dei lavoratori che hanno ottenuto l'accesso ai benefici previdenziali per l'amianto (Legge 257/92 e Legge 271/93) sia dei lavoratori attualmente esposti ad amianto (relazioni annuali ex-art. 9, Legge 257/92).

- **Obiettivi di miglioramento delle azioni di prevenzione:**

- a. Vigilanza e controllo sull'adozione di misure di prevenzione e protezione da parte delle imprese particolarmente nei comparti in cui la presenza di cancerogeni è ben nota. Per la buona riuscita di queste azioni è rilevante la collaborazione con l'INAIL. A tal proposito si rende necessario predisporre una scheda di controllo condivisa per l'individuazione e la condivisione dei contenuti minimi della vigilanza.
- b. Promuovere azioni di sistema mirate ad eliminare, ove possibile, l'agente a rischio o l'esposizione all'agente.
- c. Ove ciò non fosse possibile attuare efficaci misure generali e specifiche di tutela anche tramite l'adozione di buone prassi.
- d. Sensibilizzare, informare, formare ed assistere tutti gli attori della prevenzione sia pubblici che privati (operatori degli SPRESAL, lavoratori, RLS, datori di lavoro, igienisti industriali, medici competenti, associazioni sindacali e di categoria). A tal proposito appare prioritaria la formazione degli operatori di tutte le Province perché siano in grado di sostenere un'attività di controllo, comunicazione ed assistenza ad hoc
- e. Avvio di un sistema informativo di registrazione dell'attività di controllo che, quale elemento del SINP, raccolga anche i dati relativi ai risultati dei controlli e permetta la stesura di report periodici in grado di valutare i cambiamenti nel tempo delle condizioni incontrate nelle aziende.
- f. L'attivazione di controlli mirati sul mercato delle sostanze e dei preparati in modalità integrata con quelli pertinenti all'attuazione dei regolamenti comunitari REACH e CLP.

- **Obiettivi di miglioramento della capacità di riconoscimento dei danni, anche mediante azioni di sorveglianza sanitaria di gruppi selezionati di ex-esposti ad agenti cancerogeni occupazionali:**

- a. Offrire programmi di sorveglianza sanitaria mirata a gruppi selezionati di ex-esposti ad agenti cancerogeni occupazionali.
- b. Individuare tutti i casi possibili di neoplasie correlabili al lavoro tramite la collaborazione delle Strutture Cliniche di Diagnosi e Cura e la consultazione dei registri presenti.
- c. Implementare i Registri di Patologia specifici previsti dall'art. 244, D. Lgs. 81/08, integrando i dati da essi prodotti con quelli del Registro Nazionale delle Malattie Professionali e del sistema di sorveglianza MALPROF e condurre l'analisi epidemiologica delle informazioni raccolte.
- d. Implementare l'impiego di informazioni derivanti da varie forme di registrazioni dei tumori e delle analisi condotte, mediante l'approccio OCCAM, tramite studi caso-controllo mirati anche a specifiche realtà territoriali.

Tabella azioni

OBIETTIVI CENTRALI	CODICE INDICATORE	INDICATORE CENTRALE	OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	NOME INDICATORE	VALORE BASELINE	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex art. 5, D. Lgs. 81/08 approvati mediante accordo di Conferenza tra Stato e Regioni e aumentare la disponibilità di informazioni sull'esposizione disponibili ai vari Enti	7.1.1	Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	Anagrafe aziende con rischio cancerogena attuale qualificato	Anagrafe aziende	2013:N.R.	10%	25%	50%	100%
			Analisi del trend dei casi di tumori professionali notificati ed indennizzati da parte dell'INAIL	Registrazione percentuale dei casi di tumore professionale	2013:N.R.	%	%	%	%
Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione ed il riconoscimento delle malattie professionali	7.2.1	Emersione del fenomeno tecnopatologico misurato mediante l'incremento di segnalazioni e denunce delle malattie da lavoro correlate per comparti o per i rischi oggetto di intervento	Sorveglianza sanitaria degli ex-esposti secondo protocollo del coordinamento interregionale	Percentuale numero di lavoratori ex esposti sottoposti a sorveglianza sanitaria/Totale lavoratori ex esposti	2013:N.R.	10%	+10%	+10%	+10%
			Implementazione del ReNaM e ReNaTuNs e dei registri delle neoplasie a bassa frazione eziologica	Valutazione dell'incremento percentuale ottenuto mediante ricerca attiva	2013:N.R.	%	%	%	%

			Elaborazione del registro regionale degli esposti a cancerogeni e delle aziende coinvolte	Istituzione del registro regionale degli esposti a cancerogeni e delle aziende coinvolte	2013:N.R.				SI
-Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità.	7.3.1	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex-art.7 D.Lgs. 81/08 di azioni di promozione per: -il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	Promozione e diffusione di strumenti per la qualità della VdR	Produzione di Linee guida	2013:N.R.				SI
-Promuovere e favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale.	7.4.1	-la promozione della responsabilità sociale d'impresa	Promozione della qualità delle informazioni/ formazione dei lavoratori con esposizione ad agenti cancerogeni e RLS	Numero di iniziative di informazione, formazione e assistenza	2013:N.R.	1	2	3	4

-Promuovere e favorire programmi di miglioramenti dell'organizzazione aziendale	7.5.1	-la prevenzione rischi da incongruenze organizzative							
Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione delle malattie professionali	7.7.1	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto d'intervento	Numero di aziende ispezionate per rischio Numero di inchieste per Malattie professionali tumorali effettuate da ASP per anno	Numero Aziende/total e di Aziende % Numero di inchieste malattie professionali per tumori effettuate sul totale delle pervenute per tumori	2013:NR 2013:NR 2013:NR	0 70% 3	10% 80% 3	+10% 90% 3	+10% 100% 3
Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali audit	7.8.1	Adozioni di atti di indirizzo regionale finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio	Formazione operatori S.PRE.S.A.L. Elaborazione di check-list di controllo ad uso degli interventi ispettivi in azienda	Numero di operatori formati /ASP Produzione della Check-list	2013:NR				SI

Cronogramma

OBIETTIVI	2015	2016	2017	2018
ANAGRAFE AZIENDE CON RISCHIO CANCEROGENO ATTUALE QUALIFICATO	<ul style="list-style-type: none"> Anagrafe aziende dati INAIL 	<ul style="list-style-type: none"> Esame denunce malattie professionali Anagrafe aziende dati INAIL 	<ul style="list-style-type: none"> Esame registro tumori Esame denunce malattie professionali Anagrafe aziende dati INAIL 	<ul style="list-style-type: none"> Report vigilanza Esame registro tumori Esame denunce malattie professionali Anagrafe aziende dati INAIL
	10%	30%	50%	100%
ANALISI DEL TREND DEI CASI DI TUMORI PROFESSIONALI NOTIFICATI DA PARTE DELL'INAIL	Registrazione della percentuale dei casi di tumore professionale riconosciuti sulla base delle malattie professionali trattate			
	100%	100%	100%	100%
SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI EX ESPOSTI SECONDO PROTOCOLLO DEL COORDINAMENTO INTERREGIONALE	Percentuale di lavoratori ex-esposti ad amianto sottoposti a sorveglianza sanitaria sul totale dei lavoratori ex-esposti			
	10%	20%	30%	40%
IMPLEMENTAZIONE DEL ReNaM E ReNaTuNs E DEI REGISTRI DELLE NEOPLASIE BASSA FRAZIONE EZIOLOGICA	Valutazione dell'incremento ottenuto mediante ricerca attiva			
ELABORAZIONE DEL REGISTRO REGIONALE DEGLI ESPOSTI A CANCEROGENI E DELLE AZIENDE COINVOLTE	Analisi dei dati presenti all'INAIL relativi al registro degli esposti cancerogeni ex-allegato 3 b art. 40 del D.Lgs. 81/08			
PROMOZIONE E DIFFUSIONE DI STRUMENTI PER LA QUALITÀ DELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI	Istituzione tavolo tecnico nazionale	Istituzione tavolo tecnico regionale	Proposte regionale per emanazione di linee guida	Produzione e condivisione di linee guida nazionale

PROMOZIONE DELLA QUALITÀ NELLA FORMAZIONE E INFORMAZIONE DEI LAVORATORI ESPOSTI AD AGENTI CANCEROGENI E RLS	Numero iniziative	Numero iniziative	Numero iniziative	Numero iniziative
	1	2	3	4
NUMERO AZIENDE ISPEZIONATE PER RISCHIO CANCEROGENO	Percentuale di aziende ispezionate sul totale delle aziende			
	10%	20%	30%	40%
NUMERO DI INCHIESTE PER MALATTIE PROFESSIONALI TUMORALI EFFETTUATE PER ANNO	Percentuale di inchieste per malattie professionali tumorali effettuate sul totale delle denunce pervenute per malattie professionali tumorali			
	70%	80%	90%	100%
FORMAZIONE OPERATORI S.PRE.S.A.L.	Formazione di 3 operatori S.PRE.S.A.L.	Formazione di 3 operatori S.PRE.S.A.L.	Formazione di 3 operatori S.PRE.S.A.L.	Formazione di 3 operatori S.PRE.S.A.L.
ELABORAZIONE DI CHEK-LIST AD USO DI INTERVENTI ISPETTIVI IN AZIENDA	Istituzione tavolo tecnico nazionale	Istituzione tavolo tecnico regionale	Proposte regionale per emanazione di chek-list	Produzione e condivisione di chek-list nazionali

2.7.1.4 PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE SU STRESS LAVORO CORRELATO 2014-2018

Razionale

In linea con l'accordo-quadro europeo sullo stress lavoro-correlato, il Testo Unico sulla Sicurezza, o D. Lgs. 9/4/2008 n. 81, evidenzia la necessità di valutare tutti rischi per la salute e la sicurezza, includendo, accanto ai rischi più tradizionalmente intesi (chimici, fisici e biologici), anche i cosiddetti **rischi psico-sociali** (connessi alla progettazione, organizzazione e gestione del lavoro), o da stress lavoro-correlato. Oltre ad essere dannosi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, i rischi psico-sociali, infatti, incidono in modo rilevante anche sull'efficienza dell'organizzazione aziendale: una percentuale compresa tra il 50% e il 60% di tutte le giornate lavorative perse sembra infatti riconducibile allo stress (sondaggio condotto dall'Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro). A tal fine, il D. Lgs. n. 106/09 considera la tutela del benessere organizzativo nonché dello stress lavoro correlato di fondamentale importanza sia per il lavoratore che per il contesto di lavoro e promuove la valutazione dello stress lavoro-correlato nel rispetto delle indicazioni elaborate dalla Commissione Consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro.

Fattori di rischio/Determinanti

Tra i fattori che possono accrescere lo stress vi sono le condizioni di lavoro (condizioni dei locali, carenza di attrezzature, rumore, etc), l'organizzazione (orari di lavoro, turni, burocrazia, comunicazione, etc) e le politiche aziendali (quadro normativo, limitata possibilità di carriera, retribuzione, precarietà e mobilità).

La valutazione del rischio stress lavoro correlato ha come primo obiettivo quello di individuare le possibili fonti di stress o fattori di stress. Tra questi sono compresi:

- *Le condizioni di lavoro* (ambienti, attrezzature) e *gli aspetti temporali* legati al lavoro (lavoro a turni, lavoro straordinario indesiderato o numero "eccessivo" di ore, ritmo di lavoro, tempo insufficiente per rispettare le scadenze, frequenti interruzioni)
- *Il contenuto dell'attività lavorativa* (lavoro frammentario, ripetitivo, monotono, carico eccessivo, utilizzo delle competenze disponibili e mancanza di opportunità di acquisire nuove competenze, incertezza o contraddittorietà delle mansioni o delle richieste)
- *I rapporti interpersonali* con i colleghi (possibilità di interagire con i colleghi, dimensione e coesione del gruppo di lavoro, riconoscimento per i risultati ottenuti nel lavoro, sostegno sociale, equa distribuzione del lavoro)

- *I rapporti interpersonali con i supervisori/superiori* (partecipazione ai processi decisionali, feedback e riconoscimento da parte dei supervisori/superiori, possibilità di ricevere un feedback dalla supervisione/superiori, sostegno sociale, sostegno strumentale, incertezza o contraddittorietà delle richieste, stile di leadership)
- *Le condizioni dell'organizzazione* (prestigio relativo delle mansioni svolte, struttura organizzativa non chiaramente definita, burocrazia organizzativa e procedure incongrue, politiche discriminatorie)
- *Possibilità di controllo sul lavoro* (autonomia, indipendenza, controllo)
- *Fattori di pressione* (danni alla produzione, infortuni)
- *Sviluppo di carriera* (possibilità di carriera, sovrapposizione, sovra promozione, retrocessione, mancanza di sicurezza del lavoro, ambizioni deluse, incongruenza di posizione).

Strategie

La strategia comunitaria per la sicurezza e salute sul lavoro prevede che *“una buona salute sul luogo di lavoro consente di migliorare tutta la sanità pubblica in generale, quanto la produttività e la competitività delle imprese”*. È quindi necessario garantire ai lavoratori condizioni di lavoro gradevoli e contribuire al loro stato generale di benessere. In tale direzione la valutazione del rischio stress lavoro-correlato rappresenta la prima azione specificatamente volta a rilevare il fenomeno nelle aziende sanitarie siciliane, promuovendo al contempo l'incremento del benessere organizzativo attraverso specifiche azioni di miglioramento. Il processo di valutazione prevede quindi il ricorso a metodologie specifiche e a figure professionali adeguatamente formate all'utilizzo dei diversi strumenti di indagine richiesti, di carattere oggettivo (come ad esempio le check list) e soggettivo (questionari, test e Focus Group). Al fine di coordinare ed attivare idonei interventi, nonché promuovere ed organizzare iniziative di formazione, la Regione Siciliana - con decreto 18 dicembre 2014 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana parte I n. 4 del 23/1/2015) - ha promosso la costituzione del Gruppo di coordinamento regionale per lo stress lavoro correlato e il benessere organizzativo. Il Gruppo di coordinamento ha anche l'obiettivo di predisporre il documento *“Linee guida per la valutazione del rischio stress lavoro correlato e la promozione del benessere organizzativo”*. Ad una prima fase di monitoraggio dello stato dell'arte della rilevazione del rischio da stress lavoro correlato e degli eventuali correttivi, seguirà l'individuazione degli attori principali per promuovere specifiche azioni di sensibilizzazione (Datore di Lavoro e Management Aziendale) e, quindi, di formazione (Servizio di Prevenzione e Protezione) e informazione (a tutti i lavoratori). Il DASOE - Servizio 3 *“Tutela della Salute e della Sicurezza nei Luoghi di Lavoro”* è in collaborazione con il CEFPAS ha già realizzato un'attività sul tema specificatamente rivolta agli RSPP (Ottobre 2014) ed ha in programma un'attività rivolta ai Medici competenti delle Aziende sanitarie dell'ASSR per giugno 2015 volta ad acquisire conoscenze aggiornate in tema di rischio da stress lavoro correlato, promuovendo la conoscenza di tecniche per la valutazione e la gestione del rischio da stress lavoro correlato.

Il piano si propone di contribuire all'accrescimento ed al miglioramento del sistema di gestione dello stress lavoro correlato, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione attraverso l'attività di vigilanza, con interventi informativi/formativi sia nei confronti delle figure di prevenzione afferenti al Servizio sanitario Nazionale (Organi di Vigilanza) che di quelle aziendali in particolare RLS attraverso il piano di azione di seguito specificato.

Tabella azioni

OBIETTIVI CENTRALI	CODICE INDICATORE	INDICATORE CENTRALE	OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	NOME INDICATORE	VALORE BASELINE	VALORE ATTESO 2015	VALORE ATTESO 2016	VALORE ATTESO 2017	VALORE ATTESO 2018
Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex art. 5, D. Lgs. 81/08 approvati mediante accordo di Conferenza tra Stato e Regioni	7.1.1	Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	Report regionale sul monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	REPORT ANNUALE	2013:N.R.		SI	SI	SI
Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione ed il riconoscimento delle malattie professionali	7.2.1	Emersione del fenomeno tecnopatologico misurato mediante l'incremento di segnalazioni e denunce delle malattie da lavoro correlate per comparti o per i rischi oggetto di intervento	Monitoraggio tramite questionari in tema di rischio SLC	Questionari	2013:N.R.	-SI			SI

<p>-Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità.</p> <p>-Promuovere e favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale.</p> <p>-Promuovere e favorire programmi di miglioramenti dell'organizzazione aziendale</p>	7.3.1	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex-art.7 D.Lgs. 81/08 di azioni di pro-mozione per:	Diffusione di materiale informativo-divulgativo per le Aziende	Produzione di Linee guida	2013:N.R.				SI
	7.4.1	-il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	Realizzazione di iniziative informative/formative nei confronti di aziende, associazioni, figure aziendali della prevenzione, ecc	Effettuazione di incontri/corsi	2013:N.R.			1	1
	7.5.1	-la promozione della responsabilità sociale d'impresa	-la prevenzione rischi da incongruenze organizzative						

Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	7.7.1	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto d'intervento	Realizzazione di corsi di formazione per gli operatori della regione.	Numero di Operatori Spresal Formatati per Asp	2013:NR	1	1	1	2
Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali audit	7.8.1	Adozioni di atti di indirizzo regionale finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio	Interventi di Audit sulle modalità di attuazione dell'obbligo di valutazione dello SLC in azienda	Numero di interventi di Audit	2013:NR	20	27	20	27

Cronogramma

OBIETTIVI	2015	2016	2017	2018
PRODUZIONE DI REPORT DI ATTIVITÀ	Report regionale annuale relativo al monitoraggio dello stress lavoro correlato			
ELABORAZIONE DI CHEK-LIST PER LO STUDIO DELLE SEGNALAZIONI DI MALATTIE PROFESSIONALI STRESS LAVORO CORRELATO	Istituzione tavolo tecnico nazionale	Istituzione tavolo tecnico regionale	Proposte regionale per emanazione di chek-list	Produzione e condivisione di chek-list nazionali
DIFFUSIONE DI MATERIALE INFORMATIVO/DIVULGATIVO PER LE AZIENDE	Istituzione tavolo tecnico nazionale	Istituzione tavolo tecnico regionale	Proposte regionale per emanazione di linee guida	Produzione e condivisione di linee guida nazionale
REALIZZAZIONE DI INIZIATIVE INFORMATIVE/FORMATIVE NEI CONFRONTI DI AZIENDE, ASSOCIAZIONI, FIGURE AZIENDALI	Numero iniziative			
	1	2	3	4

DELLA PREVENZIONE IN AZIENDA				
FORMAZIONE OPERATORI S.PRE.S.A.L.	Formazione di 3 operatori S.PRE.S.A.L.	Formazione di 3 operatori S.PRE.S.A.L.	Formazione di 3 operatori S.PRE.S.A.L.	Formazione di 3 operatori S.PRE.S.A.L.
NUMERO DI INCHIESTE PER MALATTIE PROFESSIONALI PER STRESS LAVORO CORRELATO EFFETTUATE PER ANNO	PERCENTUALE DI INCHIESTE PER MALATTIE PROFESSIONALI SCL EFFETTUATE SUL TOTALE DELLE DENUNCIE PERVENUTE PER MALATTIE PROFESSIONALI DA SCL			
	70%	80%	90%	100%
NUMERO DI INTERVENTI DI AUDIT SULLE MODALITA' DI ATTUAZIONE DELL'OBBLIGO DI VALUTAZIONE DELLO STRESS LAVORO CORRELATO IN AZIENDA	Numero di audit regionale			
	47	55	60	70

2.7.1.5 Programma Regionale di prevenzione degli infortuni, derivanti dall'utilizzo di macchine e impianti tramite il sistema delle verifiche periodiche e degli strumenti informativi del sistema di sorveglianza delle verifiche espletate dai Soggetti Istituzionali ed Abilitati

La prevenzione degli infortuni sul lavoro passa attraverso strumenti di controllo e di promozione e sostegno a tutte le figure previste dal Dlgs 81/08, ed è ancora più cogente in un quadro di crisi economica come quella attuale che potrebbe favorire illegalità e una minore tutela del lavoro.

Il legislatore, con il D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, sebbene individua nel Datore di lavoro il responsabile della Gestione in Sicurezza delle attrezzature di lavoro, all'articolo 71 comma 11 coinvolge i Soggetti Istituzionali quali INAIL e le Aziende Sanitarie, nonché i Soggetti Abilitati quali operatori essenziali nella gestione in sicurezza per le attrezzature elencate nell'allegato VII del citato decreto in quanto attrezzature ritenute di particolare valenza e gravate da un grado elevato di rischio. Il D.Lgs. 81/2008 all'articolo 71 comma 11 obbliga il datore di lavoro a sottoporre a verifiche periodiche le attrezzature di lavoro riportate nell'allegato VII. Tale verifiche hanno lo scopo di valutare l'effettivo stato di conservazione, manutenzione e di efficienza ai fini della sicurezza delle attrezzature di lavoro,

Il Decreto 11/04/2011 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, attuativo dell'articolo 71 comma 13 del D.Lgs 81/08, e il D.Assessorato della Salute della Regione Siciliana. n. 773/2012 disciplinano le modalità di effettuazione delle verifiche periodiche nel territorio regionale, nonché i rapporti con i soggetti pubblici o privati abilitati. I suddetti decreti prevedono inoltre lo scambio di dati con l'INAIL per la creazione di una banca dati nazionale e per il controllo ed il monitoraggio delle attività di verifica effettuate sia dalle ASP che da parte dei soggetti abilitati privati, nonché la realizzazione di un sistema informativo regionale della prevenzione per la gestione della banca dati delle verifiche periodiche.

Il Piano Nazionale della Prevenzione nell'ambito delle strategie per la Prevenzione degli infortuni prevede espressamente *«L'implementazione di sistemi informativi integrati Ministero dello Sviluppo Economico o Ministero del Lavoro o INAIL e Regioni relativi alla sicurezza di macchine e impianti, ivi inclusa la banca dati delle segnalazioni di presunta non conformità di attrezzature di lavoro alle pertinenti direttive europee di prodotto, nonché nell'ambito del miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo il «Miglioramento della qualità e della omogeneità delle attività di verifiche periodiche di macchine e impianti e sviluppo di metodologie di controllo da parte delle ASL dell'operato dei soggetti privati abilitati (DM 11 aprile 2011) e autorizzati (DPR 462/01), affinché i Servizi delle ASL costituiscano un riferimento di qualità tecnica-professionale a garanzia del miglioramento sostanziale della sicurezza delle attrezzature di lavoro».*

Obiettivo centrale 1

Promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza e l'approccio di tipo produttivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni;

In linea con il Piano Nazionale della Prevenzione il programma regionale ha l'obiettivo di migliorare la qualità e l'omogeneità delle attività di verifiche periodiche di macchine e impianti, di sviluppare le metodologie di controllo da parte delle ASP sull'operato dei soggetti privati abilitati (DM 11 aprile 2011) e autorizzati (DPR 462/01), affinché i Servizi delle ASP costituiscano un riferimento di qualità tecnica-professionale a garanzia del miglioramento sostanziale della sicurezza delle attrezzature di lavoro.

Obiettivi Specifici Regionali

- a) *Monitoraggio e controllo delle attività espletate dai Soggetti Abilitati con riferimento agli obblighi previsti dal DM 11 aprile 2011 e del DPR 462/01.*
- b) *Effettuazione delle verifiche periodiche su attrezzature in pressione, di sollevamento e impianti elettrici da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali.*
- c) *Attività di monitoraggio/controllo su macchine e impianti a seguito di comunicazioni di altri soggetti titolari della funzione ai sensi del D.M 11/04/2011 (INAIL, í) o di altri organismi pubblici o di Soggetti Abilitati privati.*
- d) *Attività di monitoraggio/controllo su attrezzature, macchine e impianti per specifiche attività produttive a rischio infortunistico elevato.*

Indicatori di verifica ó Indicatori sentinella per ognuno dei suddetti obiettivi specifici:

- a.1) L'indicatore è definito dal numero di controlli effettuati/numero di verifiche periodiche su attrezzature e impianti registrate dai soggetti abilitati sul portale INAIL; si individua quale **Indicatore sentinella**

Indicatore di verifica ó indicatore sentinella

- a) 2016: 1 % delle verifiche registrate sul portale INAIL;
- b) 2017: 2 % delle verifiche registrate sul portale INAIL;
- c) 2018: 2 % delle verifiche registrate sul portale INAIL;

b.1) L'indicatore è definito dal numero di verifiche periodiche su apparecchiature in pressione, apparecchi di sollevamento, impianti elettrici, etc. effettuate/numero di richieste di verifica pervenute; si individua quale **Indicatore sentinella**

Indicatore di verifica ó indicatore sentinella

- e) 2015: 65% delle richieste di verifica pervenute;
- f) 2016: 70 % delle richieste di verifica pervenute;
- g) 2017: 70 % delle richieste di verifica pervenute;
- h) 2018: 75 % delle richieste di verifica pervenute;

c.1) L'indicatore dell'attività di verifica a seguito di comunicazioni è definito dal numero di pratiche espletate/numero di pratiche pervenute; si individua quale **Indicatore sentinella**

Indicatore di verifica ó indicatore sentinella

- a) 2016: 30%
- b) 2017: 40%
- c) 2018: 50%

d.1) L'indicatore è definito dal numero di aziende monitorate/numero di aziende operanti nel settore a rischio infortunistico elevato su territorio provinciale; si individua quale **Indicatore sentinella**

Indicatore di verifica ó indicatore sentinella

- a) 2016: 3%
- b) 2017: 4%
- c) 2018: 5%

Obiettivo centrale 2

Implementare il grado di utilizzo dei sistemi informativi di cui agli atti del Comitato ex art. 5 del D.Lgs. 81/08

- Il programma prevede l'implementazione di sistemi informativi relativi alla sicurezza di macchine e impianti, ivi incluse la banca dati delle segnalazioni di presunta non conformità di attrezzature di lavoro alle pertinenti direttive europee di prodotto e la banca dati delle verifiche periodiche effettuate.

Obiettivi Specifici Regionali

- a) *Registrazione e gestione informatica delle verifiche periodiche effettuate ai sensi del DM 11 aprile 2011 dalle AA.SS.PP., interfacciamento con la banca dati Nazionale delle verifiche e trasmissione al portale INAIL del report annuale delle verifiche periodiche effettuate.*
- b) *Progettazione e realizzazione di un unico sistema informativo regionale della prevenzione per la registrazione, gestione, archiviazione, elaborazione e aggiornamento della banca dati delle verifiche periodiche effettuate dalle AA.SS.PP..*

Indicatori di verifica ó Indicatori sentinella per ognuno dei suddetti obiettivi specifici:

- a.1) L'indicatore è definito dalla numero di report annuali delle verifiche periodiche effettuate dalle AA.SS.PP. su attrezzature, macchine e impianti da trasmettere all'INAIL / numero di report previsti dal D.M. 11/04/11.

Indicatore di verifica ó indicatore sentinella

- a) 2015: 1
- b) 2016: 1
- c) 2017: 1
- d) 2018: 1

○

- b.1) L'indicatore è definito dalla realizzazione, entro il 2018, del sistema informativo regionale della prevenzione per la gestione, registrazione, archiviazione, elaborazione e aggiornamento delle verifiche periodiche effettuate dalle AA.SS.PP.

Obiettivo centrale 3

Migliorare la qualità di vigilanza anche attraverso l'utilizzo di strumenti di enforcement quali audit

Obiettivi Specifici Regionali

- a) *Elaborazione di linee ó guida/procedure per garantire la qualità, l'uniformità e l'omogeneità delle verifiche periodiche effettuate*

Indicatore di verifica ó Indicatore sentinella per il suddetto obiettivo specifico:

- a.1) L'indicatore è definito come elaborazione di linee-guida/procedure per il miglioramento della qualità, dell'uniformità e dell'omogeneità delle verifiche periodiche nel territorio regionale; si individua quale **Indicatore sentinella**

Indicatore di verifica ó indicatore sentinella

- a) 2017: n.1 linea-guida/ procedura
b) 2018: n.1 linea-guida/procedura

Obiettivo centrale 4

Promuovere e favorire l'adozione da parte delle imprese di Buone prassi e percorsi di responsabilità sociale

Si prevede di progettare e realizzare iniziative di informazione/assistenza/formazione rivolte al mondo del lavoro (es. aziende, ordini professionali, associazioni di categoria, enti pubblici, etc.) in cui verranno fornite tutte le informazioni relative agli obblighi di legge ai quali sono soggetti le apparecchiature, le macchine e gli impianti nonché sui rischi derivanti dall'utilizzo delle stesse.

Obiettivi Specifici Regionali

- a) *Attività di informazione/assistenza/formazione*

Indicatore di verifica ó Indicatore sentinella per il suddetto obiettivo specifico:

a.1) L'indicatore è definito dal numero di iniziative di informazione/assistenza/formazione promosse su problematiche inerenti la messa in esercizio, la verifica o il controllo di apparecchiature, macchine ed impianti.

Indicatore di verifica ó indicatore sentinella

- a) 2016: n.1 iniziativa di informazione/assistenza/formazione;
- b) 2017: n.1 iniziativa di informazione/assistenza/formazione;
- c) 2018: n.1 iniziativa di informazione/assistenza/formazione.

Tabella azioni

OBIETTIVI CENTRALI	CODICE INDICATORE	INDICATORE CENTRALE	OBIETTIVO SPECIFICO REGIONALE	NOME INDICATORE	VALORE BASELINE	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo produttivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	7.7.1	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali	Monitoraggio / controllo dei soggetti abilitati	Numero di controlli effettuati /numero di verifiche registrate dai soggetti abilitati su portale INAIL in percentuale	NR		1%	2%	2%
			Effettuazione delle verifiche periodiche su attrezzature in pressione e di sollevamento e impianti elettrici	Numero di verifiche effettuate /numero richieste di verifica pervenute, in percentuale	60%	65%	70%	70%	75%
			Attività di monitoraggio e controllo su macchine e impianti a seguito di comunicazione di INAIL, Soggetti abilitati, etc.	Numero di pratiche espletate / numero pratiche pervenute, in percentuale	NR		30%	40%	50%
			Attività di monitoraggio / controllo su macchine e impianti per specifiche attività produttive a rischio infortunistico elevato	Numero di aziende monitorate / numero di aziende a rischio infortunistico elevato presenti su territorio provinciale, in percentuale	NR		3%	4%	5%
Implementare il grado di utilizzo dei sistemi informativi di cui agli atti del comitato ex art.5	7.1.1	Produzione di report	Trasmissione report delle verifiche periodiche al portale INAIL ai sensi del D.M. 11/04/2011	Numero di report annuali delle verifiche periodiche effettuate dalle AA.SS.PP su attrezzature, macchine e impianti, previsti dal D.M. 11/04/2011	NR	1	1	1	1

			Sistema informativo per la gestione, registrazione, archiviazione, elaborazione e aggiornamento delle verifiche periodiche effettuate dalle AA.SS.PP.	Realizzazione di un sistema informativo per la gestione, registrazione, archiviazione elaborazione e aggiornamento delle verifiche periodiche effettuate dalle AA.SS.PP.	NR				Si
Migliorare la qualità di vigilanza anche attraverso l'utilizzo di strumenti di enforcement quali audit	7.8.1	Adozione di atti di indirizzo regionale finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza, controllo, monitoraggio	Elaborazione di linee guida/procedure per garantire la qualità, l'uniformità e l'omogeneità delle verifiche periodiche effettuate	Numero Linea guida / procedure per il miglioramento della qualità, dell'uniformità e dell'omogeneità delle verifiche periodiche	NR			1	1
Promuovere e favorire l'adozione da parte delle imprese di Buone prassi e percorsi di responsabilità sociale.	7.4.1	La promozione della responsabilità sociale d'impresa	Realizzazione di Iniziative di informazione/assistenza/formazione	Numero di iniziative di informazione/assistenza/formazione	NR		1	1	1

Cronogramma

PROGRAMMA 6 <u>PIANO VERIFICHE PERIODICHE</u>																
CRONOPROGRAMMA																
OBIETTIVI SPECIFICI REGIONALE	ANNUALITÀ															
	ANNO 2015				ANNO 2016				ANNO 2017				ANNO 2018			
	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.
Monitoraggio/controllo dei soggetti abilitati																
Effettuazione delle verifiche periodiche su attrezzature in pressione e di sollevamento e impianti elettrici																
Attività di monitoraggio e controllo su macchine e impianti a seguito di comunicazione di INAIL. Soggetti abilitati, etc.																
Attività di monitoraggio/controllo su macchine e impianti per specifiche attività produttive a rischio infortunistico elevato																
Trasmissione report delle verifiche periodiche al portale INAIL ai sensi del D.M. 11/04/2011																
Sistema informativo per la gestione, registrazione, archiviazione, elaborazione e aggiornamento delle verifiche periodiche effettuate dalle AA.SS.PP.				FASE 1			FASE 2				FASE 3					FASE 4
Elaborazione di linee guida/procedure per garantire la qualità, l'uniformità e l'omogeneità delle verifiche periodiche effettuate							FASE 1				FASE 2				FASE 3	
Realizzazione di Iniziative di informazione/assistenza/formazione																

Nel cronoprogramma sono inserite le varie fasi e i relativi tempi necessari per il raggiungimento di ogni singolo obiettivo specifico Regionale. Nel seguito si descrivono le attività relative ad ogni singola fase per ogni obiettivo.

OBIETTIVO SPECIFICO EFFETTUAZIONE DELLE VERIFICHE PERIODICHE SU ATTREZZATURE IN PRESSIONE E DI SOLLEVAMENTO E IMPIANTI ELETTRICI

Questo obiettivo è inerente all'attività di verifica periodica su attrezzature in pressione, di sollevamento e impianti elettrici presenti sul territorio Regionale che dovrà essere espletata in tutto il periodo dell'anno, per ogni anno del Piano Regionale. L'indicatore è definito dal numero di verifiche periodiche su apparecchiature in pressione, apparecchi di sollevamento, impianti elettrici, etc. effettuate/numero di richieste di verifica pervenute.

OBIETTIVO SPECIFICO ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E CONTROLLO SU MACCHINE E IMPIANTI A SEGUITO DI COMUNICAZIONE DI INAIL, SOGGETTI ABILITATI, ETC.

Questo obiettivo è inerente all'attività di monitoraggio e controllo su macchine e impianti a seguito di comunicazione da parte di soggetti titolari della funzione ai sensi del D.M 11/04/2011 (INAIL, í) o di altri organismi pubblici o di Soggetti Abilitati privati e dovrà essere espletata in tutto il periodo dell'anno, a partire dal 2016, per ogni anno del Piano Regionale. L'indicatore dell'attività di verifica a seguito di comunicazioni è definito dal numero di pratiche espletate/numero di pratiche pervenute.

OBIETTIVO SPECIFICO SISTEMA INFORMATIVO PER LA GESTIONE, REGISTRAZIONE, ARCHIVIAZIONE, ELABORAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE VERIFICHE PERIODICHE EFFETTUATE DALL'AA.SS.PP.

Questo obiettivo sarà raggiunto entro il 2018, lo stesso è suddiviso in 4 fasi di seguito specificate:

FASE 1: Incontri tra il direttore del SIA e i Responsabili di Unità operativa del SIA per la definizione delle specifiche tecniche del software per la realizzazione di un sistema informativo Regionale delle verifiche periodiche che comprenda la gestione, registrazione, archiviazione, elaborazione e aggiornamento dei dati riguardanti le macchine, attrezzature e impianti elettrici.

FASE 2: Costituzione gruppo di lavoro tecnico per la stesura del capitolato tecnico contenente le specifiche tecniche per la realizzazione del sistema informativo regionale e per la gestione delle verifiche periodiche.

FASE 3: Definizione ed avvio di tutte le procedure tecniche, amministrative e gestionali per l'espletamento della gara per la realizzazione del nuovo sistema informativo regionale della prevenzione contenente anche tutte le specifiche per la gestione delle notifiche preliminari on-line.

FASE 4: Avvio delle procedure informatiche per la gestione delle verifiche periodiche in una ASP capofila e successivamente in tutte le AA.SS.PP. del territorio Siciliano.

OBIETTIVO SPECIFICO ELABORAZIONE DI LINEE ó GUIDA/PROCEDURE PER GARANTIRE LA QUALITÀ, L'UNIFORMITÀ E L'OMOGENEITÀ DELLE VERIFICHE PERIODICHE EFFETTUATE

Questo obiettivo è inerente all'attività di elaborazione di linee ó guida/procedure per garantire la qualità, l'uniformità e l'omogeneità delle verifiche periodiche effettuate.

Sono state previste alcune fasi con le relative azioni da realizzare nel corso del triennio 2016 ó 2018.

FASE 1: Costituzione Tavolo Tecnico Regionale per la stesura delle linee guida/procedure, che si interfacci con la Cabina di Regia Nazionale.

FASE 2: Stesura di proposte regionali per la redazione di linee guida/procedure per l'effettuazione delle verifiche periodiche.

FASE 3: Definizione di procedure Regionali per la omogeneizzazione dell'attività di verifica e vigilanza.

OBIETTIVO SPECIFICO REALIZZAZIONE DI INIZIATIVE DI INFORMAZIONE/ASSISTENZA/FORMAZIONE

Si prevede di organizzare iniziative di informazione/assistenza/formazione per operatori dei servizi delle AA.SS.PP. coinvolti nelle attività di verifica e controllo delle macchine, apparecchiature di sollevamento e impianti elettrici, da svolgere preferibilmente nel secondo semestre di ogni anno presso il CEFPAS di Caltanissetta. L'indicatore è definito dal numero di iniziative di informazione/assistenza/formazione promosse su problematiche inerenti la messa in esercizio, la verifica o il controllo di apparecchiature, macchine ed impianti.

2.7.1.6 - PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018 - PROMOZIONE DELLA SALUTE E SVILUPPO COMPETENZE IN MATERIA SSL NEL CONTESTO SCOLASTICO

Salute e Sicurezza nella scuola

Negli ultimi anni è attiva una collaborazione tra Assessorato Regionale alla salute, l'Ufficio Scolastico Regionale e le Aziende Sanitarie Provinciali (AA.SS.PP.) della Regione Siciliana, finalizzata alla promozione della cultura della salute e sicurezza (SSL) nelle scuole, attraverso attività di informazione e formazione sia del personale scolastico che degli alunni.

Nel 2013 la Regione siciliana ha approvato il progetto *Sicilia in .. Sicurezza*, finalizzato alla promozione della cultura della salute e sicurezza su tutto il territorio regionale ed in particolare nell'ambiente scolastico, attraverso azioni di informazione e formazione specifica rivolte al personale docente e non docente ed agli studenti. Il progetto ha previsto una collaborazione proficua tra l'Assessorato della salute della Regione Siciliana e l'Ufficio Scolastico Regionale, con apposita stipula di Accordo di collaborazione. Il progetto, ad oggi ancora in via di svolgimento, consente di supportare la formazione e l'aggiornamento di dirigenti scolastici, docenti, preposti, Rls, e di alunni del quarto e quinto anno delle scuole superiori di secondo grado.

La presente linea d'intervento, volendo dare continuità alle attività già intraprese con il progetto *Sicilia in .. Sicurezza*, si pone come obiettivo generale l'integrazione della cultura della SSL nei curriculum scolastici delle scuole di ogni ordine e grado, con particolare riferimento agli indirizzi costruzioni, agricoltura ed industria, scelti in analogia ai piani di prevenzione regionali 2014-2018.

Razionale dell'intervento

Le recenti esperienze realizzate nel territorio regionale, portano ad identificare la necessità di impegnare le istituzioni in un progetto strategico condiviso che sia sostenibile, aggiornabile e consenta la partecipazione del più alto numero di scuole ed alunni.

Obiettivo Centrale

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

Obiettivi Specifici

Realizzazione di protocolli d'intesa con gli istituti di scuola superiore e professionali a sostegno della cultura della salute e sicurezza in tutte le componenti umane presenti nella scuola.

Realizzazione di iniziative e/o incontri informativi e formativi nelle scuole superiori e professionali a sostegno dello sviluppo della cultura della salute e sicurezza all'interno dei curricula scolastici.

Attori e portatori di interesse

Regione Siciliana, Assessorato Regionale alla salute, AA.SS.PP., Ufficio Scolastico Regionale / Uffici Scolastici provinciali

Beneficiari

Personale docente e non docente della scuola, studenti.

Fasi di Articolazione

Sono due gli aspetti fondamentali necessari al pieno raggiungimento dell'obiettivo prefissato, attraverso la realizzazione delle seguenti fasi:

- la formalizzazione e o prosecuzione di protocolli d'intesa interistituzionali;
- la realizzazione di iniziative e/o incontri formativi e informativi nelle scuole superiori e professionali a sostegno dello sviluppo della salute e sicurezza all'interno dei curriculum scolastici.

Il presente programma comprende anche le iniziative previste nei precedenti programmi (edilizia, agricoltura, agenti cancerogeni, stress lavoro-correlato).

Il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, riporta tra gli obiettivi centrali, il *“Coinvolgimento dell'istituzione scolastico nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori”* ed invita al *“Rafforzamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato economico sociale e tecnico scientifico”* anche attraverso *“il sostegno a programmi di integrazione della SSL nei curricula scolastici di ogni ordine e grado, valorizzando già sui banchi di scuola la formazione generale del lavoratore ex art. 37”*.

Il Piano nazionale delle prevenzione 2014-2018, riporta tra gli obiettivi centrali, il *“Coinvolgimento dell’istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori”* ed invita al *“Rafforzamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato economico sociale e tecnico scientifico”* anche attraverso il sostegno a programmi di integrazione della SSL nei curricula scolastici di ogni ordine e grado, valorizzando modelli di apprendimento di conoscenze e di acquisizione di competenze e abilità, realizzando già sui banchi di scuola la formazione generale del lavoratore ex art. 37.

Tabella azioni

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Indicatore centrale	Obiettivi specifici regionali	Nome indicatore	Valore di baseline 2013	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Coinvolgere la istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	7.6.1	Adozione di protocolli d’intesa a sostegno della cultura della SSL all’interno dei curricula scolastici	Realizzazione di protocolli d’intesa con gli istituti di scuola superiore a sostegno della cultura della SSL in tutte le componenti umane presenti nella scuola.	Stipula Accordo/prosecuzione-proroga Accordo precedente	0	1	1	1	1
			Realizzazione di iniziative e/o incontri formativi ed informativi	% di istituti scolastici che aderiscono alle iniziative	0	4% per gli istituti scolastici	5% per gli istituti scolastici	7% per gli istituti scolastici	10% per gli istituti scolastici

Cronogramma

PROGRAMMA 15 - PIANO PROMOZIONE CONTESTO SCUOLA																
CRONOPROGRAMMA																
OBIETTIVI SPECIFICI REGIONALI	ANNUALITA'															
	ANNO 2015				ANNO 2016				ANNO 2017				ANNO 2018			
	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.
VALUTAZIONE MODALITA' AMM.VE REALIZZAZ/PROSECUZIONE PROTOCOLLI DI INTESA																
REALIZZAZIONE ATTIVITA' INFORMATIVE/FORMATIVE																
REDAZIONE REPORT ATTIVITA' SVOLTE																

2.8.7. PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018 INTERVENTO SU REACH-CLP

Vigilanza e controllo sul territorio regionale in materia di Reach e Clp su sostanze/miscele e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente.

Razionale:

Il Regolamento CE n. 1907/2006 (REACH) ha l'obiettivo di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente attraverso il miglioramento della conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici e prevede vigilanza e controllo non solo per le sostanze pericolose, ma per tutte le sostanze chimiche in quanto tali, come costituenti di miscele o contenute negli articoli.

Il Regolamento CE n. 1272/2008 (CLP) è una revisione ed un aggiornamento del sistema di classificazione ed etichettatura dei prodotti chimici, finora basato sulle direttive 67/548/CEE sulle sostanze pericolose e 1999/45/CE sui preparati pericolosi; il Regolamento CLP riguarda sia le sostanze chimiche sia le miscele (inclusi fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti) ed ha introdotto cambiamenti di rilievo per i fabbricanti, gli importatori e gli utilizzatori a valle, relativamente alla classificazione di sostanze e miscele con il conseguente aggiornamento delle etichette di pericolo e delle Schede Dati di Sicurezza.

Alla Regione compete l'applicazione e l'implementazione del REACH e del CLP sul territorio, la gestione dei programmi di controllo e la definizione delle attività di vigilanza. Queste nuove competenze hanno costituito l'occasione per formare e aggiornare nuove figure professionali, per creare sinergie e collaborazioni tra i vari Enti preposti al controllo sulle sostanze chimiche, alla tutela dell'ambiente e alla salvaguardia della salute dei cittadini attuando un sistema di conoscenze multidisciplinari integrate, hanno fornito inoltre lo stimolo ad implementare l'attività analitica dei laboratori e a valutare ulteriori problematiche connesse ai rischi da agenti chimici, cancerogeni e mutageni negli ambienti di lavoro.

Vi è la necessità di sviluppare ulteriormente le capacità di vigilanza, controllo ed ispezione, rafforzando ed uniformando le procedure di valutazione adottate dagli operatori e condividendo le esperienze e le problematiche rinvenute sul territorio. La realizzazione e l'esito dei Piani di Controllo costituiscono il presupposto conoscitivo per individuare concrete azioni di miglioramento dei protocolli operativi e proporre nuove collaborazioni interistituzionali e favorire una programmazione regionale atta alla diffusione dei Regolamenti nei vari comparti produttivi.

Il Gruppo Tecnico Regionale REACH e la rete di vigilanza (ASP e Laboratori) assicureranno il rispetto degli obiettivi fissati annualmente dai Piani Nazionali Controllo REACH e CLP in termini di ispezioni e verifiche analitiche, le attività di controllo attivate da eventuali segnalazioni, l'attuazione dei progetti europei di enforcement (REF) e, per quanto possibile, la partecipazione ai progetti pilota proposti dall'ECHA.

Obiettivo Centrale

Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi

- Obiettivo specifico regionale 2 .8.7.1:

Implementazione della applicazione dei Reg. REACH e CLP nel territorio regionale: vigilanza e controllo tramite Rete regionale e i suoi Gruppi Tecnici Regionali REACH

Attori e portatori di interesse

Regione, Gruppo Tecnico Regionale REACH, Gruppo di Coordinamento REACH e Gruppo di Lavoro per applicazioni sanzioni Dipartimenti di Prevenzione dell'ASP e Laboratori, Aziende dei vari comparti, RSSP, ASPP.

Beneficiari

Popolazione generale, Consumatori, Lavoratori, Datori di Lavoro.

Fasi di Articolazione

- Obiettivo specifico regionale 2 .8.7.1:

Si prevede l'implementazione dell'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP nel Territorio regionale in primis con la stesura di un Piano Regionale di Controlli (PRC) annuale sulla base del quale saranno programmate le attività di vigilanza e controllo che verranno espletate sia dagli Operatori della Rete Regionale di Vigilanza (afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASP e da altri organismi abilitati).

Si prevede l'implementazione dell'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP nel Territorio regionale con riferimento anche alle **sostanze e miscele contenute in cosmetici e detergenti**. Trattandosi di una tematica trasversale e comune a diversi ambiti di competenze, si ritiene che alla base dell'obiettivo vi sia la costituzione di un Gruppo di Lavoro misto, comprendente il Gruppo Tecnico regionale REACH e CLP e Operatori di altri

Servizi pubblici con competenze specifiche. Il Gruppo di lavoro così costituito avrà innanzitutto il compito di elaborare le Procedure e/o le Linee Guida che dovranno indirizzare le attività di vigilanza. Tali attività, di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione ASP, dovranno quindi essere implementate con gli aspetti peculiari previsti dalla ricaduta dei Regolamenti europei REACH e CLP sulla Normativa di settore. Si ricorda come il 01 Giugno del 2015 entrerà completamente a regime il Regolamento CLP e che, pertanto, gli aspetti concernenti la Classificazione e l'Etichettatura dovranno essere monitorati con particolare attenzione.

Criticità

Eventuale carenza di personale adeguatamente formato sulle tematiche specifiche e carenza di risorse finanziarie.

Indicatori:

Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale

Valore Baseline regionale: 60% di ispezioni effettuate su programmate

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

Obiettivo specifico regionale 2.8.7.1:

indicatore 1a)

o *Definizione: Piano Regionale Controllo (PRC)*

o *Fonte: Ministero Salute, ECHA,*

o *Tipologia: Qualitativo*

o *Modalità in cui viene costruito: Atto formale*

o *Valore baseline: 60% di ispezioni effettuate su programmate*

indicatore 1b)

o Definizione: Attività di Vigilanza come da PRC

o Fonte: ASP

o Tipologia: Quantitativo

o Modalità in cui viene costruito: numero ispezioni effettuate/numero ispezioni richieste PRC

o Valore baseline: 60% di ispezioni effettuate su programmate

Inoltre si concorda sull'altra osservazione e si modifica coerentemente la tabella delle azioni di pag 51. Pertanto, per l'indicatore 1b Attività di Vigilanza come da PRC, si esprime il valore baseline in termini percentuali con riferimento ad (ispezioni effettuate su programmate) e i valori attesi in progressione.

Nel modo che segue: Valore basiline 60% (ispezioni effettuate su programmate)

Valore atteso 2015: 60% (ispezioni effettuate su programmate)

Valore atteso 2016: 60% (ispezioni effettuate su programmate)

Valore atteso 2017: 80% (ispezioni effettuate su programmate)

Valore atteso 2018: 80% (ispezioni effettuate su programmate)

Tabella azioni

				Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							
Macro obiettivo	Obiettivo centrale	Indicatore Centrale	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai Regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo	Qualitativo e Quantitativo	2.8.7.1 Implementazione della applicazione dei Reg. REACH e CLP nel territorio regionale: Vigilanza e controllo tramite Rete regionale e i suoi Gruppi Tecnici Regionali REACH	Vigilanza e controllo sul territorio regionale in materia di reach e clp su sostanze/miscele contenute nelle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose e non.	1a. Piano Regionale Controllo (PRC)	1 Atto Formale	1 Atto Formale	1 Atto Formale	1 Atto Formale	1 Atto Formale
						1b. Attività di Vigilanza come da PRC	60% ispezioni effettuate su programmate	60% ispezioni effettuate su programmate	60% ispezioni effettuate su programmate	80% ispezioni effettuate su programmate	100% ispezioni effettuate su programmate

Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica per informare il mondo produttivo

Razionale:

L'aspetto formativo ed informativo, in materia di REACH e CLP, considerata la complessità dell'argomento, l'interconnessione tra differenti tematiche di settore (prodotti fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti), la trasversalità per il largo uso di sostanze chimiche/miscele/articoli negli ambienti di vita e di lavoro, riveste un ruolo prioritario per i componenti del Gruppo Tecnico Regionale, per gli operatori della rete di vigilanza dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASP, nonché per i Consulenti/ Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP)/Addetti delle aziende, coinvolte nella gestione e nell'utilizzo di sostanze chimiche pericolose in genere e/o miscele.

Fondamentale è l'attuazione della specifica formazione finalizzata all'acquisizione delle competenze necessarie per l'esecuzione dei controlli ufficiali, riportando a cascata i contenuti dei training ECHA/FORUM, fino ad oggi riproposti a livello nazionale, portando a conoscere la normativa di settore agli operatori pubblici regionali (ispettori delle ASP ecc), in relazione anche alle aree vulnerabili del territorio regionale.

In tal senso la Regione Siciliana, nell'ambito delle proprie competenze, considera prioritario avviare un processo di formazione degli operatori dei Servizi Pubblici sui temi della Sicurezza Chimica, con la finalità di sensibilizzare, assistere e supportare le imprese utilizzatrici di sostanze/miscele (DU), anche in relazione alle indicazioni suggerite dall'ECHA, Agenzia Europea per il rischio chimico, che ha individuato la necessità di aumentare la diffusione della informazione, nelle aziende, circa gli adempimenti, gli obblighi, le disposizioni ed i diritti collegati all'attuazione dei Regolamenti comunitari REACH e CLP. Destinatari privilegiati di questa informazione/comunicazione sono i Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione aziendali (RSPP), individuati giustamente come soggetti che lavorano a fianco dei Datori di Lavoro, con competenze tecniche di supporto.

Si tratta di un programma di comunicazione articolato (capacity buildings EHS), che prevede un ruolo importante per le Regioni/Province Autonome, ma anche il coinvolgimento delle Istituzioni centrali, dei centri di formazione, delle Università, delle Associazioni di categoria, al fine di pianificare e realizzare un sistema coerente che riguarda sia la normativa sociale che quella di prodotto.

Obiettivo Centrale

Formare gli operatori dei Servizi Pubblici, sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare ed assistere le imprese ed i loro Responsabili dei

Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) ed ambientali interessati all'uso ed alla gestione delle sostanze chimiche.

- **Obiettivo/i Specifico/i**

2.8.7.2.1 Formare gli operatori dei Servizi Pubblici (ispettori delle ASP incaricati già formati e neo ispettori con nuovo incarico) sull'applicazione del REACH e CLP alla gestione delle sostanze chimiche pericolose in genere.

2.8.7.2.2 Informare Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP) addetti alla gestione e utilizzo di sostanze/miscele pericolose in genere

Attori e portatori di interesse

ECHA, Ministero, Regione, Gruppo Tecnico Regionale REACH, Dipartimenti di Prevenzione dell'ASP, Aziende dei vari comparti, RSSP, ASPP.

Beneficiari

Popolazione generale, Consumatori, Lavoratori, Datori di lavoro.

Fasi di Articolazione

- **Obiettivo specifico regionale 2.8.7.2.1:**

Si prevede implementazione di corsi di formazione per gli operatori dei Servizi Pubblici (ispettori delle ASP incaricati già formati e neo ispettori con nuovo incarico) al fine di accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze su sostanze/miscele contenute nelle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente

- **Obiettivo specifico regionale 2.8.7.2.2:**

Si prevede l'effettuazione di eventi informativi per Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP), Datori di Lavoro, al fine di accrescere le competenze ed approfondire le conoscenze su sostanze/miscele contenute nelle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente. Tale attività di informazione si riconosce, inoltre, nel Progetto pilota ECHA "Support for EHS professionals", progetto del quale l'Italia è parte

attiva e che mira a creare una nuova consapevolezza delle tematiche connesse a REACH e CLP in queste figure professionali.

Criticità

Eventuale carenza di risorse finanziarie.

Indicatori:

Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale

Valore Baseline regionale: 1

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

Obiettivo specifico regionale 2.8.7.2.1:

- *Definizione: Corsi di Formazione per Operatori dei Servizi Pubblici Pubblici (ispettori delle ASP incaricati già formati e neo ispettori con nuovo incarico)*
- *Fonte: MINISTERO, DASOE, ASP*
- *Tipologia: Quantitativo*
- *Modalità in cui viene costruito: Organizzazione ed effettuazione di almeno 1 corso/anno*
- *Valore baseline: 1*

Obiettivo specifico regionale 2.8.7.2.2:

- *Definizione: Eventi informativi per Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP)*
- *Fonte: MINISTERO, DASOE, ASP ARPA*
- *Tipologia: Quantitativo*
- *Modalità in cui viene costruito: Organizzazione ed effettuazione di eventi informativi*
- *Valore baseline: 1*

Tabella azioni

				Indicatori degli obiettivi centrali e relativi valori regionali							
Macroobiettivo	Obiettivo centrale	Indicatore Centrale	Tipo (quantitativo o qualitativo)	Obiettivo specifico regionale	Titolo della Linea di Intervento	Nome indicatore	Valore basel ine	Valore atteso o 2015	Valore atteso o 2016	Valore atteso o 2017	Valore atteso 2018
Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	Formare gli operatori dei Servizi Pubblici, sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare ed assistere le imprese ed i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) ed ambientali interessati all'uso ed alla gestione delle sostanze chimiche.	Numero corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	Quantitativo	2.8.7.2.1 Formare gli operatori dei servizi Pubblici sull'applicazione del REACH e CLP alle gestione delle sostanze chimiche pericolose in genere.	Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica per informare il mondo produttivo.	Corsi di Formazione per Operatori servizi pubblici	1 corso regionale	1 corso regionale	1 corso regionale	1 corso regionale	1 corso regionale
				2.8.7.2.2 Informare Consulenti/Responsabili Aziendali (RSPP) addetti alla gestione e all'utilizzo di sostanze/miscele contenute nelle sostanze chimiche pericolose in genere			1 Evento regionale	1 Evento regionale	2 Eventi territoriali	2 Eventi territoriali	1 Evento regionale

Cronogramma

PROGRAMMA 16 - PIANO INTERVENTO SU REACH-CLP												
CRONOPROGRAMMA												
OBIETTIVI SPECIFICI REGIONALI	ANNUALITA'											
	ANNO 2015				ANNO 2016				ANNO 2017			
	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.
PIANO IMPLEMENTAZ APPLICAZ REGOLAM REACH-CLP - ATTO FORMALE												
ATTIVITA' DI VIGILANZA COME DA PIANO PRC												
CORSO DI FORMAZIONE REGIONALE OPERATORI SERVIZI												
ORGANIZ EVENTI INFORM CONSUL E ADDET SU GEST UTILIZ SOST/MISC CHIMIC PERICOL												
REPORT ANNUALE												

2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

Programma Regionale per il controllo dei problemi di salute rilevanti nelle aree a rischio ambientale/SIN.

Razionale dell'intervento:

A partire dal 2005 è attivo una sorveglianza epidemiologica continua da parte della Regione nelle aree a rischio ambientale o siti di interesse nazionale per le bonifiche al fine di fornire un importante strumento per gli operatori di sanità pubblica, degli amministratori e della cittadinanza.

La più recente delle indagini regionali con aggiornamento all'anno 2011: *“Stato di salute nelle della popolazione residente nelle aree a rischio ambientale e nei siti di interesse nazionale per le bonifiche della Sicilia”* è stata condotta su basi dati correnti con metodo descrittivo geografico e ha permesso di evidenziare un profilo tipico di ciascuna area in esame e un livello di compromissione variabile in rapporto alla gravità delle esposizioni ambientali, in ambiente di lavoro e ai diversi stili di vita. Tale quadro necessita dell'attenzione costante delle autorità ambientali per la riduzione dell'esposizione e la bonifica delle aree e delle autorità sanitarie per azioni di tutela della sanità pubblica e per una adeguata comunicazione del rischio.

Il profilo sanitario generale che emerge, sebbene con le specificità per le diverse aree, è quello di uno stato di salute condizionato in relazione ad alcune categorie diagnostiche a componente multifattoriale tipiche delle aree dove prevalgono le esposizioni di tipo professionale o quelle dovute alla presenza di impianti industriali.

Nell'area di Augusta-Priolo sia in termini di mortalità che di ospedalizzazione emerge lo specifico impatto del tumore della pleura, analogamente a quanto descritto per le malattie respiratorie acute negli uomini, con un aumento del ricorso al ricovero ospedaliero per tumore polmonare, e per le malattie circolatorie e respiratorie. Tra le donne, oltre a quanto già accennato, si osserva un profilo di salute condizionato da una frequenza più elevata rispetto all'atteso per alcune sedi oncologiche (es. fegato), per malattie cerebrovascolari, dell'apparato digerente e renale per entrambe le fonti utilizzate.

Nel sito di Gela si rileva un profilo di salute sfavorevole nel complesso delle cause, per sedi tumorali (in particolare il tumore polmonare tra le donne) e per cause circolatorie. Emerge altresì un eccesso di ospedalizzazione per gran parte delle patologie indagate.

Nell'area di Milazzo nei maschi si osserva una frequenza più elevata dell'atteso relativamente al mesotelioma pleurico o per pneumoconiosi, oltre a patologie del sistema nervoso così come, tra le donne (tumori polmonari o del SNC), malattie respiratorie in particolare acute. In entrambi i sessi si registrano alcuni eccessi di ospedalizzazione per cause selezionate.

Gli interventi per il controllo dei problemi di salute rilevanti emersi dalle suddette indagini necessariamente investono diversi livelli interistituzionale esulando spesso dalle sole attribuzioni del Servizio Sanitario Nazionale, dovrebbero articolarsi su due linee principali di attività: da un lato quelle di controllo e riduzione dell'esposizione della popolazione generale o di gruppi più vulnerabili di essa (es. bonifiche), dall'altro quelle di sanità pubblica, quali la sorveglianza epidemiologica e la prevenzione secondaria, in riferimento agli esiti di salute maggiormente critici, da definirsi sulla base delle caratteristiche della relazione ambiente-salute tipica dei luoghi. A tale proposito emerge la necessità di dotare il sistema di protocolli scientifici validati e di competenze adeguate, anche facendo ricorso a collaborazioni con figure istituzionali di indiscusso rilievo nazionale o internazionale.

Con D.A. 356 dell'1.03.2014 è stato approvato un programma organico di intervento per il controllo dei problemi rilevanti di salute che emergono nelle aree a rischio definite "a Rischio Ambientale" dove sono presenti poli industriali operanti principalmente in ambito petrolchimico. L'intervento può essere efficacemente orientato dalle indicazioni che

emergono dagli strumenti di sorveglianza epidemiologica appositamente rafforzati in questi contesti attraverso la collaborazione tra Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Regionale della Salute e le tre Aziende Sanitarie Provinciali interessate.

Infatti, proprio per venire incontro alle legittime esigenze di tutela della salute pubblica della popolazione residente, il potenziamento degli strumenti per la sorveglianza epidemiologica nelle aree a rischio ambientale della Sicilia ha costituito, in questi ultimi anni, una delle principali priorità di intervento del Regione Siciliana.

È al contempo importante produrre un coordinamento informativo chiaro sulle molte esperienze sul campo attualmente in corso o in via di attivazione, sia di indagine che di intervento, di varia iniziativa e/o committenza (regionale o nazionale). Un tale quadro d'insieme è infatti rilevante per contribuire a migliorare la comunicazione con le comunità locali da parte delle istituzioni preposte alla tutela e alla promozione della salute nelle aree a rischio, nonché per attivare percorsi decisionali basati sulle conoscenze già prodotte.

Obiettivo del presente intervento è pertanto

- a) La prosecuzione, il rafforzamento, l'implementazione del programma di intervento in questione nelle aree a rischio ambientale e nei SIN della Sicilia
- b) l'estensione dell'approccio metodologico per alcune linee alle altre aree della Regione
- c) l'armonizzazione dello stesso con i documenti di indirizzo e con le aggiornate evidenze fruttando emergenti a livello nazionale

Va ribadito tuttavia che l'elemento prioritario per la tutela della salute in aree a rischio ambientale è costituito dalla riduzione dell'esposizione operata attraverso gli interventi di bonifica che competono ad altro ramo di Amministrazione con particolare riferimento alle autorità ambientali. E' del tutto evidente che in assenza o nel ritardo di tale fondamentale elemento ogni ulteriore intervento potrebbe vedere vanificata la propria efficacia stante il perdurare dell'esposizione alle fonti potenzialmente nocive per la salute.

In allegato, pertanto, si riporta la tabella riassuntiva delle linee complessive di intervento previste con indicazione delle ASP per le quali ne viene prevista l'attuazione e l'indicazione della struttura regionale competente in fase di revisione e di monitoraggio.

I principi generali a cui si ispira il programma vanno riferiti ai seguenti elementi:

Advocacy SSN e ASP

E' necessario rafforzare il ruolo e la responsabilità previste agli organi di sanità pubblica locali e mantenere un forte raccordo con gli organi di sanità pubblica locali (ASP, Distretto, Dipartimento di prevenzione, Unità Educazione alla salute, Registro Tumori) per sviluppare forme partecipate di politica della prevenzione e offrendo canali di discussione e orientamento per affrontare precocemente e correttamente situazioni sociali complesse.

Si ritiene inoltre necessario garantire le funzioni proprie di sanità pubblica alle ASP riguardo alla tutela della salute collettiva in ambienti di vita e di lavoro anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali ai sensi dell'art. 7 del D.Lgvo 229/99, in primo luogo attraverso i Dipartimenti di prevenzione e le altre strutture preposte.

Approccio globale di promozione della salute

È necessario che venga garantito un approccio globale di promozione della salute che non restringa l'attenzione ad uno solo dei possibili determinanti ma consideri in maniera complessiva tutti i fattori di rischio che incidono sul territorio e verso cui è provata l'efficacia di programmi di prevenzione primaria, educazione sanitaria, sorveglianza degli stili di vita e di diagnosi precoce

Trasparenza e corretta informazione

Il tema della corretta informazione verso la popolazione e della comunicazione tra amministrazioni e comunità locali rimane tuttora critico per diversi motivi e con numerosi effetti.

Le distorsioni di percezione, spesso causate da strumentalizzazioni, da carenze di informazione sulla effettiva disponibilità di dati e sulla loro trasparenza, da sfiducia nei confronti delle amministrazioni, e i deficit di conoscenza, necessitano di un lavoro ad hoc che non può essere considerato come corollario facoltativo.

Le azioni previste dal programma sono

8.1 Rafforzare i rapporti interistituzionali

Attori e portatori di interesse

L'intervento si prefigge di migliorare ed intensificare i rapporti interistituzionali tra enti che a livello regionale e territoriale contribuiscono sul tema delle relazioni ambiente e salute. A livello territoriale verranno costituiti gruppi di coordinamento aziendale con competenze multidisciplinari integrati da ARPA e rappresentanze delle istituzioni con competenza ambientale (focal point)

Il sistema dei focal point avrà il compito di fornire un riferimento locale visibile di tipo informativo e operativo per l'eventuale coordinamento di attività epidemiologiche locali e di indagini sul campo. Sotto tale profilo, i focal point saranno caratterizzati da potenzialità informative dal punto di vista epidemiologico e della lettura integrata dei dati sanitari e ambientali sia attraverso gli strumenti informativi messi a punto a livello regionale sia attraverso fonti aggiuntive, come campionamenti, survey o indagini ad hoc attivate sul territorio.

Obiettivo generale

8.11 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"

Obiettivo/i Specifico/i

Integrazione interistituzionale Ambiente-Sanità

Rafforzamento collaborazione ARTA Assessorato salute

Rafforzamento collaborazione ARPA e Assessorato Salute

Rafforzamento collaborazione ARPA territoriale ASP

Fasi di Articolazione

- A livello regionale: Costituzione gruppo di lavoro di coordinamento Ambiente Salute con rappresentanze almeno dei settori regionali, ARPA, IZS e ASP per la valutazione e coordinamento del programma
- A livello Locale istituzione e rafforzamento presso le tre Aziende Sanitarie Provinciali, sede di SIN e estensione alle altre di una interfaccia locale di riferimento (focal point) con competenze sanitarie e ambientali a supporto delle autorità con responsabilità decisionali.

Indicatori:

Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale 8.1.1 Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute = Disponibilità di documenti che evidenziano la programmazione integrata nell'ambito della tematica ambiente e salute (Rapporto ARPA)

8.1.2 Evidenza documentata di esistenza di una rete e della relativa attività

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

- Definizione 8.1.2. Evidenza documentata di esistenza di una rete e della relativa attività
- = a) Provvedimento regionale Costituzione gruppo di lavoro regionale di coordinamento Ambiente Salute
- Fonte: DASOE
- Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo) qualitativo
- Modalità in cui viene costruito : presenza di provvedimento regionale SI/NO
- Valore baseline (2015 No; 2016 Si);
- b) n ASP con delibera costituzione focal point / 9
- Valore baseline 2013= 0; 2016 = 50%; 2017= 75%; 2018= 100%

8.2 Rafforzare la sorveglianza epidemiologica ambiente salute

Attori e portatori di interesse

L'intervento mira a garantire il rafforzamento e la prosecuzione delle attività di sorveglianza epidemiologica a livello centrale e territoriale attraverso l'implementazione della rete dei relativi strumenti informativi.

Viene previsto anche il coinvolgimento di ARPA attraverso accordo istituzionale per la caratterizzazione delle esposizioni in determinati contesti a rischio

Obiettivo centrale

2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso:

- il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione
- il potenziamento della sorveglianza epidemiologica

Obiettivo/i Specifico/i

Obiettivi specifici sono:

- adozione di un modello di monitoraggio sanitario continuo attraverso un set di strumenti di sorveglianza consolidati, l'aggiornamento periodico dello stato di salute dei residenti e il supporto alla valutazione dell'efficacia degli interventi
- aggiornamento continuo dell'analisi dei dati correnti di mortalità e di morbosità nella popolazione residente nelle aree ad elevato rischio di crisi ambientale della Sicilia.
- rafforzamento dei sistemi di sorveglianza e registri di patologia regionali già avviati
- consolidamento a livello regionale di strumenti di monitoraggio basati sull'utilizzo di alcuni indicatori di salute ricavati dal Sistema Informativo Sanitario Regionale per la valutazione sistematica degli effetti sanitari delle esposizioni ambientali nelle aree a rischio dell'impatto sulla salute delle misure di protezione ambientale dell'efficacia degli interventi di sanità pubblica e di bonifica adottati
- Creazione e aggiornamento di un sistema di sorveglianza ambiente salute

Fasi di Articolazione

Viene previsto l'implementazione e l'aggiornamento annuale delle basi dati e dei sistemi di sorveglianza dedicati per il monitoraggio delle condizioni di salute nelle situazioni di rischio ambientale

La piattaforma informativa, con particolare riferimento alle fonti indispensabili per il monitoraggio degli effetti sanitari delle esposizioni ambientali può essere considerata costituita da diversi sistemi tra cui:

- il Registro Regionale delle Cause di Morte
- la base dati ricoveri ospedalieri (SDO)
- il registro regionale dei mesoteliomi
- la base dati regionale dei registri tumori
- il sistema di sorveglianza sulle malformazioni
-

Il ricorso continuo alle suddette basi informative consente il monitoraggio continuo delle condizioni sanitarie delle popolazioni residenti nelle aree a rischio ambientale attraverso l'applicazione di metodi di analisi descrittiva di tipo geografico (di mortalità e morbosità).

Attraverso l'accordo con ARPA potrà essere integrata la caratterizzazione dell'esposizione in determinati contesti.

Verrà garantita inoltre la partecipazione a progetti o programmi riguardanti studi nazionali come EPIAIR, SENTIERI, etc.

Indicatori:

Indicatore di Obiettivo Centrale: Valore Baseline regionale e Standard di riferimento regionale 8.2.1 Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

- Definizione 8.2.1 Accordo collaborazione DASOE ARPA
- Fonte: DASOE
- Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo) qualitativo
- Modalità in cui viene costruito : presenza di provvedimento regionale SI/NO
- Valore baseline (2013 No; 2016 Si;)

8.2.2 Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)

- Definizione: realizzazione di uno studio di esposizione su contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione)
- Fonte: DASOE
- Tipologia (indicatore qualitativo)
- Modalità in cui viene costruito : presenza di studio= report SI/NO
- Valore baseline : 2015= NO valore 2018 = SI

8.3 rafforzare strumenti valutazione partecipata impatto sanitario (VIS)

Attori e portatori di interesse

La VAS e la VIA si trovano in stretta correlazione tra loro, nascendo sostanzialmente la prima a completamento e integrazione della seconda. Con la VIA si attiva una procedura volta a fornire l'autorizzazione di un determinato progetto; con la VAS si vuole aggregare il consenso attorno alle scelte effettuate relativamente al piano o al programma di cui il progetto può fare parte. Entrambe le procedure avviano un processo decisionale, ma mentre nella VIA il rapporto tra il soggetto proponente e il soggetto competente ad esprimere una valutazione è di tipo autorizzativi, nella VAS la relazione tra l'autorità che elabora il piano o programma e l'autorità con competenze ambientali è tendenzialmente di tipo consultivo.

Le valutazioni di impatto che abbiamo finora esaminato privilegiano la valutazione degli impatti sull'ambiente. Nell'ultimo decennio si è infatti assistito ad una aumentata sensibilità delle comunità locali rispetto alle tematiche ambientali.

Tale sensibilità non sempre si accompagna ad una chiara comprensione del rischio, né ad una strategia coerente con l'interesse collettivo.

Nonostante questi limiti, è da tenere in debito conto l'esigenza che le comunità esprimono di essere più partecipi delle scelte relative al proprio territorio, e la chiara richiesta che l'impatto sulla salute sia posto al centro delle scelte sull'ambiente.

Tuttavia, i proponenti dei piani/progetti spesso non dispongono di informazioni su dati sanitari che consentano di effettuare adeguate valutazioni di impatto sulla salute.

Di fatto, l'integrazione delle politiche sanitarie e ambientali rappresenta il reale obiettivo da perseguire, andando verso la programmazione di grandi scelte sulla base di un sistema integrato tra ambiente e salute. Dunque passando da un approccio di valutazione ambientale ad un approccio valutativo integrato emerge, con maggiore evidenza, la necessità di inserire la valutazione sulla salute nella valutazione a fini decisionali.

Nella Regione Siciliana sono già state predisposte e approvate con DA 2534 del 31/12/2013 linee guida regionali sulla VIS.

Nel Dicembre 2014, nell'ambito del programma straordinario di intervento nelle aree a rischio ambientale, è stato avviato un momento formativo destinato a tutta la rete degli operatori ASP

Peraltro la Regione Sicilia partecipa al progetto CCM Tools for impact assessment la cui riunione di avvio si è tenuta nel settembre 2014. Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS): Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti. Il Progetto, ha come obiettivo generale la definizione di Linee Guida per la Valutazione di Impatto con la Salute (VIS) di riferimento nazionale, contenenti principi, metodologie e strumenti rivolti sia a valutatori che a proponenti, allo scopo di ottenere un prodotto ad elevata applicabilità a livello nazionale, per una eventuale sua formalizzazione come atto di indirizzo per la conduzione della VIS in Italia.

I documenti che verranno elaborati potranno essere recepiti ed adottati a livello regionale ove pervenuti entro il termine della vigenza del presente Piano.

Obiettivo generale

8.3 sviluppare percorso e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali

Obiettivo/i Specifico/i

Obiettivi specifici sono:

È sviluppare e diffondere tra gli operatori la cultura e la metodologia della VIS.

. Integrare e aggiornare le linee di indirizzo regionali già esistenti con eventuali indicazioni rilevanti desunte dal progetto CCM

Fasi di Articolazione

Viene previsto il monitoraggio dell'applicazione della VIS e la partecipazione al progetto CCM in questione. Fermo restando le eventuali indicazioni

Indicatori:

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

8.3.1 Atto di indirizzo regionale per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori che dei proponenti

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

- o Definizione 8.3.1 Produzione di atto di indirizzo regionale (ed eventuale recepimento documentazione progetto CCM 2013 T4HIA)
- o Fonte: DASOE
- o Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo) qualitativo
- o Modalità in cui viene costruito : presenza di provvedimento regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013No ; 2018 Si;)

8.4 Advocacy e Gestione del rischio a livello territoriale

Attori e portatori di interesse

È necessario rafforzare il ruolo e la responsabilità previste e mantenere un forte raccordo con gli organi di sanità pubblica locali (ASP, Distretto, Dipartimento di prevenzione, Unità Educazione alla salute, Registro Tumori) per sviluppare forme partecipate di politica della prevenzione e offrendo canali di discussione e orientamento per affrontare precocemente e correttamente situazioni sociali complesse.

Si ritiene inoltre necessario garantire le funzioni proprie di sanità pubblica alle ASP riguardo alla tutela della salute collettiva in ambienti di vita e di lavoro anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali ai sensi dell'art. 7 del D.Lgvo 229/99, in primo luogo attraverso i Dipartimenti di prevenzione e le altre strutture preposte attraverso una formale responsabilizzazione degli stessi come strutture tecnico funzionale dell'Azienda preposte alla promozione della tutela della salute collettiva

Obiettivo generale

8.4.1 Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti

Obiettivo/i Specifico/i

- rafforzamento advocacy ASP
- responsabilizzazione formale Dipartimenti Prevenzione

Fasi di Articolazione

A livello regionale

8.4.1.1 riunioni di coordinamento regionale del programma riguardante i SIN e adozione atto di indirizzo regionale sulla gestione delle problematiche ambiente e salute.

A livello Locale istituzione e rafforzamento presso le tre Aziende Sanitarie Provinciali, sede di SIN e estensione di attribuzione formale della responsabilizzazione del Dipartimento di Prevenzione e successiva estensione tutte le ASP

Indicatori:

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

8.4.1 Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale

Definizione 8.4.1 Produzione di atto di indirizzo regionale

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo) qualitativo
- o Modalità in cui viene costruito : presenza di provvedimento regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013 No ;2018 Si;)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

8.4.1.1 riunioni coordinamento regionale Piano SIN

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo
- o Modalità in cui viene costruito : n. riunioni svolte / attese = 1/ 4
- o Valore baseline (2013 0% ;

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo Valore baseline 2015= 25% ; 2016 = 50% ; 2017= 75% ; 2018= 100%

8.4.1.2 responsabilizzazione formale Dipartimenti Prevenzione

n ASP con delibera costituzione focal point / 9

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo
- o Modalità in cui viene costruito : presenza di provvedimento regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013 No ; 2016: Riunione regionale; 2017 Si;)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo Valore baseline 2015= 3; 2016 = 50%; 2017= 75%; 2018= 100% Attori e portatori di interesse

8.5 Formazione e Informazione

Attori e portatori di interesse

È necessario avviare un coordinamento informativo chiaro e trasparente verso le istituzioni locali e verso i cittadini per i quali i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta costituiscono un elemento cardine per la corretta percezione ed interpretazione del rischio nella comunità. La crescente diffusione in atto delle malattie croniche ed in particolare dei tumori per motivi correlati all'invecchiamento della popolazione, al miglioramento della qualità delle cure e al rafforzamento di programmi di diagnosi precoce determina una sempre maggiore prevalenza di casi cui è stata posta diagnosi di patologia oncologica a lunga sopravvivenza che induce particolare allarme specie nei piccoli centri.

Il MMG, dalla sua prospettiva individuale di cura dei suoi assistiti, coglie esclusivamente il trend in crescita della prevalenza di casi tra i suoi assistiti, avulso dalla lettura globale dei dati di comunità ed in assenza di elementi di confronto in termini di incidenza, mortalità e sopravvivenza talora con una percezione distorta della reale portata dei fenomeni osservati verso cui, nella sua posizione di operatore sanitario di riferimento per il cittadino e di interlocutore

privilegiato della comunità nei confronti della quale talora può rilanciare informazioni parziali sulla reale portata del carico di malattia sul territorio.

Analogamente gli operatori sanitari e dell'ambiente che partecipano come protagonisti della rete di sostegno alle attività di cui al presente programma sono da ritenere, destinatari privilegiati di percorsi formativi volti ad armonizzare le conoscenze sul territorio sul tema dell'impatto sanitario di esposizioni ambientali e sugli interventi di sanità pubblica prioritari in maniera da interagire efficacemente con la comunità ed i relativi portatori di interesse.

È necessario pertanto avviare un percorso formativo e informativo sui temi della determinazione dei bisogni di salute in comunità e del profilo di salute in comunità e su un approccio globale di promozione della salute indirizzato al controllo dei problemi prioritari di salute che esplori tutti i possibili determinanti e fattori di rischio in popolazione rivolto in particolare agli operatori delle aree a rischio ambientale della Sicilia.

Nel novembre 2014 è stato tenuto presso il DASOE un primo corso formativo su epidemiologia ambientale e su ambiente e salute cui hanno partecipato circa trenta operatori delle tre aree a rischio ambientale coinvolti nel programma straordinario di intervento di cui in premessa.

Obiettivo generale

8.5 Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio

Obiettivo/i Specifico/i

- Migliorare la consapevolezza di operatori sanitari e dell'ambiente sui temi ambiente e salute e sulle strategie di sanità pubblica
- Avviare e realizzare percorso formativo specifico

Fasi di Articolazione

Avvio formazione regionale destinata ad operatori coinvolti nel programma (già effettuata nel 2014)

Definire un prototipo formativo da estendere (format) specie per i MMG

Attuazione fase formativa

Indicatori:

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

8.5.1 Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016)

Definizione 8.5.1 Curriculum formativo per gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore qualitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : presenza di provvedimento regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013 No ; 2016= Si (100%))

8.5.2 Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)

Definizione 8.5.2 Corso di formazione

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : n. corsi svolti / attesi = 1/1(100%)
- o Valore baseline (2013 0% ;

Indicatore di Obiettivo: Indicatore/i di processo Valore 2015= 0% ; 2016 = 0% ; 2017= Si (100%);

8.5.3 Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : n. operatori/MMG aree a rischio che hanno svolto formazione specifica/attesi

Valore baseline (2013 0 ; 2018= 50 %)

8.6 Comunicazione del rischio

Attori e portatori di interesse

Il tema della corretta gestione di allarmi percepiti in popolazione per situazione di rischio ambientale è cruciale. Una percezione distorta del rischio è ingenerata da diversi fattori tra cui uno dei principali è ascrivibile alla mancanza di protocolli operativi in grado di tradurre in raccomandazioni per operatori e per interlocutori privilegiati in caso di allarme sanitario. Le istituzioni locali si trovano a dovere gestire spesso in assenza di interlocutori accreditati e autorevoli situazioni di allarme locale spesso ingiustificato sulla base delle evidenze disponibili.

Si ritiene necessario garantire adeguate modalità di comunicazione del rischio attraverso modalità codificate e strutturare in modo organico sul territorio alla luce di un modello omogeneo di livello nazionale (ove frattanto disponibile) ovvero regionale, in caso contrario.

Obiettivo generale

8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico

Obiettivo specifico

8.6.1 : condivisione a livello aziendale del modello di linee guida sulla comunicazione del rischio

Fasi di Articolazione

Livello regionale : adozione atto di indirizzo regionale sulla gestione della comunicazione del rischio

Livello locale condivisione a livello aziendale

Indicatori:

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

8.6.1 Atto formale di recepimento delle linee guida nazionali o, in assenza, adozione di indirizzo regionale specifico

Definizione 8.6.1 Produzione di atto di indirizzo regionale

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo o qualitativo) qualitativo
- o Modalità in cui viene costruito : presenza di provvedimento regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013 No ; 2018 Si;)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

8.6.1.1 riunioni condivisione regionale

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo
- o Modalità in cui viene costruito : n. riunioni svolte / attese = 1/2
- o Valore baseline (2013 0% ;

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo Valore baseline 2013= 0% ; 2016 = 0% ; 2017= 50% ; 2018= 100%

8.9 Gestione problematica amianto sulla popolazione

Attori e portatori di interesse

Il Decreto dell'Assessore per la Sanità n. 25861 del 24.6.1998 "Istituzione del registro regionale siciliano dei mesoteliomi" ha assegnato all'Osservatorio Epidemiologico Regionale e al Registro Tumori di Ragusa la responsabilità di gestire la registrazione del Mesotelioma in Sicilia. Con D.A. n. 2167 del 24/11/03 è stata ulteriormente specificata la struttura del Centro Operativo Regionale (C.O.R.), in attuazione alla normativa nazionale di cui al D.P.C.M. n. 308 del 10/12/02.

In ognuna delle nove province siciliane sono stati individuati dalle rispettive AA.SS.PP. i responsabili della rilevazione; questi ultimi sono stati nominati, tramite circolare assessoriale n.1025 del 23/5/2000, "referenti" del Registro Regionale dei Mesoteliomi. Tali referenti si avvalgono della collaborazione di medici dei Servizi di medicina del lavoro, altresì individuati a seguito della successiva richiesta di cui alla nota 5N45/0556 del 23/04/99, specialmente per gli aspetti più strettamente specialistici dell'attività di rilevazione delle informazioni relative all'anamnesi lavorativa.

Nel periodo 1998-2012 nella nostra regione il tasso grezzo di incidenza medio del mesotelioma è di 1,45/100.000/anno (2,33 nel sesso maschile e 0,63 nel sesso femminile). Secondo i dati del secondo rapporto del Registro Nazionale dei Mesoteliomi, nel periodo 1998-2001 i tassi standardizzati di incidenza in Sicilia erano più bassi rispetto a quelli del pool delle Regioni presenti nel ReNaM.

È particolare la situazione della provincia di Catania, nel cui ambito risulta significativamente elevato il dato del distretto di Adrano, comprendente Biancavilla, sia per i maschi (SMR 304,4) che per le femmine (SMR 439,8), a causa della presenza naturale della fluorodolomite. Nel Registro sono presenti 25 casi residenti a Biancavilla (popolazione 23.176 ab.) equivalenti a un tasso grezzo di incidenza di 7,2/100.000/anno

Inoltre le recenti indagini epidemiologiche svolte nei SIN della Sicilia mostrano un particolare impatto dell'esposizione lavorativa ad amianto con la conseguente necessità di approntare programmi di sorveglianza e presa in carico dei lavoratori ex esposti.

La Legge Regionale n. 10 del 2014 ha previsto Norme per la tutela della salute e del territorio dai rischi derivanti dall'amianto. L'Assessorato ha avviato un PO con fondi di PSN 2012 per l'avvio della sorveglianza sanitaria in tale fascia di popolazione. Ad oggi la prima raccolta dei dati è già stata realizzata attraverso tramite INAIL dell'elenco dei lavoratori ai quali sono stati riconosciuti i benefici previdenziali amianto ai sensi della legge 257/92, suddivisi per Azienda. E' già quindi disponibile un primo elenco di oltre 13000 soggetti che è in fase di integrazione.

Ogni anno viene diffuso un report via internet sull'andamento dei casi di mesotelioma cui potrà associarsi l'aggiornamento del programma di presa in carico dei soggetti ex esposti da parte delle ASP.

Obiettivo generale

9. Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione

Obiettivo specifico

8.9.1 : Rendere accessibili i dati sull'andamento del mesotelioma sul territorio

8.9.2 Definire un registro di soggetti ex esposti su base regionale

8.9.3 Aggiornare l'andamento della presa in carico dei soggetti ex esposti.

Fasi di Articolazione

Livello regionale : aggiornamento dati COR Registro mesoteliomi; Realizzazione e distribuzione alle ASP di una prima base dati (registro regionale ex esposti) e successiva validazione e/o integrazione da parte delle ASP. adozione di direttive per la presa in carico dei soggetti ex esposti

Livello locale: graduale presa in carico ex esposti

Indicatori:

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

8.9.1 Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)

Definizione 8.9.1 Produzione di report

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : presenza di report regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013 No ; 2015 si; 2016Si ;2017 Si; 2018 Si)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

8.9.3 Aggiornare l'andamento della presa in carico dei soggetti ex esposti

8.9.3.1 riunioni condivisione regionale

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : n. riunioni svolte / anno = (1/anno)
- o Valore baseline (2013 0% ;

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo
2018= 1;

Valore baseline 2013= 0%; 2015 = 1; 2016 = 1; 2017= 1 ;

8.9.3.2 report aziendale

Fonte DASOE

Tipologia (indicatore quantitativo)

- o Modalità in cui viene costruito : 9 report/ 9 ASP * 100
- o Valore baseline (2013 0% ;

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

Valore baseline 2013= 0% ; 2015 = 100 %; 2016 = 100% ; 2017= 100% ; 2018= 100%;

8.10 Eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon

Attori e portatori di interesse

Esistono alcune valutazioni quantitative dell'impatto sulla salute e dei costi diretti/anno attribuibili all'inquinamento indoor in Italia. Al fine di contenere i costi sociali e sanitari di tale problema è necessario rifarsi alle esperienze di comprovata efficacia disponibili e avviare una rete collaborativa delle ASP per l'implementazione di linee di indirizzo omogenee basate sulle più aggiornate evidenze disponibili.

Obiettivo generale

8.10 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione

Obiettivo specifico

8.10.1 Costituire un gruppo tecnico regionale per l'implementazione di buone pratiche in materia

8.10.2 Avviare un monitoraggio regionale sull'implementazione delle buone pratiche

Fasi di Articolazione

Verrà costituito un gruppo di lavoro formalizzato su proposta per la valutazione della situazione preesistente in Sicilia e dei bisogni in termini di intervento. Sarà individuato all'interno del gruppo di lavoro il coordinamento da assegnare ad una ASP capofila. Verranno svolte delle riunioni per l'approfondimento della situazione preesistente e dei bisogni di intervento e attraverso la raccolta delle evidenze in termini di buone pratiche si procederà alla redazione di una proposta di linea di indirizzo. Dopo le varie revisioni si procederà all'approvazione formale ed alla implementazione e monitoraggio sul territorio. Il progetto sarà coordinato dal Servizio 1 DASOE

Indicatori:

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

8.10 Adozione di indirizzi regionali specifici

Definizione 8.10 Esistenza di linee guida regionali formalizzate

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore qualitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : presenza di documento di regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013 No ; 2015 no; 2016 no ;2017 Si; 2018 si)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

8.10.1 Costituire un gruppo tecnico regionale per l'implementazione di buone pratiche in materia

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore qualitativo) SI/NO
- o Valore baseline (2013 NO ; 2015 Si; 2016 Si; 2017 Si; 2018 Si)

8.10.2 Avviare un monitoraggio regionale sull'implementazione delle buone pratiche

Fonte: DASOE

- Modalità in cui viene costruito : relazione
- Tipologia (indicatore qualitativo) SI NO

É Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

- o Valore baseline 2013= NO ; 2015 =NO; 2016 =NO ; 2017=no ; 2018= SI ;

8.11 Corretto uso dei cellulari

Attori e portatori di interesse

L'OMS, di cui la IARC fa parte, si è espressa in favore di ulteriori ricerche giustificate anche dal crescente utilizzo dei telefoni cellulari e dalla carenza di dati relativi a un utilizzo di durata superiore ai 15 anni. In particolare, a causa della popolarità dei telefoni cellulari tra i soggetti più giovani, cui corrisponde un'esposizione potenzialmente più lunga, l'OMS ha promosso ulteriori ricerche sui possibili effetti sanitari nei bambini e negli adolescenti. Al fine di contenere i costi sociali e sanitari di tale problema è necessario rifarsi alle esperienze di comprovata efficacia disponibili e avviare una rete collaborativa delle ASP per l'implementazione di linee di indirizzo omogenee basate sulle più aggiornate evidenze disponibili.

Obiettivo generale

8.11 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare

Obiettivo specifico

8.11.1 gruppo tecnico regionale per l'implementazione di buone pratiche in materia

Fasi di Articolazione

Per la valutazione della situazione preesistente in Sicilia e dei bisogni in termini di intervento verrà interessato il tavolo tecnico per l'educazione alla salute. Sarà predisposta una direttiva per l'avvio di campagne di promozione della salute attraverso il coinvolgimento delle istituzioni e delle comunità scolastiche. Verrà monitorato l'andamento delle campagne sul territorio. Il progetto sarà coordinato dal Servizio 2 DASOE

Indicatori:

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

8.11 Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target età pediatrica

Definizione 8.11 Evidenza documentata di realizzazione di interventi di promozione della salute

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : n ASP che realizzano interventi/9
- o Valore baseline (2013 0 ; 2015 0; 2016 50% ;2017 75%; 2018 100%)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

8.11.1 gruppo tecnico regionale per l'implementazione di buone pratiche in materia

Fonte: DASOE

- É Tipologia (indicatore qualitativo) SI/NO
- É Modalità in cui viene costruito: nota di convocazione
- o Valore baseline (2013 NO ; 2015 Si;)

8.12 Sensibilizzazione sui rischi legati all'eccessiva esposizione ai raggi UV

Attori e portatori di interesse

Il notevole aumento dell'incidenza dei tumori cutanei nella popolazione mondiale di pelle chiara è fortemente associato all'eccessiva esposizione al sole; esso può dipendere anche dall'uso di fonti artificiali di raggi UV, quali lampade e lettini solari. I dati attuali indicano che le abitudini personali nell'esposizione al sole costituiscono il fattore di rischio individuale più importante per il danno associato alla radiazione UV.

Al fine di contenere i costi sociali e sanitari di tale problema è necessario rifarsi alle esperienze di comprovata efficacia disponibili e avviare una rete collaborativa delle ASP per l'implementazione di linee di indirizzo omogenee basate sulle più aggiornate evidenze disponibili.

Obiettivo generale

8.12 Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV

Obiettivo specifico

8.12.1 gruppo tecnico regionale per l'implementazione di buone pratiche in materia

Fasi di Articolazione

Per la valutazione della situazione preesistente in Sicilia e dei bisogni in termini di intervento verrà interessato il tavolo tecnico per l'educazione alla salute. Sarà predisposta una direttiva per l'avvio di campagne di promozione della salute attraverso il coinvolgimento delle istituzioni e delle comunità scolastiche. Verrà monitorato l'andamento delle campagne sul territorio. Il progetto sarà coordinato dal Servizio 2 DASOE

Indicatori:

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

8.12 Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV

Definizione 8.12 Evidenza documentata di realizzazione di interventi informativi

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : n ASP che realizzano interventi/9
- o Valore baseline (2013 0 ; 2015 0; 2016 50% ;2017 75%; 2018 100%)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

8.12.1 gruppo tecnico regionale per l'implementazione di buone pratiche in materia

Fonte: DASOE

- É Tipologia (indicatore qualitativo) SI/NO
- É Modalità in cui viene costruito: nota di convocazione
- o Valore baseline (2013 NO ; 2015 SI;)

MACRO 2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute. Quadro logico

Strategie	azioni	Obiettivi centrali	Indicatori centrali	standard
Implementazione di strumenti che facilitino l'integrazione tra istituzioni ed enti che si occupano di ambiente e salute al fine di supportare le Amministrazioni nella valutazione degli impatti sulla salute	8.1 Rafforzare i rapporti interistituzionali	Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	Realizzazione documento regionale
			Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute	Evidenza documentata di esistenza di una rete e della relativa attività
	8.2 Rafforzare la sorveglianza epidemiologica ambiente salute	2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)	Evidenza documentata
			Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)	Evidenza di almeno 1 studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione
	8.3 Introdurre strumenti valutazione partecipata impatto sanitario (VIS)	Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	Esistenza di atto di indirizzo
	8.4 Advocacy e Gestione del rischio a livello territoriale	Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	Produzione di atto di indirizzo regionale
	8.4 Formazione e Informazione	Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016)	Presenza curriculum formativo (per la fine 2016)
			Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)	8.5.2 Realizzazione di almeno 1 corsi di formazione per i formatori (dal 2017)
			Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)	1) 50% operatori referenti ASP e /o 50% MMG aree a rischio
	8.6 Comunicazione del rischio	Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	Regioni che hanno recepito le linee guida	1) Atto formale di recepimento delle linee guida nazionali o, in assenza, adozione di indirizzo regionale specifico
	8.9 Gestione problematica amianto sulla popolazione	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)	8.9.1 Produzione di report

Segue tabella

Adozione di interventi per la prevenzione e la riduzione delle esposizioni in un'ottica di appropriatezza e di sostenibilità delle azioni	Adozione di interventi per la prevenzione e la riduzione delle esposizioni in un'ottica di appropriatezza e di sostenibilità delle azioni	Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	8.10 Adozione di indirizzi specifici
		Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica	8.11 Evidenza documentata di realizzazione di interventi di promozione della salute (100% ASP)
		Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	8.11 Evidenza documentata di realizzazione di interventi informativi (100% ASP)

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	8.1.1	Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	Disponibilità di documenti che evidenziano la programmazione integrata nell'ambito della tematica ambiente e salute	2013 no	2016 si	DASOE
	8.1.2	Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute	Evidenza documentata di esistenza di una rete e della relativa attività= a) Provvedimento regionale Costituzione gruppo di lavoro regionale di coordinamento Ambiente Salute b) n ASP con delibera costituzione focal point / 9	a) 2013= NO b) 2013=0/9	a) 2017 = SI b) = 2015= 25% 2016 = 50%; 2017= 75%; 2018= 100%	DASOE/ASP
2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	8.2.1	Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)	Documentazione di accordo 8.2.1Accordo collaborazione DASOE ARPA	(2013 No;)	2016= si	DASOE
	8.2.2	Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)	Realizzazione di uno studio di esposizione su contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione 8.2.2 presenza di studio= report SI/NO	Valore baseline : 2015= NO valore	1) 2018 = SI	DASOE
3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	8.3.1	Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	produzione di atti di indirizzo regionali	1) 2013 NO.	8.3.1 (Pubblicazione di atto di indirizzo regionale (ed eventuale recepimento documentazione progetto CCM 2013 T4HIA) (2018 Si))	DASOE
4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	8.41	Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	produzione di atti di indirizzo regionali	1) 2013 NO	1) 2018 = SI	DASOE
5. Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	8.5.1	Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2015)	Curriculum formativo per gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	1)2013 NO	1)2016 SI	DASOE
	8.5.2	Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2016)	1) 1 corso formazione formatori e MMG	1) 2015 NO	2017 =1 (100%)	DASOE
	8.5.3	Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)	n. operatori MMG <u>aree a rischio</u> che hanno svolto formazione specifica/attesi	1) 2013 50%	1) 2018 50%	DASOE/ASP
6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	8.6.1	Regioni che hanno recepito le linee guida	Atto formale di recepimento delle linee guida nazionali o, in assenza, adozione di indirizzo regionale specifico	1) 2013 NO	1) 2018 SI	DASOE
Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	8.9.1	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)	produzione di un report	1) 2013 NO	2015 si; 2016Si ;2017 Si; 2018 Si)	DASOE (COR)
Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	8.10.1	Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	Atto formale Linee Guida	1) 2013 NO	2017 SI	DASOE
Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	8.11.1	Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica	N° ASP che realizzano interventi su 9	1) 2013 0%	2016 = 50%; 2017= 75%; 2018= 100%	DASOE
Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	8.12.1	Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	N° ASP che realizzano interventi su 9	1) 2013 0%	2016 = 50%; 2017= 75%; 2018= 100%	DASOE

2.9: Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

Razionale

I vaccini hanno cambiato la storia della medicina e si sono affermati come strumento fondamentale per la riduzione della mortalità e della morbosità, modificando profondamente l'epidemiologia delle malattie infettive.

Grazie al loro impiego estensivo è stato possibile eradicare il vaiolo (uno dei flagelli che per secoli ha decimato la popolazione mondiale) e ridurre del 99% l'incidenza della Poliomielite. Altre malattie o come il morbillo, la rosolia, la parotite, la varicella, la difterite, l'epatite virale B o sono in via di eliminazione o controllo in tutti i Paesi che attuano programmi di vaccinazione estensiva.

L'aumento dell'aspettativa di vita, registrata nel corso del ventesimo secolo, è principalmente ascrivibile alla riduzione della mortalità collegata alle malattie infettive dovuta, principalmente, alle vaccinazioni che hanno avuto un ruolo fondamentale in tal senso in quanto rappresentano lo strumento per eccellenza, in termini di efficacia e sicurezza, a disposizione della Sanità Pubblica.

La vaccinazione rappresenta una delle più importanti scoperte scientifiche nella Storia dell'Umanità ed ha contribuito in modo fondamentale a incrementare la speranza di vita degli esseri umani. Sin dalla loro nascita le vaccinazioni si sono rivelate efficaci per ridurre drasticamente o per debellare totalmente la diffusione di malattie infettive tra la popolazione.

Ma proprio il successo delle vaccinazioni può influire negativamente sulla loro accettazione da parte della gente, in quanto la diminuzione dell'incidenza delle malattie prevenibili diminuisce anche la percezione della loro gravità. La Regione Sicilia, in campo vaccinale, da decenni vanta un calendario vaccinale (Tab. 1) molto articolato, che prevede l'offerta attiva e gratuita di tutti i vaccini ritenuti essenziali per limitare la diffusione di tutte le patologie infettive prevenibili con la vaccinazione.

TABELLA 1													
Aggiornamento del "CALENDARIO VACCINALE PER LA VITA" - Vaccinazioni offerte in forma attiva e gratuita													
Vaccino	Nascita	3° mese ¹ (dal 61° giorno)	4° mese dopo 1 mese dalla somministrazione e di esa+ PCV 13 e Rota	5° mese	6° mese dopo 1 mese dalla somministrazione e di esa+ PCV 13 e Rota	7°/8° mese dopo 1 mese dalla somministrazione e di esa+ PCV 13 e Rota	11°-12° mese	13°-15° mese	15/18 mesi mese dopo la somministrazione di MPRV	5 - 6 anni	12° anno	15°-18° anni	19-64 anni
DTPa		DTPa		DTPa			DTPa						
IPV		IPV		IPV			IPV						
Epatite B	HBV ²	HBV		HBV			HBV						
Hib	Hib	Hib		Hib			Hib						
PCV13		PCV13		PCV13			PCV13						
Rotavirus		1 dose		2 dose									
Anti Meningo B			1° dose Men B		2° dose Men B	3° dose Men B			4° dose Men B				
Meningo C								Men. C					
Meningo ACW135Y conjugato											Men. ACW135Y		
MPR + Varicella								MPRV/ MPR + Var		MPRV/ MPR + Var			
dTpa													dTpa
DTPa + IPV									DTPa + IPV/ DTPa/IPV				
dTpa + IPV											dTpa+ IPV/ dTpa/IPV		
HPV											HPV Sesso F e M	→ 45 anni (F) → 26 anni (M)	
Anti-Influenzale													Influenza
Anti- Pneumococcico													PCV13/PPV23 Pazienti a rischio per patologia
Anti Zoster													PCV13/ PPV23
													Zoster pazienti a rischio
													Zoster

Nonostante i notevoli miglioramenti, le malattie infettive rimangono una delle principali cause di malattia, disabilità e morte. È necessario dunque mantenere elevato l'impegno sulla prevenzione delle malattie infettive, per diverse ragioni:

- il potenziale epidemico di alcuni agenti infettivi;
- nessun Paese, seppure socialmente ed economicamente evoluto, si può considerare al sicuro dal rischio di emergenza e/o riemergenza di malattie infettive, anche eliminate o al momento sotto controllo;
- l'identificazione precoce dei casi di malattia infettiva è fondamentale sia per ridurre il rischio di complicanze ed esiti nei casi stessi, sia per l'attuazione di opportuni interventi di contenimento;
- alcune malattie infettive sono passibili di controllo, eliminazione e eradicazione attraverso il raggiungimento di elevate coperture vaccinali;
- le vaccinazioni sono, tuttavia, vittime della loro stessa efficacia; si è ridotta nel tempo, sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari, la percezione della minaccia rappresentata dalle malattie infettive vaccino-prevenibili e di conseguenza, anche la comprensione dell'importanza e dell'opportunità dell'intervento stesso.

I dati nazionali confermano, peraltro, che le malattie infettive continuano a rappresentare un problema nel nostro Paese.

	Ricevuti	Non confermati	Confermati
Campioni biologici, n° (%)	13	7 (53,9)	6 (46,1)
t invio da comp. esantema [giorni, (min; max)]	1 ; 22	4 ; 22	1 ; 16
Sesso, n° (%)			
Maschi	6 (46,1)	3 (42,9)	3 (50,0)
Femmine	7 (53,9)	4 (57,1)	3 (50,0)
Stato vaccinale, n° (%)			
Non vaccinato	11 (84,6)	5 (71,4)	6 (100,0)
Vaccinato (1 dose)	2 (15,4)	2 (28,6)	0
Ricovero			
No	9 (69,2)	6 (85,7)	3 (50,0)
Si	4 (30,8)	1 (14,3)	3 (50,0)
Età (anni)			
Tutti			
Mediana (IQR)	11,6 (21,1)	2,9 (9,8)	19,4 (13,9)
Min; max	0,9 ; 50,0	1,2 ; 50,0	1,0 ; 47,3
Non ricoverati			
Mediana (IQR)	3,8 (10,6)	3,3 (9,8)	12,4 (14,2)
Min; max	0,9 ; 50,0	1,2 ; 50,0	0,9 ; 15,2
Ricoverati			
Mediana (IQR)	24,9 (23,7)	2,5 (NA)	26,3 (23,7)
Min; max	2,5 ; 47,3	NA	23,6 ; 47,3
ASP di provenienza			
APS 3, Catania	1	1	0
APS 4, Enna	1	1	0
APS 6, Palermo	1	1	0
APS 7, Ragusa	3	0	3
APS 8, Siracusa	6	3	3
APS 9, Trapani	1	1	0
Genotipizzazione	D4 (n=1), D8 (n=5)		

Si riportano gli **ambiti di intervento** ritenuti prioritari su cui verranno concentrate le attività preventive:

- **Morbillo e Rosolia:** nonostante sia in atto, dal 2003, un Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) e l'impegno sia stato recentemente rinnovato con l'approvazione del PNEMoRc 2010-2015, il morbillo ha ancora un impatto di salute elevato nel nostro Paese e continuano a verificarsi casi di rosolia congenita. Gli obiettivi principali del PNEMoRc 2010-2015, in accordo con quelli della Regione Europea dell'OMS, sono: l'eliminazione del morbillo (incidenza < 1 caso/milione di abitanti), l'eliminazione della rosolia (incidenza < 1 caso/milione di abitanti) e la riduzione della rosolia congenita (incidenza < 1 caso/ 100.000 nati vivi) entro il 2015. In accordo a quanto previsto nel "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015", con D.A. n°0531/12 del 29 Marzo 2012, l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana - Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico - Servizio 1 "Igiene Pubblica", ha individuato presso il "Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile G. D'Alessandro" dell'Università degli Studi di Palermo, il "Laboratorio di Riferimento Regionale per la sorveglianza epidemiologica, l'isolamento e la genotipizzazione virale del morbillo e della rosolia". Al 31 dicembre 2013, il Laboratorio di Riferimento Regionale ha ricevuto ed analizzato campioni biologici di 13 soggetti, inviati dai "Servizi di Epidemiologia" dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali, ritenuti "casi possibili" di infezione da virus del morbillo, le cui principali caratteristiche epidemiologico-molecolari sono descritte in Tabella 1.

Tabella 1.: Caratteristiche epidemiologico-molecolari dei "casi possibili" di morbillo segnalati al Laboratorio di Riferimento Regionale e valutati nel periodo Marzo 2012 ó Dicembre 2013.

Nessuno dei 6 soggetti confermati per morbillo era mai stato vaccinato (Tabella 1) e, dei restanti 7 non confermati, 5 non erano mai stati vaccinati, mentre soltanto 2 avevano ricevuto una delle due dosi MPR previste dal calendario vaccinale. Tra i casi confermati, 3 di 6 (50,0%) ha richiesto il ricovero ospedaliero; in linea con quanto già documentato in Italia, essi erano rappresentati da soggetti di età sensibilmente più elevata rispetto a quelli non ricoverati (26,3 anni vs. 12,4 anni) in un range 23,6 - 47,3 anni (Tabella 1). In Sicilia, come nella maggior parte delle regioni italiane, per quanto siano stati raggiunti discreti livelli di copertura vaccinale (livello medio 86,8%, per la prima dose di MPR nei bambini di due anni di vita), questi risultano inferiori al livello minimo raccomandato del 95% e, pertanto, insufficienti per impedire la circolazione del morbillo e, tanto meno, per determinarne l'eliminazione. In questo scenario, sebbene il morbillo rappresenti una malattia dell'infanzia facilmente prevenibile con il vaccino, si realizzano le condizioni per il cosiddetto "effetto paradosso", caratterizzato dal riscontro di casi di morbillo anche tra i soggetti più adulti (età mediana 17,4 anni); questi ultimi, in particolare, costituiscono il gruppo di popolazione più suscettibile al ricovero ospedaliero per complicanze. Dal punto di vista molecolare, 1 delle 6 infezioni da morbillo era sostenuta da virus classificato come genotipo D4 (isolato nel mese di luglio 2012) e le altre 5, tre delle quali appartenenti ad un unico cluster familiare, al genotipo D8 (periodo: ottobre-novembre 2013). Se il riscontro di virus del genotipo D4 conferma il carattere endemico di questo tipo virale in Italia, avendo rappresentato il genotipo prevalente nei precedenti focolai epidemici di morbillo, il genotipo D8 appare meno frequentemente documentato ed il suo isolamento circoscritto soltanto ad alcune regioni italiane. L'analisi filogenetica condotta sulle sequenze virali di morbillo genotipo D8 ha dimostrato l'appartenenza ad un unico clone virale (identità genetica delle sequenze analizzate), evidenziando, in termini evolutivisti, un'origine comune dei ceppi circolanti verosimilmente correlati a virus di provenienza indiana e suggestivi di una possibile rimodulazione dello scenario epidemiologico sia regionale che nazionale.

- **Malattie Batteriche Invasive:**

Le malattie invasive batteriche rimangono un importante problema di sanità pubblica soprattutto tra i bambini, i giovani adulti e gli anziani sia per la severità dei quadri clinici che, in alcuni casi, per la loro frequenza. La disponibilità di vaccini contro specifici sierotipi di *S.pneumoniae*, *N. meningitidis* di gruppo A,B,C,Y,W135 e *Haemophilus influenzae b*, tempestivamente inseriti nei calendari vaccinali che la Regione Sicilia ha adottato negli ultimi anni, hanno ridotto il numero di casi di MBI sostenute da questi microorganismi. Per valutare l'efficacia delle strategie di vaccinazione e il loro impatto sulla circolazione dei sierotipi è necessario rafforzare la sorveglianza delle malattie batteriche invasive, aumentare la proporzione di casi con diagnosi eziologica e tipizzazione dei ceppi e avviare un monitoraggio routinario delle coperture vaccinali.

- **Infezioni sessualmente trasmesse e HIV/AIDS:**

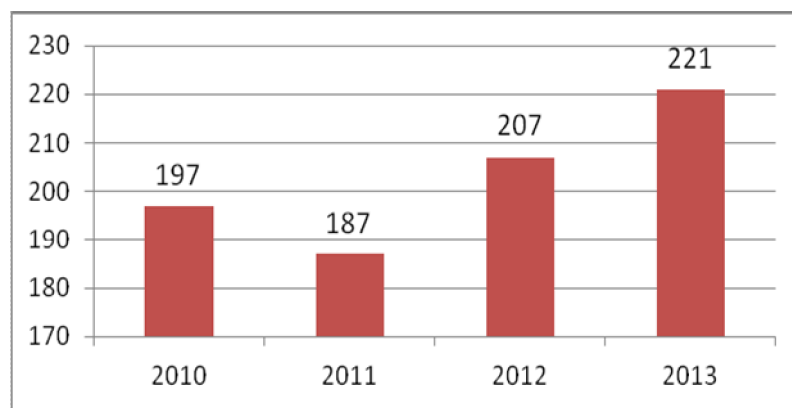
Le malattie sessualmente trasmesse (MST) sono molto diffuse e interessano, nel mondo, più di un milione di persone ogni anno. Decorrono spesso senza sintomi e tale fatto aumenta la probabilità di cronicizzazione con possibili conseguenze sulla funzione riproduttiva (infertilità) e con un alto rischio di trasmissione verticale in corso di gravidanza e/o al momento del parto. Diverse MST, inoltre, facilitano l'infezione da HIV con un aumento del rischio di tre o più volte. In Italia, i dati del Sistema di sorveglianza sentinella delle MST evidenziano un aumento di queste patologie: +25% a partire dal 2005 rispetto al periodo 1991-2004. Per tipo di diagnosi, le patologie più frequenti risultano i condilomi ano-genitali, in aumento sia nel sesso maschile sia in quello femminile, le cervico-vaginiti batteriche NG-NC e la sifilide latente. La proporzione di condilomi ano-genitali e di infezioni da *Chlamydia trachomatis* sono più alte nella popolazione giovane-adulta (15-24 anni). I dati forniti dalla Rete dei Laboratori sentinella evidenziano che l'infezione più diagnosticata sia tra le donne che tra gli uomini è quella da *Chlamydia trachomatis* (rispettivamente, 2,3% e 8,9%), seguita, nelle donne dall'infezione da *Trichomonas vaginalis* (0,7%) e negli uomini dall'infezione da *Neisseria gonorrhoeae* (2,2%). Diverse ricerche sottolineano la scarsa consapevolezza tra i giovani verso le MST ad eccezione dell'HIV/AIDS. Spesso, inoltre, la buona conoscenza non si traduce in comportamenti adeguati. Sebbene negli ultimi anni l'incidenza e il numero di decessi per AIDS per anno continuino a diminuire, grazie anche all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate, continua a crescere la quota di nuove infezioni attribuibili a rapporti sessuali non protetti (nel 2011 il 78,8% di tutte le segnalazioni). Altro dato di rilievo è che nel 2011 oltre la metà dei casi (56%) di nuova diagnosi di HIV era già in AIDS, evidenziando un ritardo nella diagnosi. Nel 2011 l'incidenza di nuovi casi di HIV-positività è rimasta stabile (5,8/100.000 residenti).

- **Tubercolosi:**

L'attuale situazione epidemiologica in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale. Tuttavia, l'incidenza è maggiore in alcuni gruppi a rischio (soggetti di nazionalità straniera) e in alcune aree metropolitane dove può addirittura quadruplicare. Inoltre si osserva un trend in aumento nella classe di età 15-24 anni rispetto alle altre classi.

Negli anni 2010-2013 sono stati notificati in Sicilia 812 nuovi casi di Tubercolosi (TB) distribuiti nei 4 anni come è illustrato nella Fig.1. L'incidenza media annuale nei 4 anni su tutto il territorio regionale è pari a 4,1 casi per 100.000 abitanti con un trend in aumento (3,9 nel 2010, 3,7 nel 2011, 4,1 nel 2012, 4,4 nel 2013). La situazione epidemiologica si caratterizza per la tendenza ad un contenuto ma graduale aumento, rispetto a quanto riportato per il decennio 1999-2008 dal rapporto "La tubercolosi in Italia. Rapporto 2008", pubblicato dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, in cui l'incidenza media annuale del decennio in Sicilia si attestava su 2,6 casi per 100.000 abitanti (range 0,9 ó 3,5 casi per 100.000 abitanti).

Fig.1. Numero di nuovi casi di TB in Sicilia anni 2010-2013 (elaborazione dati SIMI).

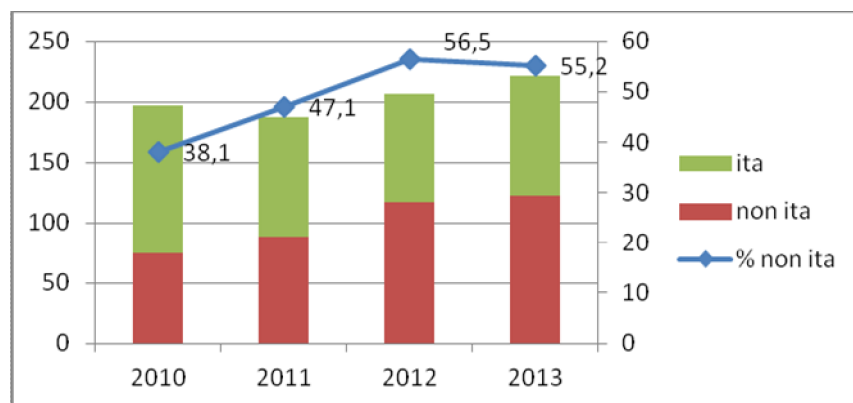


L'incidenza della malattia tubercolare nella nostra regione rimane, comunque, più bassa rispetto all'incidenza media nazionale che è stata di 5,2 casi per 100.000 nel 2012 (*"Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014", ECDC*) e all'incidenza in altre grandi regioni italiane (Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte). Essa è anche notevolmente al di sotto della soglia fissata dall'ECDC per la definizione di bassa endemia tubercolare (20 casi per 100.000 abitanti). Un problema di sottotifica è ipotizzabile dal momento che, come è stato precedentemente sottolineato (La tubercolosi in Italia. Rapporto 2008), Sud e isole notificano soltanto il 10% dei casi di TB notificati sull'intero territorio nazionale. E' tuttavia, evidente che anche una sottotifica di proporzioni molto significative non potrebbe occultare un'elevata incidenza di TB.

La distribuzione percentuale dei casi tra pazienti autoctoni ed immigrati è illustrata nella Fig.2.

Fig.2. Andamento della distribuzione percentuale dei casi di TB tra pazienti italiani e stranieri.

La linea continua descrive l'andamento nei 4 anni della proporzione di casi in pazienti non italiani. I dati sulla nazionalità sono risultati disponibili in 707 casi (87,1%) su 812 (elaborazione dati SIMI).



La quota di persone nate all'estero supera, negli ultimi due anni, quella degli italiani ed è, comunque, sovrapponibile a quella di altre regioni italiane (Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte) e al dato nazionale (58,3% nel 2012, ECDC).

▪ **Zoonosi:** Nel corso del tempo, lo scenario epidemiologico delle zoonosi (alimentari e non) è profondamente cambiato in tutto il mondo. Sono più di 200 le malattie classificabili come zoonosi e circa il 75% delle malattie emergenti e riemergenti in Europa negli ultimi 10 anni è stato trasmesso da animali o da prodotti di origine animale. Sono stati scoperti e sono riapparsi nuovi agenti patogeni (encefalite spongiforme nei paesi europei, infezioni da E. coli produttori di verocitotossina, nuovi sierotipi emergenti di Salmonella, West Nile virus, influenza aviaria). Pertanto, la Commissione Europea (Direttiva 2003/99/CE) ha ufficialmente impegnato gli Stati Membri ad introdurre sistemi di sorveglianza più efficaci e coordinati ed ha sottolineato l'importanza di raccogliere dati attendibili sull'incidenza delle zoonosi di origine alimentare e non. Ogni anno l'ECDC in collaborazione con l'EFSA pubblica un rapporto sulle zoonosi in Europa. Nell'ultimo rapporto, relativo ai dati del 2011, la zoonosi più notificata in Italia appare essere la salmonellosi con 3.344 casi confermati (95.548 casi complessivi in Europa), mentre sono stati notificati solo 468 casi confermati di campilobacteriosi, che in Europa rappresenta la zoonosi più frequente con oltre 220.000 casi confermati. Tali dati sono, infatti, spesso distorti dalla sottonotifica e dalla mancata diagnosi eziologica attribuibile ad uno scarso ricorso ad accertamenti di laboratorio. Inoltre, la trasmissione delle informazioni è, spesso, poco tempestiva e non permette di condurre tutte le indagini necessarie a stabilire la fonte e le modalità di trasmissione.

▪ **Antibiotico resistenza:** Il problema dell'antibiotico-resistenza rappresenta un rischio significativo per la salute pubblica. Nel 2013 sia i Ministri della Ricerca dei paesi del G8 che quelli della Sanità hanno condiviso la necessità e l'urgenza di azioni coordinate per contrastare questo fenomeno. Il più recente rapporto del sistema di sorveglianza europeo (EARS-Net dell'ECDC) mostra come l'Italia sia uno dei paesi europei ove è maggiore la diffusione di microrganismi antibioticoresistenti, spesso anche multiresistenti come testimoniato dalla recente diffusione endemica di enterobatteri resistenti ai farmaci di ultima linea (Enterobatteri produttori di carbapenemasi - CPE), per i quali nel 2013 è stata attivata dal Ministero della Salute una sorveglianza nazionale. I principali fattori alla base della selezione e diffusione di microrganismi antibiotico resistenti sono due: la pressione antibiotica in ospedale e nella comunità e l'entità della trasmissione di microrganismi in ambito assistenziale, microrganismi che sono spesso resistenti agli antibiotici. In Italia il consumo di antibiotici sia in ambito territoriale che in ambito ospedaliero è elevato, come testimoniato dai dati di confronto europei (ESAC-ECDC). Le campagne nazionali condotte da AIFA e ISS dal 2007 al 2012 hanno contribuito a promuovere una maggiore consapevolezza tra i cittadini sulla necessità di un uso più appropriato degli

antibiotici. Il consumo di antibiotici è tuttavia fortemente variabile sul territorio nazionale (da 12,7 DDD/1000 abitanti nella PA di Bolzano a 31,7 DDD in Campania nel 2011 - Rapporto OSMED 2011). Inoltre, le esperienze internazionali dimostrano che l'effetto di tali campagne si esaurisce nel tempo e vi è bisogno di rinforzi continui. È anche importante promuovere tra i giovani (che rappresentano i futuri consumatori) una maggiore percezione dell'importanza degli antibiotici e della necessità di preservarli, in quanto rappresentano una risorsa non rinnovabile. Nell'ambito del Progetto e-Bug finanziato dalla Comunità Europea sono state sviluppate risorse didattiche per le scuole, tradotte dall'ISS e disponibili in Italiano, facilmente accessibili via web che potrebbero essere utilmente diffuse ed utilizzate su tutto il territorio nazionale.

▪ **Infezioni correlate all'assistenza:** Il rischio di contrarre una infezione nel corso di un episodio assistenziale è significativo, sia negli ospedali per acuti che nelle strutture residenziali per anziani. L'ECDC stima che ogni anno più di 4 milioni di abitanti nella Comunità Europea acquisiscano una infezione correlata all'assistenza e che almeno 37.000 persone muoiano per effetto diretto di tale infezione. Il 30% almeno di queste infezioni è prevenibile con misure preventive e di controllo. I dati dello studio di prevalenza puntuale coordinato dall'ECDC nel 2011-2012, al quale hanno partecipato 29 paesi (tra cui l'Italia) e 947 ospedali, conferma la rilevanza di questo problema per la salute. In Italia la prevalenza di infezioni nei 49 ospedali selezionati è stata del 6,3% con punte del 15% in Terapia Intensiva o 13% nei pazienti con malattia rapidamente fatale. La prevalenza rilevata in Italia è in linea con la media europea; tuttavia, il problema in Italia è reso più drammatico dal fatto che molte di queste infezioni sono sostenute da microrganismi multiresistenti e dalla scarsa diffusione di pratiche efficaci a ridurre la trasmissione, quali l'igiene delle mani: il consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani nello studio italiano è inferiore a 10 litri per 1000 giornate di degenza (la categoria più bassa in Europa), contro una media europea di 18,7 litri/1000. Esiste, inoltre, una significativa variabilità, sia nella partecipazione ai sistemi di sorveglianza nazionale che nel livello di governo della prevenzione delle ICA a livello regionale. Ciò si traduce nella non uniforme e efficace adozione di pratiche assistenziali considerate ormai a livello globale come essenziali per prevenire la trasmissione di infezioni in ambito assistenziale e, di conseguenza, in rischi evitabili per la sicurezza del paziente.

▪ **Emergenze Infettive:** Emergenze infettive, come l'epidemia di Chikungunya in Emilia Romagna (2007) e la pandemia influenzale A/H1N1 (2009), patologie emergenti come il MERS, CoV (2012) o l'influenza aviaria H7N9 (2013) e patologie riemergenti come il virus polio nel medio oriente (2013), malattia sostenuta da virus ebola (2014), hanno mostrato come sia necessario rafforzare le capacità di monitoraggio e risposta a livello nazionale ed internazionale. Lo sviluppo di sistemi in grado di identificare tempestivamente possibili emergenze infettive, la capacità di valutare il rischio ad esse associato e la disponibilità di piani aggiornati di preparazione e risposta intersettoriali, sia generici che specifici per patologia infettiva, sono alcuni dei pilastri necessari per una risposta di sanità pubblica efficace. Inoltre, con l'entrata in vigore nel 2013 della nuova Decisione della Commissione Europea (No 1082/2013/EU), l'Italia è chiamata a sviluppare un piano generico di preparazione a serie minacce transfrontaliere per la salute sia di origine biologica (malattie infettive, resistenza agli antibiotici ed infezioni nosocomiali, biotossine), che di origine chimica, ambientale o sconosciuta e a minacce che potrebbero costituire una emergenza sanitaria di carattere internazionale nell'ambito del Regolamento Sanitario Internazionale.

Nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive assumono grande rilevanza alcuni atti programmatici intervenuti tra Stato e Regioni, in cui vengono chiaramente indicati gli obiettivi da perseguire in maniera uniforme in tutto il Paese e declinate le strategie più efficaci da attuare:

▪ Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale

(PNPV) 2012-2014" (Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012) recepito dalla Regione Sicilia con il D.A. n°0532 del 19 marzo 2012;

- Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015" (Rep. n. 66/CSR del 23 marzo 2011), recepito dalla Regione Sicilia con il D.A. n° 0531 del 19 marzo 2012 che all'articolo 2 individua quale Laboratorio di riferimento regionale per la sorveglianza epidemiologica, l'isolamento e la genotipizzazione virale del morbillo e della rosolia, il Dipartimento di Igiene e Microbiologia dell'Università degli studi di Palermo;

- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Controllo della tubercolosi. Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016".

Fattori di rischio / Determinanti

Ai fini della corretta individuazione delle strategie di prevenzione delle malattie infettive, sono stati identificati i seguenti fattori di rischio/ determinanti:

- Esposizione all'agente eziologico (trasmissione interumana, alimentare, da vettore, iatrogena, ambientale, etc) che influenza sia la natura che la probabilità di verificarsi delle varie malattie.
- Presenza di soggetti suscettibili nella popolazione generale e in specifici sottogruppi che può variare in base allo stato di salute della popolazione (per le infezioni a patogenesi condizionata) sia per il fallimento di interventi di immunizzazione che non hanno raggiunto la soglia di eliminazione.
- Comportamenti e atteggiamenti individuali nella popolazione generale nella trasmissione delle infezioni che, muovendosi da un'errata percezione dei rischi, determinano una maggior esposizione oppure una minor adesione ai trattamenti di cura, alle misure di profilassi o all'offerta di vaccinazioni
- Comportamenti e atteggiamenti degli operatori sanitari nelle pratiche assistenziali nel rischio e nel controllo delle infezioni che sono, a loro volta, influenzati dalle conoscenze e dalle percezioni e spesso condizionati dallo stato delle strutture e delle organizzazioni in cui i professionisti si trovano ad operare
- Vulnerabilità del sistema di risposta alle emergenze infettive (inclusi focolai epidemici) che richiede attenzioni e risorse dedicate e che comporta la necessità di adeguare a questo fine sia le organizzazioni sia i sistemi di informazione e di comunicazione

Agiscono, infine, come fattori che sfavoriscono la prevenzione delle infezioni sia la particolare complessità ed eterogeneità organizzativa dei Servizi di prevenzione sia l'insufficiente coordinamento tra i diversi livelli di competenza territoriale.

Strategie

La prevenzione delle malattie trasmissibili negli ambiti di intervento prioritari indicati si avvale delle seguenti strategie fondamentali assicurate nel rispetto dei principi come di seguito specificato.

La sorveglianza epidemiologica: finalizzata, non solo a quantificare le malattie, ma estesa al riconoscimento dei determinanti, dei rischi e alla valutazione dell'impatto degli interventi di prevenzione; essa sarà improntata alla continuità e alla regolarità delle rilevazioni e alla semplicità e unitarietà dei sistemi informativi. Alimentata da tutte le possibili fonti informative e tesa soprattutto a consentire l'uso epidemiologico delle informazioni cliniche.

Gli interventi di prevenzione, individuati in base alla loro efficacia di campo e offerti in modo tempestivo e omogeneo alla popolazione, ed il contrasto alla diffusione delle malattie infettive richiedono un complesso di interventi integrati che, in varia misura, comprendono: la corretta informazione ed educazione dei soggetti, la promozione della immunizzazione attiva e la profilassi per i soggetti esposti, la tempestività e la qualità delle diagnosi, l'appropriatezza e la completezza dei trattamenti terapeutici, il monitoraggio degli esiti degli interventi e dei loro eventuali eventi avversi.

In particolare, per quanto riguarda gli interventi vaccinali, occorre integrare l'offerta universale con interventi personalizzati rivolti alle persone più vulnerabili, garantendo la gratuità di queste prestazioni.

Ne consegue, la ricerca della adesione consapevole all'offerta dei diversi interventi preventivi, il superamento delle differenze territoriali di standard di copertura e di qualità, la promozione dell'equità verticale potenziando le azioni di prevenzione rivolte ai soggetti più a rischio e ai gruppi più difficili da raggiungere così come ampiamente richiamato nel D.A. 38 del 12 gennaio 2015 di Modifica ed integrazione del Calendario Vaccinale per la Vita regionale.

L'organizzazione per le emergenze infettive: verrà attuata sviluppando sia azioni di prevenzione (tramite la riduzione dei rischi), sia interventi di preparazione alle emergenze. Si tratta di potenziare la funzione di intelligence per anticipare le possibili situazioni critiche (orientando a questo fine anche la funzione di sorveglianza epidemiologica), di preparare procedure e piani per la gestione delle principali tipologie di emergenza di sanità pubblica, di formare a questo scopo i professionisti e informare adeguatamente i cittadini, curando, in particolare, la tempestività, coerenza e trasparenza della comunicazione; con l'adozione di procedure per la gestione delle principali emergenze articolate su scala locale e regionale. Verranno, inoltre, previsti appositi strumenti normativi, che consentano ai Dipartimenti Aziendali di Prevenzione di assicurare questa funzione, come peraltro già sperimentato per la gestione del fenomeno migratorio con il Piano di Contingenza per la gestione dei flussi migratori, adottato con D.A. n° 1500 del 23 Settembre 2014, ed a seguito della dichiarazione di Emergenza Ebola da parte dell'OMS e del Ministero della Salute, la predisposizione del piano Malattia da Virus Ebola Implementazione di sorveglianza e case management, adottato con il D.A. n° 01694 del 17 Ottobre 2014.

La comunicazione per la popolazione e formazione degli operatori sanitari deve, in primo luogo, garantire la migliore qualità di vita possibile per la collettività, con l'obiettivo di incrementare le coperture vaccinali previste per ogni singola tipologia di vaccino, stimolando l'adesione consapevole alla vaccinazione (D.A. n° 38/15). Una comunicazione assolutamente trasparente e basata sull'ascolto e la comprensione delle preoccupazioni del cittadino. Una comunicazione che garantisca accessibilità, accuratezza, coerenza e semplicità dei contenuti, che assicuri il dialogo e lo scambio delle conoscenze, articolata come una successione

di azioni e reazioni, tesa ad anticipare le situazioni di crisi e che utilizzi le informazioni di ritorno. Con la progettazione di azioni di comunicazione articolate su scala locale, provinciale e coordinate a livello regionale, l'offerta di iniziative di formazione specifiche per i professionisti della sanità pubblica.

Trasversale a tutte queste strategie è l'attenzione alla protezione delle persone a rischio per la presenza di patologie croniche, per età o per stati di riduzione delle difese immunitarie. Va inoltre considerata la criticità legata alle problematiche sociali, alla crescita della povertà e ai fenomeni migratori. Tutti questi fattori espongono alcune fasce di popolazione a un maggior rischio di contrarre e diffondere malattie infettive.

➤ **Obiettivo Centrale**

2.9.1: Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie:

Obiettivo specifico:

2.9.1: Identificazione del virus del morbillo e della rosolia nei casi di malattia di Morbillo e Rosolia notificati nell'anno.

Fasi di Articolazione

Nei casi di morbillo e di rosolia, in conformità a quanto previsto dal PNEMoRc 2010-2015, dovrà essere inviato al laboratorio di riferimento regionale il materiale biologico, prelevato entro la sesta giornata dalla comparsa dell'esantema, per l'isolamento e la genotipizzazione virale, ai fini di aumentare il rapporto percentuale tra numero di casi sospetti di morbillo o rosolia testati in un laboratorio di riferimento qualificato e numero di casi sospetti di morbillo e rosolia notificati.

La valutazione del tasso di indagine di laboratorio risulta essere il rapporto percentuale tra numero di casi sospetti di morbillo o rosolia testati nel laboratorio di riferimento qualificato e numero di casi sospetti di morbillo e rosolia. Deve essere escluso dal denominatore qualunque caso sospetto che non abbia analisi di laboratorio e che sia :

a) confermato da collegamento epidemiologico oppure;

b) scartato come non caso di morbillo/rosolia a causa di un collegamento epidemiologico ad:

É un caso di altra malattia infettiva confermato in laboratorio

oppure

É un caso di morbillo/rosolia negativo a IgM, in quanto risulta essere uno degli indicatori monitorati dall'OMS per verificare il percorso verso l'eliminazione di morbillo e rosolia.

I seguenti indicatori, inseriti tra gli obiettivi annuali di performance dei Direttori Generali delle AA.SS.PP., costituiscono indicatori sentinella dell'avanzamento del PRP, in quanto soggetti a valutazione annuale.

Indicatori:

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

2.9.1:Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie morbillo e rosolia notificate:

Definizione 2.9.1: Produzione di report

Fonte: DASOE (valutazione SDO) e Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e rosolia congenita.

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: ad esempio % di casi di morbillo e rosolia notificati sui quali, entro la sesta giornata dalla comparsa dell'esantema, sono stati prelevati campioni biologici
- o Valore baseline (2013: 66,7%; 2015 : 75%; 2016 : 80% ;2017: 85%; 2018: 90%)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.1:Proporzione di casi di morbillo e rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio per la genotipizzazione virale:

Definizione 2.9.1: Produzione di report

Fonte: DASOE (dati laboratorio di riferimento regionale) e Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e rosolia congenita.

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: Campioni biologici processati presso il Laboratorio di Riferimento regionale/Numero di notifiche di casi di Morbillo e rosolia
- o Valore baseline (2013: N.D.; 2015 : 50%; 2016 : 60% ;2017: 70%; 2018: >80%)

➤ **Obiettivo Centrale**

2.9.2:Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile:

Obiettivo specifico

2.9.2 : Aumentare il numero delle notifiche delle malattie infettive, con particolare riguardo a tutte le malattie infettive riportate nelle SDO alla dimissione del paziente, mediante l'utilizzo del sistema informativo per la gestione dei flussi delle malattie infettive.

Fasi di Articolazione

Un presupposto fondamentale per il corretto funzionamento delle reti di sorveglianza delle malattie infettive è la notifica puntuale da parte di tutti i medici, da realizzare anche attraverso azioni e sistemi che ne facilitino la partecipazione, nonché il coinvolgimento della rete dei laboratori regionali, soprattutto per la diagnosi eziologica di molte delle malattie notificate. L'informatizzazione del sistema di notifica integrato con l'anagrafe dei residenti regionali e con l'anagrafe vaccinale è essenziale oltre che per una migliore conoscenza dell'epidemiologia delle malattie infettive a livello regionale, anche per la valutazione dell'efficacia degli interventi. La verifica periodica del rispetto della normativa in atto vigente, in merito alla notifica delle malattie infettive, sia nei confronti dei MMG, dei PLS che nei confronti delle Direzioni dei Presidi Ospedalieri, anche mediante la valutazione della correlazione tra le patologie infettive riportate nelle SDO e le rispettive notifiche, con un corretto utilizzo dei sistemi informativi in atto in uso a livello regionale per la gestione dei flussi informativi delle malattie infettive ai fini di aumentare la percentuale delle malattie infettive notificate.

I seguenti indicatori, inseriti tra gli obiettivi annuali di performance dei Direttori Generali delle AA.SS.PP., costituiscono indicatori sentinella dell'avanzamento del PRP, in quanto soggetti a valutazione annuale.

Indicatori:

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

2.9.2: Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile:

Definizione 2.9.2: Produzione di report

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore qualitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : Numero di malattie infettive Notificate / n° malattie infettive inserite sulle SDO = (1/anno)
- o Valore baseline (2013= N.D.; 2015 : 70%; 2016: 80%; 2017: 90% ; 2018: 100%;)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.2 : Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive in rapporto al numero di malattie infettive riportate nelle SDO (con particolare riguardo alla Tubercolosi, Morbillo, Rosolia e Malattie Batteriche Invasive).

Fonte: DASOE ó Valutazione SDO e notifiche malattie infettive inserite sui sistemi informatizzati

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : Numero di notifiche inviate tempestivamente al Ministero della Salute nei tempi previsti/ totale numero di malattie infettive notificate ed inserite sulla piattaforma web ministeriale.

- o Valore baseline (2013: 100%; 2015 : 100%; 2016: 100%; 2017:100% ; 2018:100%;)

➤ **Obiettivo Centrale**

2.9.3:Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)

Obiettivo specifico

2.9.3:Monitorare il numero dei casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica

Fasi di Articolazione

Tutte le AA.SS.PP. provinciali devono farsi carico di implementare la formazione di tutto il personale sanitario, operante sul territorio di competenza, al fine di incrementare la percentuale del numero di casi MIB notificati sul numero di casi MIB rilevati con le SDO.

Indicatori:

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

2.9.3:Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)

Definizione 2.9.3: Produzione di report

Fonte: DASOE (Reports attività AA.SS.PP.)

- o Tipologia (indicatore qualitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : presenza di report regionale sugli interventi formativi effettuati (SI/NO)
- o Valore baseline (2013: No ; 2015:Si; 2016: Si ;2017: Si; 2018: Si)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.3:Incremento della percentuale di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica

Fonte: DASOE (Sistema di sorveglianza speciale MIB; SDO; report Laboratorio di riferimento Regionale)

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : Numero di malattie batteriche invasive con diagnosi etiologica/ Numero di Malattie batteriche invasive Notificate
- o Valore baseline (2013:N.D.; 2015: 40%; 2016: 50% ; 2017: 50% ; 2018: >50%;)

➤ Obiettivo Centrale

2.9.4: Ridurre i rischi di trasmissione delle malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV):

Obiettivo specifico:

2.9.4.1: Riduzione della percentuale dei casi di TBC che non completano il ciclo terapeutico post dimissione nell'anno.

2.9.4.2: Consolidamento del sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV e progettazione di un sistema di sorveglianza sulle malattie a trasmissione sessuale.

Fasi di Articolazione

Di particolare rilievo è la revisione del sistema di sorveglianza della Tubercolosi che presenta caratteristiche proprie dovute all'aumento percentuale dei malati tra la popolazione immigrata, proveniente da regioni ad alta endemia tubercolare, e che presenta un rischio di sviluppare la malattia 10-15 volte superiore rispetto alla popolazione italiana: in Italia la percentuale di stranieri tra i casi notificati si aggira intorno al 50%. Inoltre avanza sempre più la multi-resistenza alla terapia con forme di malattia di difficile gestione e follow up. Attualmente la sorveglianza della Tb è basata sul D.M. 15 dicembre 1990, dove la Tb è classificata nella III classe; in particolare, ai fini della diagnosi e della prevenzione, deve essere sempre eseguito il test Mantoux e, a seconda dell'esito, l'esame radiografico del torace inoltre, ove necessario, la batteriologia tramite l'esame diretto dell'escreato e la coltura per la ricerca del micobatterio; devono inoltre essere sempre espletate le procedure per la ricerca dei contatti con l'utilizzo del test Mantoux e/o di altri accertamenti di laboratorio o strumentali del caso. Il sistema di sorveglianza dovrà farsi carico anche dell'esito del trattamento, sia esso terapeutico o profilattico, nonché la conoscenza della farmacoresistenza, con il coinvolgimento attivo del laboratorio regionale. Con D.A n°860 del 18 maggio 2011, è stata istituita la Commissione regionale per la revisione ed attuazione delle linee guida per la sorveglianza e controllo della tubercolosi che si farà carico di monitorare gli obiettivi previsti nel presente piano.

Iniziative specifiche vanno inoltre ricercate per contrastare le co-infezioni Hiv-Tb, dove la combinazione è particolarmente severa per il malato. Secondo i dati forniti dal Centro Operativo Aids i casi di Tb tra i malati di Aids è passato dal 6,8% nel 1993, all'11% nel 2010, con la proporzione di stranieri in netto aumento. Una strategia efficace che si intende intraprendere è l'effettuazione del Test per l'Hiv nei malati con nuova diagnosi di Tb, soprattutto se giovani adulti e stranieri. In ogni caso andrebbe assicurata la terapia antiretrovirale il più precocemente possibile ai pazienti Hiv positivi, prevenendo in questo modo anche lo sviluppo della Tubercolosi.

Particolare attenzione merita la sorveglianza delle infezioni da Hiv, che si affianca alla sorveglianza dei casi di Aids, il cui coordinamento a livello nazionale è demandato al Centro Operativo Aids (COA) dell'ISS. Alcune indagini condotte a livello nazionale evidenziano come gran parte delle persone con infezione da Hiv non sono consapevoli del loro stato di portatore. Ciò comporta che molti sieropositivi arrivino alla diagnosi quando i

primi sintomi della malattia Hiv-correlata sono iniziati. Ciò rappresenta un rischio per i contatti e causa di ritardo nella diagnosi e nell'inizio della terapia antiretrovirale. Un indicatore di questa situazione è il numero di linfociti CD4 al momento della diagnosi di infezione da Hiv: vengono definiti coloro che al momento della prima diagnosi di infezione hanno un numero di cellule CD4 < 350/ L o hanno una patologia indicativa di Aids.

I seguenti indicatori, inseriti tra gli obiettivi annuali di performance dei Direttori Generali delle AA.SS.PP., costituiscono indicatori sentinella dell'avanzamento del PRP, in quanto soggetti a valutazione annuale.

Indicatori:

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

2.9.4.1: Ridurre i rischi di trasmissione delle malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, AIDS, etc.):

Definizione 2.9.4.1: Produzione di report

Fonte: DASOE(Con specifiche direttive, da emanare nel corso dell'anno 2015, verrà richiesto alle AA.SS.PP. di adottare specifici piani informativi e formativi finalizzati a limitare la diffusione di tali malattie)

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: Predisposizione di Piani di comunicazione e formazione da parte delle AA.SS.PP./ Totale n° AA.SS.PP.
- o Valore baseline (2013: N.D.; 2015 : 100%; 2016 : 100%; 2017: 100%; 2018: 100%)

2.9.4.2: Favorire e facilitare il più possibile l'accesso al test di laboratorio per la ricerca del virus HIV nelle persone a rischio, salvaguardandone l'anonimato e rafforzare le politiche aziendali di prevenzione primaria:

Definizione 2.9.4.2: Produzione di report

Fonte: DASOE(Con specifiche direttive, da emanare nel corso dell'anno 2015, verrà richiesto alle AA.SS.PP. di adottare specifici piani informativi e formativi finalizzati ad informare i soggetti a rischio sulla opportunità della diagnosi precoce)

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: Predisposizione di Piani di comunicazione e formazione da parte delle AA.SS.PP./ Totale n° AA.SS.PP.
- o Valore baseline (2013: N.D., 2015: 100%; 2016: 100%; 2017: 100%; 2018: 100%)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.4.1: Proporzione di casi di TBC polmonare ed infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up:

Definizione 2.9. 4.1: Produzione di report

Fonte: DASOE (il Servizio Competente, nell'anno 2015, adotterà apposite direttive finalizzate al monitoraggio del follow-up dei soggetti affetti da TBC o contatti, sottoposti a cura e/o profilassi)

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: Proporzione di casi di tubercolosi polmonare bacillifera persi al follow up sul numero totale di casi di tubercolosi polmonare bacillifera notificati nell'anno
- o Valore baseline (2013: ND; 2015 : -30%; 2016 : - 35% ;2017: - 40%; 2018: -50%)

2.9.4.2: Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter ($CD4 < 350/\mu L$ indipendentemente dal numero di $CD4$)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV:

Definizione 2.9. 4.2: Produzione di report

Fonte: COA ó DASOE (il Servizio Competente, nell'anno 2015, adotterà apposite direttive finalizzate all'individuazione di soggetti che all'anamnesi presentano esposizione all'HIV)

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: Rapporto percentuale tra numero di nuove diagnosi di HIV con un numero di linfociti $CD4$ minore di $350 \text{ cell}/\mu L$ e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV.
- o Valore baseline (2013: ND; 2015 : -30%; 2016 : -35% ;2017: -40%; 2018: -50%)

➤ **Obiettivo Centrale**

2.9.5: Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)

Obiettivo specifico

2.9.5: Aumentare la popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata e implementare il Cruscotto regionale con i dati vaccinali degli ultimi anni)

Fasi di Articolazione

Tutte le AA.SS.PP. della Regione Sicilia che hanno già realizzato l'anagrafe vaccinale informatizzata (rif. PNV 2005-2007 e PNPV 2010-2012, PNEMoRc 2003 e 2010-2015, D.A. n° 38/15 di Modifica ed integrazione del Calendario vaccinale per la vita), dovranno riversare i dati sulle vaccinazioni effettuate negli anni precedenti sul cruscotto regionale per il monitoraggio delle anagrafi vaccinali, a partire dall'anno 2007 ad oggi.

I seguenti indicatori, inseriti tra gli obiettivi annuali di performance dei Direttori Generali delle AA.SS.PP., costituiscono indicatori sentinella dell'avanzamento del PRP, in quanto soggetti a valutazione annuale.

Indicatori:

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

2.9.5: Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)

Definizione 2.9.5: Produzione di report

Fonte: DASOE (Cruscotto Anagrafe Vaccinale, in via di implementazione, con operatività, del 100%, prevista al 31 dicembre 2015)

- o Tipologia (indicatore qualitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : presenza di report regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013: No ; 2015: No; 2016: Si ;2017: Si; 2018: Si)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.5: Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : Numero di popolazione coperta da anagrafe vaccinale/Numero di popolazione residente
- o Valore baseline (2013:N.D.; 2015: 100%; 2016: 100% ; 2017: 100% ; 2018:100%;)

➤ Obiettivo Centrale

2.9.6: Raggiungimento delle percentuali di Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e dal Calendario Vaccinale per la Vita adottato dalla Regione Sicilia; Report sul tasso di rifiuti alla vaccinazione (dissenso informato)

Obiettivo specifico

2.9.6.1: Incrementare le coperture vaccinali di specifici gruppi a rischio per patologia e/o status

2.9.6.2: Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)

Fasi di Articolazione

Implementare le forme di corretta comunicazione in tema di vaccinazione, mediante il coinvolgimento dei MMG, dei PLS, dei Medici Specialisti territoriali ed ospedalieri in appositi incontri scientifici, dei cittadini e delle famiglie mediante interventi mirati nelle scuole e nei posti di maggiore aggregazione al fine di migliorare le percentuali di copertura per tutti gli indicatori previsti dal PNPV e dal D.A. n° 38/15 di Modifica ed integrazione del Calendario vaccinale per la vita (× 95% per vaccinazioni: anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib nei nuovi nati, e anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni; × 90% per vaccinazione dTpa negli adolescenti (range 11-18 anni); × 95% per 1a dose di MPR entro i 2 anni di età e per 2a dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (11-18 anni); >75% (obiettivo minimo perseguibile) e >95% (obiettivo ottimale) per vaccinazione antinfluenzale del negli ultra sessantacinquenni; × 95% per vaccinazione antipneumococcica e antimeningococcica nei nuovi nati; × 95% per vaccinazione antimeningococcica negli adolescenti (range 11-18 anni); × 80% vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2002), × 95% vaccinazione anti HPV nelle dodicenni dalla coorte del 2003; × 95% per 1a dose di antivaricella entro i 2 anni di età (dalla coorte 2014) e per 2a dose nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (dalla coorte 2014); 100% di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo documentata (dissenso informato).

Particolare attenzione deve essere rivolta, inoltre, all'offerta attiva delle vaccinazioni ai gruppi a rischio con particolari difficoltà di integrazione, quali i soggetti extracomunitari, che sbarcano numerosi sulle coste regionali e che con particolari fragilità fisiche sono più suscettibili alle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni.

I seguenti indicatori, inseriti tra gli obiettivi annuali di performance dei Direttori Generali delle AA.SS.PP., costituiscono indicatori sentinella dell'avanzamento del PRP, in quanto soggetti a valutazione annuale.

Indicatori:

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

2.9.6: Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)

Definizione 2.9.6: Produzione di report

Fonte: DASOE (D.A. n° 38/15 di Modifica ed integrazione del Calendario vaccinale per la vita)

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : presenza di report regionale sul numero di convegni e incontri con il personale sanitario e la cittadinanza nonché degli accessi nelle scuole.
- o Valore baseline (2013:N:D ; 2015: 7/10; 2016: 8/10 ; 2017: 9/10; 2018: 10/10)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.6:Incremento delle coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e dal Calendario Vaccinale per la Vita adottato dalla Regione Sicilia; Report sul tasso di rifiuti alla vaccinazione (dissenso informato)

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore qualitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : Predisposizione di un report annuale, trasmesso al Ministero della Salute, sulle percentuali di coperture previste per i vaccini inseriti nel calendario vaccinale con l'acquisizione del dissenso informato nei casi di rifiuto.
- o Valore baseline (2013: Si; 2015: Si; 2016: Si; 2017: Si ; 2018: Si;)

➤ **Obiettivo Centrale**

2.9.7:Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione

Obiettivo specifico

2.9.7:Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulle evidenze per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole

Fasi di Articolazione

Le nove AA.SS.PP. regionali, nel rispetto di quanto previsto nel PNPV 2012-2014 e nel D.A.n° 38/15 "Aggiornamento ed integrazione del Calendario Vaccinale per la vita", in raccordo con l'Assessorato regionale alla Salute dovranno realizzare un piano di comunicazione regionale sulle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni. Tra le attività a sostegno del nuovo calendario vaccinale dell'età evolutiva vi è la comunicazione rivolta in particolare alla conoscenza delle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni. La comunicazione in ambito vaccinale ha sempre avuto un ruolo cruciale per l'accettazione o meno delle pratiche vaccinali, ma in questo ultimo decennio, con l'avvento del web, abbiamo assistito ad un cambiamento radicale dei mezzi e delle strategie comunicative, nonché all'aumento esponenziale della quantità di informazioni con una diversificazione delle modalità di fruizione e di impiego. Con il miglioramento nel corso dei decenni del livello culturale della popolazione è, infatti, cambiato l'approccio alle tematiche relative alla salute: oggi la maggior parte dei pazienti si informa in modo autonomo, consultando il medico solo in un secondo momento.

Le Direzioni Strategiche Aziendali, pertanto, dovranno adottare dei "Piani di Comunicazione" ai fini del raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. Mantenere alta la percezione del rischio delle malattie infettive e l'importanza delle pratiche di prevenzione vaccinale.

2. Diffondere a livello regionale le corrette e aggiornate informazioni sulle malattie infettive, portando alla luce i casi che avrebbero potuto essere evitati se fossero state utilizzate le vaccinazioni disponibili.

3. Informare e formare il personale sanitario con metodologie e strumenti all'avanguardia per una comunicazione efficace.

I seguenti indicatori, inseriti tra gli obiettivi annuali di performance dei Direttori Generali delle AA.SS.PP., costituiscono indicatori sentinella dell'avanzamento del PRP, in quanto soggetti a valutazione annuale.

Indicatori:

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

2.9.7: Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione

Definizione 2.9.7: Produzione di report

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore qualitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : acquisizione annuale dei programmi di formazione e comunicazione predisposti dalle singole A.S.P. che, deve prevedere almeno 5 eventi per anno.
- o Valore baseline (2013:No ; 2015: Si; 2016: Si ; 2017: Si; 2018: Si)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.7:Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito : numero di AA.SS.PP. che hanno adottato un piano provinciale di comunicazione sul totale delle AA.SS.PP. regionali.
- o Valore baseline (2013:NO; 2015: 9/9 Report; 2016: 9/9 Report; 2017: 9/9 Report ; 2018: 9/9 Report;)

➤ Obiettivo Centrale

2.9.8:Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC):

Obiettivo specifico:

2.9.8:Implementare direttive regionali, come già sperimentato per la pandemia influenzale e per la malattia sostenuta dal virus Ebola, tali da garantire a livello regionale una rete consolidata per la gestione emergenziali dell'evento.

Fasi di Articolazione

Efficienti reti di sorveglianza, che permettano di identificare, in maniera rapida, possibili emergenze infettive, sono alla base del contrasto di epidemie/pandemie che possono colpire qualsiasi paese. Per questo motivo, secondo la Decisione della Commissione Europea (N. 1082/*2013/EU), anche la Regione deve pianificare e sviluppare piani generali di preparazione e risposta minacce biologiche e non. Un esempio concreto è dato dal caso "Ebola" dove il Ministero della Salute, oltre ad aver rafforzato le misure di sorveglianza nei punti di ingresso internazionale ha predisposto un Protocollo per la gestione dei casi. La Sicilia, come altre regioni italiane, ha istituito un gruppo di lavoro (Centro di Coordinamento della Rete Infettivologica Regionale) che ha adottato un Piano specifico per gestire l'emergenza, sulla base di quello nazionale, ma articolato sul livello regionale; Tale modalità operativa resta valida per ogni eventuale ulteriore futuro fenomeno emergenziale, contestualmente, si rende indispensabile l'implementazione di un piano di comunicazione, basato sulla reale percezione del rischio, che sia chiaro, completo e differenziato per diversi target (popolazione generale, forze dell'ordine, operatori sanitari, ONG e altre figure istituzionali operanti sul territorio).

Indicatori:

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

2.9.8:Predisporre piani regionali, in recepimento dei piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC):

Definizione 2.9.1: Produzione di Piani.

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore qualitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: presenza di report regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013: no, 2015 : si; 2016 : si; 2017: si; 2018: si)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.8:Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali:

Definizione 2.9.8: Produzione di report

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: Numero di piani e Protocolli regionali/ numero di Piani e Protocolli Nazionali
- o Valore baseline (2013: ND; 2015: 100%; 2016 : 100% ;2017: 100%; 2018: 100%)

➤ **Obiettivo Centrale**

2.9.9:Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE):

Obiettivo specifico:

2.9.9:Incrementare il numero di Aziende Sanitarie Regionali in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE.

Fasi di Articolazione

Predisposizione, da parte del servizio competente nell'anno 2015, di apposite direttive per incrementare il numero di strutture ospedaliere, appartenenti ad aziende sanitarie territoriali (ASP) e aziende ospedaliere, aderenti alla Circolare "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26/02/2013 e individuare un laboratorio di riferimento regionale di secondo livello.

I seguenti indicatori, inseriti tra gli obiettivi annuali di performance dei Direttori Generali delle AA.SS.PP., costituiscono indicatori sentinella dell'avanzamento del PRP, in quanto soggetti a valutazione annuale.

Indicatori:

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

2.9.9:Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE):

Definizione 2.9.9: Produzione di report

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore qualitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: presenza di report regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013: no, 2015 : si; 2016 : si;2017: si; 2018: si)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.9: Proporzione di strutture ospedaliere, appartenenti ad aziende sanitarie e aziende ospedaliere, aderenti alla Circolare "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26/02/2013, sul totale delle strutture ospedaliere:

Definizione 2.9.9: Produzione di report

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: Rapporto tra il Numero delle Aziende Sanitarie Regionali in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE/ Numero totale delle Aziende operanti sul territorio regionale
- o Valore baseline (2013: ND%; 2015 : 50%; 2016 : 60% ;2017: 80%; 2018: 100%)

➤ Obiettivo Centrale

2.9.10: Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale:

Obiettivo specifico:

2.9.10: Ridurre l'utilizzo inappropriato della terapia antibiotica .

Fasi di Articolazione

Negli ultimi anni, la medicina difensiva ha comportato, soprattutto in ambito ospedaliero, l'utilizzo estensivo degli antibiotici a largo spettro; tale modalità operativa ha comportato un riscontro sempre maggiore di infezioni nosocomiali antibiotico-resistenti.

Anche in ambito territoriali, spesso il ricorso all'antibiotico terapia in casi di infezioni sostenute da virus, ha determinato un ulteriore impatto sul riscontro di germi particolarmente resistenti agli antibiotici noti.

Ci si propone, con apposita direttiva regionale da emanare nell'anno in corso, di intraprendere attività formative nei confronti dei medici ospedalieri, territoriali e farmacisti per un corretto uso degli antibiotici; una efficace strategia di comunicazione rivolta alla popolazione; nonché uno stretto monitoraggio delle prescrizioni, già peraltro avviato da qualche anno.

Indicatori:

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

2.9.10: Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale:

Definizione 2.9.10: Produzione di report

Fonte: DPS Servizio Farmaceutico

- o Tipologia (indicatore quantitativo)

- o Modalità in cui viene costruito: Numero di Aziende Sanitarie che producono un report annuale sull'uso degli antibiotici e sul monitoraggio dell'antibiotico resistenza/ Numero totale di aziende sanitarie
- o Valore baseline (2013: N.D., 2015 : 100%si; 2016 : 100%;2017: 100%; 2018: 100%)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.10:Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie:

Definizione 2.9.10: Produzione di report

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore qualitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: presenza di report regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013: ND; 2015 : SI; 2016 : SI;2017: SI; 2018: SI)

➤ Obiettivo Centrale

2.9.11:Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici:

Obiettivo specifico:

2.9.11:Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidence per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici.

Fasi di Articolazione

Negli ultimi anni, la medicina difensiva ha comportato l'utilizzo estensivo degli antibiotici a largo spettro e spesso l'antibiotico terapia viene praticata anche in casi di infezioni sostenute da virus, questo utilizzo indiscriminato degli antibiotici ha determinato la selezione di germi particolarmente resistenti agli antibiotici noti.

Al fine di ottimizzare l'utilizzo dell'antibiotico-terapia, ci si propone, con apposita direttiva regionale da emanare nell'anno in corso, di intraprendere una capillare attività formativa e informativa nei confronti della popolazione, ed in particolare mediante il coinvolgimento delle scuole .

Indicatori:

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

2.9.11:Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici:

Definizione 2.9.11: Produzione di report

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)

- o Modalità in cui viene costruito: Predisposizione di Piani di comunicazione e formazione da parte delle AA.SS.PP./ Totale n° AA.SS.PP. (Numero di AA.SS.PP. che hanno predisposto il piano/ Numero Totale di AA.SS.PP)
- o Valore baseline (2013: no, 2015 : 100%; 2016 : 100%;2017: 100%; 2018: 100%)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.11: Incremento del numero di Istituti Scolastici in cui si sono effettuati interventi educativi sul corretto uso della terapia antibiotica :

Definizione 2.9.11: Produzione di report

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: numero di Istituti Scolastici in cui si sono effettuati interventi educativi sul corretto uso della terapia antibiotica/ Numero totale di Istituti Scolastici regionali (presenza di report regionale SI/NO)
- o Valore baseline (2013: ND; 2015 : 20%; 2016 : 30% ;2017: 40%; 2018: 50%)

➤ Obiettivo Centrale

2.9.12: Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza:

Obiettivo specifico:

2.9.12: Riduzione dei casi di infezioni ospedaliere documentate.

Fasi di Articolazione

Il riconoscimento dell'entità e dell'importanza del fenomeno delle Infezioni Ospedaliere comporta l'applicazione, da parte delle strutture ospedaliere, di misure di sorveglianza e di controllo il cui obiettivo finale è la riduzione del rischio di acquisire infezioni ospedaliere. I principali ostacoli nell'organizzazione e la gestione delle attività di controllo delle Infezioni Ospedaliere sono dovuti a molteplici aspetti: strutturali (tipologia dell'Ospedale), evolutivi (tipologia dei pazienti, comparsa di nuovi agenti biologici, accentuazione o comparsa di nuovi fenomeni di antibioticoresistenza), economici (limitatezza delle risorse disponibili) e culturali. Per limitare le infezioni ospedaliere presso ogni presidio ospedaliero deve essere istituita una commissione tecnica responsabile della lotta contro le infezioni (CIO) i cui compiti sono: definire la strategia di lotta contro le infezioni ospedaliere; verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza, controllo e la loro efficacia; curare la formazione culturale e tecnica del personale su tale argomento.

Nel corso dell'anno 2015, il Servizio competente predisporrà apposita direttiva per l'implementazione dei programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere e contestualmente effettuerà un monitoraggio delle attività svolte dai CIO, che dovranno predisporre dettagliati report annuali sui casi confermati di infezioni ospedaliere.

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

2.9.12:Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza:

Definizione 2.9.12: Produzione di report

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore qualitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: Implementazione del Sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere con predisposizione di report regionale SI/NO
- o Valore baseline (2013: no, 2015 : si; 2016 : si;2017: si; 2018: si)

Indicatore di Obiettivo Specifico: Indicatore/i di processo

2.9.12:Proporzione di CIO che producono un report sulle infezioni correlate all'assistenza:

Definizione 2.9.1: Produzione di report

Fonte: DASOE

- o Tipologia (indicatore quantitativo)
- o Modalità in cui viene costruito: Numero di CIO che producono un report sulle infezioni correlate all'assistenza/ Numero totale di CIO.
- o Valore baseline (2013: ND; 2015 : 60%; 2016 : 70% ;2017: 80%; 2018: 100%)

MACRO 9								
Macro obiettivo	Fattore di rischio/determinanti	Strategia	Obiettivo centrale	Nome Indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Variazione/valore attesa/o al 2018	Fonte dei dati
9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	<p>Esposizione all'agente eziologico (trasmissione interumana, alimentare, da vettore, iatrogena, ambientale, etc)</p> <p>Presenza di suscettibili nella popolazione generale e in specifici sottogruppi</p> <p>Comportamenti e atteggiamenti individuali nella popolazione generale nella trasmissione delle infezione</p> <p>Comportamenti e atteggiamenti degli operatori sanitari nelle pratiche assistenziali nel rischio e nel controllo delle infezione</p> <p>Vulnerabilità del sistema alle emergenze infettive (inclusi focolai epidemici)</p>	<p>Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti</p> <p>Promozione della immunizzazione attiva</p> <p>Interventi di prevenzione primaria e secondaria</p> <p>Rafforzamento della capacità di risposta alle emergenze infettive</p> <p>Comunicazione per la popolazione generale e specifici sottogruppi</p> <p>Formazione per gli operatori sanitari sulla priorità di prevenzione identificate</p> <p>Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico</p> <p>Interventi mirati a prevenire antibioticoresistenza e infezioni correlate all'assistenza: campagne informative e formative.</p>	1. Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	Proporzione di casi di morbillo rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	Tasso di indagine di laboratorio: Rapporto percentuale tra numero di casi sospetti di morbillo o rosolia testati in un laboratorio di riferimento qualificato e numero di casi sospetti di morbillo e rosolia. Deve essere escluso dal denominatore qualunque caso sospetto che non abbia analisi di laboratorio e che sia a) confermato da collegamento epidemiologico oppure b) scartato come non caso di morbillo/rosolia a causa di un collegamento epidemiologico a d: • un caso di altra malattia infettiva confermato in laboratorio oppure • un caso di morbillo/rosolia negativo a IgM E' uno degli indicatori monitorati dall'OMS per verificare il percorso verso l'eliminazione di morbillo e rosolia	66,7% (morbillo); N.D. (rosolia)	>80%	DASOE Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia
			2. Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	Percentuale di notifiche inviate da ASL a regione/PA attraverso il sistema informativo regionale sul totale di notifiche pervenute all'assessorato alla Sanità della Regione	ND	100% delle notifiche inviate con il sistema informativo regionale al Ministero nei termini previsti dalla normativa	Sistema informatizzato di notifica malattie infettive
			3. Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedaliari, laboratoristi)	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	Proporzione di casi MIB notificati sul numero di casi MIB rilevati con le SDO	N.D.	+50%	DASOE Sistema di sorveglianza speciale delle MIB. SDO
			4. Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/L indipendentemente dal numero di CD4)/sogetti con nuova diagnosi di HIV	Rapporto percentuale tra numero di nuove diagnosi di HIV con un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/µL e numero di soggetti con nuova diagnosi di HIV. I late presenter (LP) sono quei pazienti che al momento della prima diagnosi di sieropositività hanno un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/µL o hanno una patologia indicativa di AIDS indipendentemente dal numero di CD4	N.D.	-50%	DASOE Sistema di sorveglianza HIV. Sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV regionali e quello del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità.
			5. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)	Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	Percentuale di AASS.PP. Della Regione Sicilia che hanno realizzato l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata (rif. PNV 2005-2007 e PNPV 2010-2012, PNEMoC 2003 e 2010-2015, D.A. n° 38/15 di Modifica ed integrazione del Calendario vaccinale per la vita)	N.D.	100%	DASOE
			6. Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status	Definizione PASSI: Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni affette da almeno una malattia cronica (ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato)	17,5% (dato riferito alla campagna antinfluenzale stagionale 2012-2013)	+100%	DASOE RAPPORTO PASSI
				Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti	Tutti gli indicatori di copertura previsti dal PNPV e dal D.A. n° 38/15 di Modifica ed integrazione del Calendario vaccinale per la vita	<p>93,5% Esavalente nuovi nati - 86,6% DTPA 5-6 anni 84% MPR entro i 2 anni 65,6% MPR 5-6 anni 77,1% MPR 11-18 anni 48,1% Antinfluenzale over 65 anni, 21,1% Anti HPV coorte 2003, 79% Anti varicella entro i 2 anni Mancata Vaccinazione Dissenso informato N.D.</p>	<p>≥95% per vaccinazioni: anti DTPa, Poliomielite, Epate B, Hib nei nuovi nati, e anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni; ≥90% per vaccinazione dTpa negli adolescenti (range 11-18 anni); ≥95% per 1a dose di MPR entro i 2 anni di età e per 2a dose di MPR nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (11-18 anni); ≥75% (obiettivo minimo perseguibile) e ≥95% (obiettivo ottimale) per vaccinazione antinfluenzale del negli ultrasessantacinquenni; ≥95% per vaccinazione antipneumococcica e antimeningococcica nei nuovi nati; ≥95% per vaccinazione antimeningococcica negli adolescenti (range 11-18 anni); ≥80% vaccinazione anti HPV nelle dodicenni (dalla coorte del 2002); ≥95% vaccinazione anti HPV nelle dodicenni dalla coorte del 2003; ≥95% per 1a dose di anti varicella entro i 2 anni di età (dalla coorte 2014) e per 2a dose di nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti (dalla coorte 2014). 100% di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo documentata (dissenso informato).</p>	DASOE - Grusotto Anagrafe Vaccinale Sistema di rilevazione delle coperture vaccinali e delle motivazioni di mancata vaccinazione anti-polio e anti-morbillo
			7. Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole	Proporzione di Regioni che realizzano un programma di comunicazione. Il programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto	N.D.	100%	DASOE
			8. Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)	Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali	Proporzione di AA.SS.PP. che documentano l'adozione di un piano di risposta alle emergenze	N.D.	100%	DASOE Sistema di sorveglianza speciale delle MIB. SDO
			9. Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE	Proporzione di strutture ospedaliere, appartenenti ad aziende sanitarie e aziende ospedaliere, aderenti alla Circolare "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" del 26/02/2013, sul totale delle strutture ospedaliere	N.D.	100%	DASOE
			10. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie	Proporzione di AA.SS.PP. che producono un report annuale che documenti l'uso degli antibiotici, con finalità di controllo dell'antibiotico resistenza	N.D.	100%	DASOE
			11. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Proporzione di AA.SS.PP. che realizzano il programma di comunicazione. Il programma deve prevedere interventi periodici di cui deve essere valutato l'impatto	N.D.	100%	DASOE
			12. Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie	Proporzione di CIO che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza	N.D.	100%	DASOE

2.10 - Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli

2.10.1 ó Piano Regionale Pluriennale Integrato dei Controlli anche a sviluppo interdisciplinare per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Razionale

L'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione per gli aspetti che coinvolgono la sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria si concretizza attraverso lo sviluppo e l'attuazione del Macro Obiettivo 2.10 (**rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli**) in applicazione del Regolamento Ce n. 882 del 2004 *relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali*.

Infatti, il Piano Nazionale Integrato (PNI), che descrive il Sistema dei controlli ufficiali svolti lungo l'intera filiera alimentare al fine di tutelare i cittadini dai pericoli di natura sanitaria e dalle pratiche produttive sleali, viene integrato ed approfondito per alcuni aspetti che costituiscono una parte fondamentale ed integrante del Piano Regionale di Prevenzione.

In quest'ottica, pertanto, le attività di controllo delle produzioni alimentari vengono integrate in una visione d'insieme con i controlli relativi ad altri ambiti di interesse che possono influire sulle produzioni agro-zootecniche (sanità e benessere animale, alimentazione animale, sanità delle piante, ecc.), in linea -per altro- con la proposta n. 0140/2013 (COD) per l'aggiornamento del Regolamento Ce n. 882 del 2004 con la estensione degli ambiti di interesse anche ai temi della sanità delle piante, del materiale riproduttivo vegetale e dei fitosanitari.

Pertanto, l'approccio del Piano regionale di Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria risulta coerente, completo e integrato ai controlli del PNI.

Tali controlli, unitamente alle attività di rafforzamento di alcuni aspetti particolari, consentiranno il raggiungimento dell'obiettivo fondamentale (anche se non l'unico) di prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi, diretti o veicolati dall'ambiente, per gli esseri umani e per gli animali.

Contestualmente potrà essere pienamente realizzata la visione globale ed integrata del sistema di prevenzione, la corretta gestione del funzionamento dell'Autorità Competente e la qualità delle prestazioni richieste dallo standard per il funzionamento delle Autorità competenti, definito dal Ministero della Salute in accordo con le Regioni ed approvato con l'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013.

Tutto ciò in aderenza al dettato nazionale che deve garantire la coerenza e la qualità delle attività di prevenzione nel settore dei mangimi, degli alimenti, della salute e del benessere degli animali in sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

In virtù di quanto sopra, nella considerazione che i fattori di rischio/determinanti sono comuni, si recepiscono le strategie di intervento presenti nel Piano Nazionale di Prevenzione, che vengono sommariamente indicate nell'ambito di ogni azione o gruppo di azioni di intervento.

I provvedimenti esecutivi previsti dal presente programma individueranno, nel dettaglio, gli attori e le relative modalità di attuazione di ogni singola attività e/o azione.

Azioni

Al fine di assicurare il coordinamento efficace di cui all'art.4, par. 3, del Reg. 882/2004, delle e tra le autorità competenti che effettuano controlli sulla filiera alimentare, sono state adottate le azioni seguenti:

Azione 2.10.1.a Predisposizione ed adozione di un protocollo di intesa con le forze dell'ordine (in primis con i Carabinieri per la Tutela della Salute ó NAS, ma eventualmente anche con altri corpi come Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Corpo Forestale, Capitaneria di Porto) per la pianificazione ed il coordinamento dei controlli sulla filiera alimentare.

Azione 2.10.1.b Predisposizione ed adozione di un protocollo di intesa con l'Assessorato Regionale Agricoltura ed eventualmente con l'Assessorato Regionale per il Territorio e l'Ambiente per la pianificazione ed il coordinamento dei controlli fitosanitari nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali;

Obiettivo Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura.

Indicatore Adozione di n. 2 protocolli per l'intervento integrato (n.1 nel 2016 e n.1 nel 2017).

Al fine di classificare le attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 852/2004, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, di cui alla nota prot. DGSAF 9875-P-15/05/2013, e raggiungere l'obiettivo specifico di **completare i sistemi anagrafici** sono programmate le seguenti quattro azioni:

Azione 2.10.1.c Attività di ricognizione presso le AASSPP finalizzata a conoscere la tipologia di SI utilizzato, lo stato di implementazione e/o di adeguamento alla "Masterlist 852", lo stato di allineamento degli archivi cartacei a quelli informatici, lo stato di alimentazione del SINVSA (Sistema Informativo Nazionale Veterinario e Sicurezza Alimentare).

Obiettivo Conoscere lo stato dell'arte per l'adozione di eventuali azioni correttive.

Indicatore Predisposizione di report specifico (2015)

Azione 2.10.1.d Costituzione e funzionamento Gruppo di lavoro regionale Sistemi Informativi in "Sicurezza Alimentare" (2015)

Obiettivo Valutare punti di forza, punti di debolezza e criticità e condividere le soluzioni, monitorando con cadenza quadrimestrale lo stato di avanzamento lavori (SAL) per il funzionamento e l'adeguamento dei S.I.

Indicatore verbali di riunione

Azione 2.10.1.e Adozione di specifica disposizione per l'adeguamento delle anagrafiche alla "masterlist 852"

Obiettivo Fissare regole uniche, conformi alla disposizione ministeriale, per comportamenti univoci nell'intero territorio regionale (2016)

Indicatore Disposizione regionale

Azione 2.10.1.f Verifiche ispettive (2017 e 2018)

Obiettivo Accertare il pieno rispetto nell'utilizzo della "Masterlist 852"

Indicatore Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"

Azione 2.10.1.g Rivisitazione e miglioramento dell'anagrafica degli Operatori del Settore dei Mangimi.

Obiettivo Completare la migrazione sul Sistema SINVSA di tutti gli operatori riconosciuti ai sensi dell'articolo 10 del Regolamento Ce n. 183 del 2005 con le modalità e i tempi che saranno fissati dal Ministero della Salute secondo le previsioni del Piano Nazionale per l'Alimentazione Animale [migrazione a cura del Centro Nazionale Servizi (CNS) con prelievo dai sistemi esistenti oppure, occorrendo, attraverso migrazione manuale, con la garanzia -da parte delle Aziende Sanitarie- del mantenimento dell'allineamento].

Indicatore Popolamento del Sistema SINVSA e Implementazione dell'anagrafe degli Operatori del Settore dei Mangimi con l'inserimento degli stabilimenti riconosciuti (2015)

Azione 2.10.1.h Inserimento o trasferimento massivo degli operatori del settore postprimario sul Sistema SINVSA.

Obiettivo Completare l'inserimento puntuale o il trasferimento massivo in SINVSA, così come previsto dal PNAA 2015 e 2017, di tutti gli operatori del settore post-primario registrati ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento n. 183 del 2005.

Indicatore Popolamento del Sistema SINVSA entro il 31 dicembre 2016 e Implementazione dell'anagrafe degli Operatori del Settore dei Mangimi con l'inserimento degli operatori del settore post-primario registrati.

I pericoli di natura chimico-fisica e biologica possono manifestarsi improvvisamente sotto forma di eventi di portata straordinaria, ovvero situazioni che travalicano la normale capacità operativa delle risorse a disposizione e dei sistemi di gestione in uso, segnatamente il sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi RASFF.

Per rafforzare, dare attuazione sempre maggiore al sistema RASFF e raggiungere l'obiettivo specifico relativo alla gestione delle emergenze/eventi straordinari in sanità veterinaria e sicurezza alimentare, sono state programmate le seguenti azioni:

Azione 2.10.1.i Elaborazione ed adozione di un piano regionale di Emergenza integrato con le componenti sanitarie e non sanitarie.

Indicatore: piano operativo integrato di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari (2016)

Azione 2.10.1.l Verifica di campo (fase di test) del piano di emergenza adottato in sicurezza alimentare.

Indicatore: Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare (2018)

Azione 2.10.1.m Verifica di campo (fase di test) del piano di emergenza adottato in sanità veterinaria.

Indicatore: Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale (2017)

Determinate categorie di cittadini vivono una condizione di vulnerabilità a causa delle intolleranze e/o allergie alimentari e della difficoltà a reperire alimenti idonei alle proprie necessità. E' quindi strategico elevare la correttezza e la completezza dell'informazione circa i contenuti e le proprietà degli alimenti favorendo scelte alimentari consapevoli e perseguendo una strategia che favorisca la disponibilità di alimenti che rispondano alle loro esigenze.

Per raggiungere l'obiettivo specifico di **aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici ed intolleranti**, ivi comprese le persone celiache, sono state programmate le seguenti azioni:

Azione 2.10.1.n: elaborazione, adozione e attuazione di un piano regionale allergeni;

Il provvedimento con cui sarà data attuazione al piano regionale allergeni, individuerà il numero di campioni da prelevare con la relativa stratificazione territoriale, i soggetti attuatori del programma (AASSPP) e le modalità di rendicontazione delle attività.

Obiettivo: rilevare alimenti contenenti allergeni (non dichiarati in etichetta o in quantità superiore alle concentrazioni previste);

Indicatore: percentuale di non conformità rispetto al campione programmato

Azione 2.10.1.o: elaborazione, adozione e attuazione di un programma regionale integrato celiachia

Il provvedimento con cui sarà data attuazione al piano regionale celiachia, individuerà le modalità ed il termine ultimo che le AASSPP devono rispettare per il flusso ministeriale, il numero minimo di eventi formativi che le AASSPP devono realizzare e le relative modalità di rendicontazione delle attività.

Obiettivo 1 aggiornamento delle informazioni inerenti il numero dei celiaci e delle mense

Indicatore 1: invio corretto e completo, entro il 31 marzo di ogni anno, del flusso informativo ministeriale relativo a mense e celiaci.

Obiettivo 2: interventi per agevolare l'accesso delle persone affette da celiachia nelle mense delle strutture scolastiche ed ospedaliere e mense pubbliche o convenzionate

Indicatore 2: bando regionale per l'erogazione di contributi

Obiettivo 3: formazione ed aggiornamento professionale degli OSA, con particolare riferimento agli addetti alla produzione e somministrazione;

Indicatore 3: programma integrato di formazione/informazione regionale per gli operatori del settore alimentare che preveda almeno 5 eventi formativi all'anno.

Il PNP individua espressamente la carenza nutrizionale di iodio quale problema di salute pubblica rilevante, poiché gli effetti negativi, che possono interessare tutte le fasi della vita, risultano più gravi durante la gravidanza, allattamento e infanzia.

Al fine di perseguire l'obiettivo specifico di **ridurre** la frequenza dei **disordini da carenza iodica** ed i relativi costi socio-sanitari sono state adottate le seguenti azioni:

Azione 2.10.1.p: elaborazione, ~~l'~~adozione e ~~l'~~attuazione di un piano regionale sale iodato (con rendicontazione al Ministero della Salute entro il 31 marzo di ogni anno).

Il provvedimento con cui sarà data attuazione al piano regionale sale iodato, individuerà il numero di campioni da prelevare con la relativa stratificazione territoriale, i soggetti attuatori del programma (AASSPP) e le modalità e il termine ultimo di rendicontazione delle attività.

Obiettivo 1: rilevare presenza/assenza di sale iodato presso ipermercati e centri cottura;

Indicatore 1: percentuale di punti vendita e centri cottura, rispetto al campione programmato, che utilizzano sale iodato;

Obiettivo 2: verificare il tenore di iodio nel sale arricchito;

Indicatore 2: numero e percentuale di campioni di sale iodato non conformi, rispetto a quelli programmati

Azione 2.10.1.q: programmare ed implementare una corretta politica per la prevenzione dei disordini della carenza iodica;

Obiettivo: Disporre, avviare e verificare il flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del Tsh neonatale al Ministero della Salute ed all'Osservatorio Nazionale ISS;

Indicatore: Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del Tsh neonatale.

Attuazione dei contenuti dell'accordo Stato regioni del 7/2/2013 concernente le linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle autorità competenti in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria

L'efficacia generale del sistema di controllo ufficiale non può prescindere dalla definizione e garanzia di adeguati standard di funzionamento, che includono il coordinamento tra le autorità competenti e al loro interno, e da attività di verifica sulle attività di controllo ufficiale svolte (verifica dell'efficacia e audit delle autorità competenti). Il suddetto standard, adottato mediante l'Accordo Stato regioni del 7 febbraio 2013, prevede tre percorsi formativi: il 1° percorso di approfondimento del pacchetto igiene, il 2° audit su OSA e il 3° audit SSN. La formazione è il prerequisito per assicurare un'uniforme e coerente attività di controllo ufficiale. Un numero consistente di operatori sanitari coinvolti nel controllo ufficiale deve ricevere la formazione per l'approfondimento del pacchetto igiene (1° percorso). Infatti il pacchetto igiene comprende il regolamento CE 882/2004, che è la norma cogente utilizzata per definire gli elementi di conformità e le evidenze oggettive proprie dello standard di funzionamento delle autorità competenti.

Per attuare la strategia di intervento di cui sopra sono state programmate le seguenti azioni:

Azione 2.10.1.r: elaborazione, adozione ed attuazione di un programma regionale di formazione su metodi, tecniche ed organizzazione del controllo ufficiale.

Obiettivo 1: formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale il personale coinvolto nei controlli ufficiali (corso base);

Indicatore 1: Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente (corso base);

Obiettivo 2: mantenimento della formazione per il personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso;

Indicatore 2: rilevare la percentuale di personale coinvolto nei controlli ufficiali in precedenza formato sugli argomenti del primo percorso (corso base);

Al fine di raggiungere l'obiettivo specifico di **Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004**, sono state programmate le azioni che seguono:

Azione 2.10.1.s: implementazione di una procedura di audit unica e univoca.

Obiettivo: redazione della procedura di audit a copertura dei settori dei mangimi, degli alimenti, della salute e del benessere degli animali;

Indicatore: approvazione della procedura di audit.

Azione 2.10.1.t: elaborazione, adozione, attuazione del programma regionale di audit.

Obiettivo 1: sottoporre ad audit almeno il 20% delle AASSPP all'anno;

Indicatore 1: rilevare la percentuale di AASSPP sottoposta ad audit ogni anno;

Obiettivo 2: sottoporre ad audit almeno il 20% all'anno dei sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia";

Indicatore 2: rilevare la percentuale dei sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" ogni anno;

La tutela della salute, della integrità e degli interessi dei consumatori in relazione al consumo degli alimenti e tra questi, in particolare, quelli di origine animale, passa anche attraverso il corretto uso del farmaco in allevamento e ciò allo scopo di garantire l'assenza di residui di medicinali veterinari nei prodotti di origine animale destinati al consumo umano ed anche allo scopo di ridurre i sempre più crescenti e allarmanti fenomeni di antibiotico-resistenza.

Azione 2.10.1.u: rafforzamento del sistema della farmacovigilanza.

Obiettivo 1: aggiornamento del Piano Pluriennale della farmacovigilanza;

Indicatore 1: adozione di iniziative finalizzate alla implementazione del Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario, ivi compresa la redazione di un nuovo piano su base pluriennale; Anno 2016.

Obiettivo 2: miglioramento del sistema di gestione delle prescrizioni;

Indicatore 2: realizzazione di n.2 eventi di sensibilizzazione/formazione/informazione, rivolto ai portatori di interesse, ivi compresi distributori (ingrosso e dettaglio), veterinari prescrittori e del controllo ufficiale; Annuale a partire dal 2016.

L'esercizio delle attività di controllo ufficiale ai sensi del Regolamento n. 882 del 2004 passa anche attraverso la capacità di laboratorio su cui possa contare l'Autorità Competente in ossequio a quanto previsto dagli articoli 11 e 12 dello stesso Regolamento che pone l'imprescindibile requisito dell'accreditamento dei laboratori e delle singole prove in conformità alla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025: 2005. In aggiunta, la multiforme natura eziologica delle cause di malattie trasmesse con gli alimenti richiede, soprattutto per gli aspetti delle zoonosi alimentari di origine batterica o virale, una integrazione nel sistema dei controlli ufficiali dei laboratori ospedalieri, dei laboratori di sanità pubblica, dei laboratori di sanità veterinaria e dei laboratori di diagnostica microbiologica e molecolare in campo alimentare.

L'esercizio del controllo ufficiale attraverso il campionamento e l'analisi di laboratorio richiede, inoltre, il costante aggiornamento e la diffusione uniforme delle migliori e più aggiornate tecniche validate secondo metodi normati o normalizzati.

Azione 2.10.1.v: miglioramento e integrazione delle capacità di laboratorio regionali.

Obiettivo 1: individuazione della complessiva capacità di laboratorio regionale in materia di analisi sui mangimi, sugli alimenti, sulla salute e sul benessere degli animali;

Indicatore 1: report e/o relazione sui laboratori presenti nella Regione Siciliana. Anno 2015

Obiettivo 2: individuazione e attuazione di una governance del sistema regionale dei laboratori pubblici a supporto del controllo ufficiale;

Indicatore 2: adozione di un provvedimento per la riorganizzazione della rete dei laboratori e per l'integrazione in una piattaforma unica di gestione dei dati e delle informazioni concernenti i mangimi, gli alimenti, la salute e il benessere degli animali, anche con riferimento alle zoonosi, alle malattie trasmesse con gli alimenti (specie di origine animale) e alle malattie idrodifuse. Anno 2016.

Obiettivo 3: sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario.

Indicatore 3: protocollo di intesa tra aziende sanitarie e Istituto Zooprofilattico Sperimentale per l'adozione di un set diagnostico standardizzato e relative procedure ai fini dell'implementazione del sistema di allerta e sorveglianza delle malattie zoonotiche di origine alimentare. Anno 2017.

Obiettivo 4: Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici

Indicatore 4: Documentazione (verbale o report) attestante il riesame e l'aggiornamento della capacità di laboratorio in funzione delle esigenze regionali. Anno 2018.

Il controllo delle malattie infettive e diffusive degli animali di interesse zootecnico comporta anche lo studio delle interfacce domestico/selvatico onde potere monitorare i livelli di interscambio di patogeni tra i due comparti. Sono ben note le correlazioni esistenti tra l'ambito selvatico di tipo migratorio e l'ambito domestico

per ciò che riguarda l'Influenza Aviaria e la West Nile Disease e in tale considerazione occorre rafforzare i sistemi di sorveglianza sia attiva che passiva sull'avifauna sia migratoria che stanziale.

Altresì note sono le correlazioni nei casi di promiscuità tra mammiferi selvatici e ruminanti per ciò che riguarda la diffusione e il mantenimento nei territori di infezioni come la tubercolosi e la brucellosi negli animali di interesse zootecnico.

Per tali ragioni si ritiene necessario un rafforzamento dei sistemi di sorveglianza nei due comparti, privilegiando nel caso di WND e IA le aree a più denso flusso di migrazioni per l'avifauna e, nel secondo caso, le aree regionali con indici di prevalenza e/o incidenza più elevati rispetto alla media regionale.

Azione 2.10.1.z: attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici

Obiettivo: elaborare un piano di sorveglianza in popolazioni animali selvatiche nei riguardi di I.A., W.N.D. Brucellosi e Tubercolosi;

Indicatore: provvedimento di approvazione del piano (2017)

2.10.2 ó Piano Regionale Pluriennale di Costruzione del Corretto Rapporto Uomo/Animale/Ambiente.

Razionale

Nella regione siciliana, in alcune aree in particolare, il rapporto uomo/animali/ambiente raggiunge livelli di compromissione allarmanti i cui effetti sono documentati dalle frequenti aggressioni alle greggi da parte di branchi di cani randagi o inselvaticiti e dalle ricorrenti segnalazioni da parte di cittadini, Autorità locali e Forze dell'Ordine di problematiche arrecate dalla presenza degli animali vaganti.

La prevenzione del randagismo continua ad essere, quindi, una fondamentale esigenza di prevenzione per limitare al minimo l'impatto sulla salute e, soprattutto, sulla sicurezza pubblica.

Allo scopo di costruire un corretto rapporto uomo/animali/ambiente si rende necessaria, innanzi tutto, una ricognizione sulla attuale portata e incidenza delle problematiche relative e sulle capacità di gestione, sia da parte degli Enti locali che da parte dei Servizi Veterinari delle Aziende Sanitarie provinciali.

Si rende altresì necessaria la implementazione di azioni atte a riqualificare il rapporto uomo/animali con un miglioramento del sistema anagrafico di identificazione e registrazione degli animali e con una governance di livello locale e centrale in materia di conduzione e di funzionamento delle strutture di ricovero.

Azioni

Al fine di costruire un corretto rapporto uomo/animali/ambiente e raggiungere l'obiettivo di prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione e i relativi controlli sui canili/rifugi vengono adottate le seguenti azioni:

2.10.2.a: attuazione di una campagna pluriennale di informazione nei riguardi della popolazione/utenza target.

Obiettivo: accrescere la sensibilità della popolazione generale sui temi del rapporto Uomo/Animali/Ambiente

Indicatore: realizzazione di una campagna di informazione e sensibilizzazione entro il 2017.

2.10.2.b: attuazione di una campagna pluriennale di formazione nei riguardi del personale dei Servizi Veterinari e degli Enti locali.

Obiettivo: migliorare le conoscenze e le competenze del personale.

Indicatore: corsi di formazione/aggiornamento in numero di almeno due per anno di riferimento del piano. A partire dal 2015.

2.10.2.c: riorganizzazione del sistema anagrafico regionale per la gestione dell'anagrafe canina (ACRES).

Obiettivo: allineare tutte le province dell'isola verso un unico standard di gestione e funzionamento del sistema anagrafico (ACRES).

Indicatore: proporzione di cani identificati ed iscritti all'anagrafe regionale e restituiti al proprietario rispetto al numero dei cani catturati. 2016

2.10.2.d: aggiornamento e implementazione dell'anagrafe delle strutture di ricovero presenti in Sicilia.

Obiettivo: regimentare un sistema di aggiornamento, anche mediante geolocalizzazione, sulla rete e sul funzionamento delle strutture di ricovero presenti nella regione, anche ai fini del governo del sistema di controllo.

Indicatore: Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi censiti sul territorio. A partire dal 2017.

2.10.2.e: approccio verso l'etologia canina.

Obiettivo: avvio di un sistema istituzionalizzato di studio etologico del cane morsicatore mediante avvio di uno studio pilota.

Indicatore: rapporti annuali a partire dal 2017.

N.	Macro Obiettivo	Programma	Fattori di rischio /determinanti	Popolazione target	Azioni	Obiettivi Specifici	Indicatori	Standard
1	Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	Piano Regionale Integrato dei Controlli in Sicilia (PRIC Sicilia) anche a sviluppo interdisciplinare per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	<u>Fattori di rischio:</u> Esposizione dell'uomo e degli animali a rischi chimici, fisici e biologici Pratiche commerciali non leali, per i mangimi e gli alimenti Inadeguata tutela dei consumatori per problematiche connesse alla etichettatura, presentazione e pubblicità dei prodotti alimentari	Popolazione generale	Predisposizione ed adozione di un protocollo di intesa con le forze dell'ordine per la pianificazione ed il coordinamento dei controlli sulla filiera alimentare.	Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura	Adozione di protocolli per l'intervento integrato	1 2016
2			<u>Fattori protettivi:</u> Ottimale funzionamento delle autorità competenti che hanno il compito di verificare l'attuazione delle disposizioni volte a prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, siano essi rischi diretti o veicolati dall'ambiente		Predisposizione ed adozione di un protocollo di intesa con l'Ass.to reg.le Agricoltura la pianificazione ed il coordinamento dei controlli fitosanitari nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali			1 2017

3					Attività di ricognizione presso le AASSPP finalizzata a conoscere la tipologia di SI utilizzato, lo stato di implementazione e/o di adeguamento alla "Masterlist 852", lo stato di allineamento degli archivi cartacei a quelli informatici, lo stato di alimentazione del SINVA	Conoscere lo stato dell'arte per l'adozione di eventuali azioni correttive	Predisposizione di report specifico (2015)	2015
4					Costituzione e funzionamento Gruppo di lavoro regionale Sistemi Informativi in "Sicurezza Alimentare"	Valutare punti di forza, punti di debolezza e criticità e condividere soluzioni, monitorando con cadenza quadrimestrale lo SAL per il funzionamento e l'adeguamento dei S.I.	verbali di riunione	2015
5					Adozione di specifica disposizione per l'adeguamento delle anagrafiche alla "masterlist 852"	Fissare regole uniche, conformi alla disposizione ministeriale, per comportamenti univoci nell'intero territorio regionale	Disposizione regionale	2016
6					Verifiche ispettive	Accertare il pieno rispetto nell'utilizzo della masterlist 852	100% Adeguatezza delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla	2017 2018

							Masterlist regolamento CE 852/2004	
7					Rivisitazione e miglioramento dell'anagrafica degli Operatori del Settore dei Mangimi	Completare la migrazione sul Sistema SINVSA di tutti gli operatori riconosciuti ai sensi dell'articolo 10 del Regolamento Ce n. 183 del 2005	Popolamento del Sistema SINVSA e Implementazione dell'anagrafe degli Operatori del Settore dei Mangimi con l'inserimento degli stabilimenti riconosciuti	2015
8					Inserimento o trasferimento massivo degli operatori del settore post-primario sul Sistema SINVSA	Completare l'inserimento puntuale o il trasferimento massivo in SINVSA di tutti gli operatori del settore post-primario registrati ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento n. 183 del 2005.	Popolamento del Sistema SINVSA e Implementazione dell'anagrafe degli Operatori del Settore dei Mangimi con l'inserimento degli operatori del settore post-primario registrati.	2016
9					Elaborazione ed adozione di un piano regionale di Emergenza integrato con le componenti sanitarie e non sanitarie per la gestione delle	Gestire le emergenze epidemiche veterinarie e non e gli eventi straordinari	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/ eventi	2016

					emergenze veterinarie epidemiche e non e gli eventi straordinari.		straordinari	
11					Verifica di campo (fase di test) del piano di emergenza adottato in sicurezza alimentare		Svolgimento di un evento esercitativo di scala regionale, in applicazioni e del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare	2018
12					Verifica di campo (fase di test) del piano di emergenza adottato in sanità veterinaria		Svolgimento di un evento esercitativo di scala regionale, in applicazioni e del piano di emergenza, riguardante una malattia animale	2017
13					Elaborazione, adozione e attuazione di un piano regionale allergeni	Rilevare alimenti contenenti allergeni non dichiarati in etichetta	Percentuale di non conformità rispetto al campione programmato	Piano annuale 2015-2018
14					Elaborazione, adozione e attuazione di un programma regionale integrato celiachia	Aggiornamento delle informazioni inerenti il numero dei celiaci e delle mense	Invio corretto e completo, entro il 15 maggio di ogni anno, del flusso informativo ministeriale relativo a mense e celiaci	Entro maggio di ogni anno (2015-2018)

15						Interventi per agevolare l'accesso delle persone affette da celiachia nelle mense delle strutture scolastiche ed ospedaliere e mense pubbliche o convenzionate	Bando regionale per erogazioni e di contributi	2015
16						Formazione ed aggiornamento professionale degli OSA, con particolare riferimento agli addetti alla produzione e somministrazione	Programma integrato di formazione/informazione regionale per gli operatori del settore alimentare che preveda almeno 5 eventi formativi all'anno	Piano annuale 2015-2018
17					Elaborazione ed adozione di un piano regionale di controllo ufficiale sale iodato	Rilevare presenza/assenza di sale iodato presso ipermercati e centri cottura	Percentuale di punti vendita e centri cottura che utilizzano sale iodato	Piano annuale 2015-2018
18						Verificare il tenore di iodio nel sale arricchito	Numero e percentuale di campioni di sale iodato non conformi, rispetto a quelli programmati	Piano annuale 2015-2018
19					Programmare ed implementare una corretta politica per la prevenzione dei disordini della carenza iodica	Disporre, avviare e verificare il flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del Tsh neonatale al Ministero della Salute ed all'Osservatorio Nazionale ISS	Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del Tsh neonatale	2016: Direttiva regionale 2017: attivazione del flusso all'ISS secondo il format in uso, monitora

								ggio e rilevamento eventuali anomalie 2018: verifica del flusso e soluzione di eventuali anomalie
20					Elaborazione, adozione ed attuazione di un programma regionale di formazione su metodi, tecniche ed organizzazione e del controllo ufficiale	Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione e del controllo ufficiale ogni anno il personale coinvolto nei controlli ufficiali (corso base)	Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente	33% 2016 33% 2017 34% 2018
21						Mantenimento della formazione per il personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso	Rilevare la percentuale di personale coinvolto nei controlli ufficiali in precedenza formato sugli argomenti del primo percorso (corso base)	
22					Implementazione di una procedura di audit unica e univoca	Redazione della procedura di audit a copertura dei settori dei mangimi, degli alimenti, della salute e del benessere degli animali	Approvazione della procedura di audit	2015

23					Elaborazione, adozione ed attuazione del programma regionale di audit	sottoporre ad audit almeno il 20% delle AASSPP all'anno	rilevare la percentuale di AASSPP sottoposta ad audit ogni anno	40% al 2015 60% al 2016 80% al 2017 100% al 2018
24					Elaborazione, adozione ed attuazione del programma regionale di audit	Sottoporre ad audit almeno il 20% all'anno dei sistemi di controllo di cui al Country Profile Italia	rilevare la percentuale dei sistemi di controllo di cui al Country Profile Italia ogni anno	40% al 2015 60% al 2016 80% al 2017 100% al 2018
25					Rafforzamento del sistema della farmacosorveglianza	Aggiornamento del Piano Pluriennale della farmacosorveglianza	Adozione di iniziative finalizzate alla implementazione del Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario, ivi compresa la redazione di un nuovo piano su base pluriennale; Anno 2016.	2016

26						miglioramento del sistema di gestione delle prescrizioni	realizzazione di n.2 eventi di sensibilizzazione/formazione/informazione, rivolto ai portatori di interesse, ivi compresi distributori (ingrosso e dettaglio), veterinari prescrittori e del controllo ufficiale;	Annuale a partire dal 2016
27						individuazione della complessiva capacità di laboratorio regionale in materia di analisi sui mangimi, sugli alimenti, sulla salute e sul benessere degli animali	report e relazione sui laboratori presenti nella Regione siciliana	2015
28					miglioramento e integrazione delle capacità di laboratorio	Individuazione e attuazione di una governance del sistema regionale dei laboratori pubblici a supporto del controllo ufficiale	adozione di un provvedimento per la riorganizzazione della rete dei laboratori e per la integrazione e in una piattaforma unica di gestione dei dati e delle informazioni concernenti i mangimi, gli alimenti, la salute e il benessere degli animali,	2016

							anche con riferimento alle zoonosi, alle malattie trasmesse con gli alimenti (specie di origine animale) e alle malattie idrodifuse	
						Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	Protocollo di intesa tra aziende sanitarie e Istituto Zooprofilattico Sperimentale per l'adozione di un set diagnostico standardizzato e relative procedure ai fini dell'implementazione del sistema di allerta e sorveglianza delle malattie zoonotiche di origine alimentare	2017
						Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	Documentazione (verbale o report) attestante il riesame e l'aggiornamento della capacità di laboratorio in funzione delle esigenze	2018

							regionali.	
29					Attuazione di una campagna pluriennale di informazione nei riguardi della popolazione/utenza target	Accrescere la sensibilità della popolazione generale sui temi del rapporto Uomo/Animali/Ambiente	Realizzazione di una campagna di informazione e sensibilizzazione entro il 2017	2017
30					Attuazione di una campagna pluriennale di formazione nei riguardi del personale dei Servizi Veterinari e degli Enti locali	Migliorare le conoscenze e le competenze del personale	Corsi di formazione/aggiornamento in numero di almeno due per anno di riferimento del piano.	A partire dal 2015
31					Riorganizzazione del sistema anagrafico regionale per la gestione dell'anagrafe canina (ACRES)	Allineare tutte le province dell'isola verso un unico standard di gestione e funzionamento del sistema anagrafico (ACRES)	Proporzione di cani identificati ed iscritti all'anagrafe regionale e restituiti al proprietario rispetto al numero di cani catturati	2016
32					aggiornamento e implementazione dell'anagrafe delle strutture di ricovero presenti in Sicilia	regimentare un sistema di aggiornamento, anche mediante geolocalizzazione, sulla rete e sul funzionamento delle strutture di ricovero presenti nella regione, anche ai fini del governo del sistema di controllo	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi censiti sul territorio. A partire dal 2017.	A partire dal 2017

33					approccio verso l'etologia canina	avvio di un sistema istituzionalizzato di studio etologico del cane morsicatore mediante avvio di uno studio pilota	rapporti annuali a partire dal 2017	A partire dal 2017
34					Attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	Piano di sorveglianza in popolazioni di animali selvatiche per I.A., W.N.D., TBC e BRC	Provvedimento di approvazione del piano	2017

Indicatori

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore baseline	Standard	Fonte dei dati
Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura	10.1.1	Adozione di protocolli per l'intervento integrato	Adozione di misure di coordinamento e cooperazione tra la Regione e le altre Amministrazioni che effettuano controlli sulla filiera alimentare al fine di assicurare l'efficace coordinamento di cui all'Articolo 4, paragrafo 3 del regolamento 882/2004	0	100% Adozione di n. 2 protocolli di intervento integrato, che descrivono i meccanismi attraverso i quali si raggiunge l'obiettivo (es. riunioni, comitati congiunti, gruppi di collegamento, ecc.) 1 entro 31 dicembre 2016 1 entro 31 dicembre 2017	Regione
Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	10.2.1	Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	Adozione di un sistema informatizzato per tracciare il percorso produttivo e distributivo dei farmaci veterinari, con i seguenti obiettivi: - Migliorare gli strumenti di analisi e controllo dell'intera filiera sul territorio nazionale - Migliorare gli strumenti di rintracciabilità a disposizione delle autorità competenti - Monitorare e studiare l'antibiotico-resistenza, attraverso strumenti di analisi delle vendite di antibiotici - Permettere l'integrazione con i sistemi per la dematerializzazione della ricetta veterinaria, al fine di snellire le procedure operative attualmente sostenute dagli operatori	Non rilevato	Adozione di iniziative finalizzate alla implementazione del Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario, ivi compresa la redazione di un nuovo piano su base pluriennale; Anno 2016. realizzazione di n.2 eventi di sensibilizzazione/formazione /informazione, rivolto ai portatori di interesse, ivi compresi distributori (ingrosso e dettaglio), veterinari prescrittori e del controllo ufficiale; annuale a partire dal 2016	Regioni
Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana	10.3.1	Protocolli di collaborazione che garantiscano un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali	Protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA per l'adozione di un set diagnostico standardizzato e relative procedure ai fini dell'implementazione del sistema di allerta e sorveglianza delle malattie	Non rilevato	Protocollo di intesa tra aziende sanitarie, IZS e ARPA	Regione

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore baseline	Standard	Fonte dei dati
e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario		e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali	zoonotiche di origine alimentare			
Completare i sistemi anagrafici	10.4.1	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi	Inserimento nel Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVSA) di tutti i nuovi operatori del settore dei mangimi (OSM) registrati o riconosciuti a partire dal 2015 e trasferimento delle anagrafiche preesistenti in possesso di Regioni e P.A. secondo le tempistiche e le modalità dettate dal Piano Nazionale Alimentazione Animale 2015-2017	Non rilevato	Implementazione, in modo informatizzato, il sistema informativo nazionale SINVSA per la gestione delle anagrafiche degli OSM, anche in cooperazione applicativa Operatori Riconosciuti 2015 Operatori Registrati 2016	Sistema Informativo Nazionale per la gestione delle anagrafiche degli OSM (piattaforma SINVSA)
	10.4.2	Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla Masterlist regolamento CE 852/2004	La classificazione delle attività soggette a registrazione ai sensi del Reg. 852/2004 (di seguito Master List 852) è stata elaborata dal gruppo di lavoro "Anagrafi e Nomenclature" del Ministero della Salute e trasmessa con nota prot. DGSAF 9875-P-15/05/2013	Non rilevato	2015 Ricognizione (report) e attivazione gruppo di lavoro 2016 Disposizione regionale 2018 Conformità completa delle anagrafi delle ASP alla masterlist 852 (visite ispettive)	Regione/AASSPP
Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari	10.5.1	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari	Adozione di piani operativi di intervento per la gestione delle emergenze che definiscano le modalità di cooperazione tra le componenti sanitarie e con altri attori che concorrono alla gestione (es. protezione civile, vigili del fuoco, forze di polizia, ecc.)	Non rilevato	100% Entro 31 dicembre 2016 Predisposizione piano di intervento per la gestione delle emergenze con elevato livello di integrazione	Regione
	10.5.2	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare	Come previsto dall'Intesa Stato regioni del 24 gennaio 2008, l'Unità di Crisi regionale e delle province autonome di Trento e Bolzano ha il compito, i "promuovere l'organizzazione di corsi di formazione e addestramento dei servizi veterinari, dei SIAN, degli IZS e delle ARPA"	Non rilevato	100% Entro 31 dicembre 2018 Realizzazione di un evento esercitativo, di scala regionale, che coinvolga il personale dei servizi veterinari, dei SIAN, degli IZS e delle ARPA, tramite la simulazione della gestione di un'emergenza nel campo della sicurezza alimentare (esercitazione di campo, table-top exercise, ecc...)	Regione
	10.5.3	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di	Con appositi dispositivi normativi l'Italia ha adottato piani di emergenza per diverse malattie infettive e diffusive animali: afta	Non rilevato	Realizzazione entro l'anno 2017 di un evento esercitativo, di scala regionale, recante la	Regione

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore baseline	Standard	Fonte dei dati
		emergenza riguardante una malattia animale	epizootica, malattia vescicolare del suino, blue tongue, peste suina classica, peste suina africana, influenza aviaria, malattia di Newcastle		simulazione della gestione di un'emergenza relativa ad una malattia animale (esercitazione di campo, table-top exercise, ecc...)	
Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	10.6.1	Attuazione di Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	I piani di sorveglianza sanitaria degli animali selvatici devono avere come obiettivo prioritario la rapida rilevazione di un determinato agente eziologico nel territorio soggetto a sorveglianza (early detection), nonché la contestuale raccolta di dati sanitari per la valutazione del rischio circa la trasmissione di tale agente alle popolazioni domestiche e agli esseri umani e sulla base di questa l'adozione di idonee misure di gestione. Le malattie da sottoporre a sorveglianza sono: afta epizootica, peste suina classica, peste suina africana, rabbia, influenza aviaria, west Nile disease, pseudopeste aviaria, brucellosi, tubercolosi	Non rilevato in maniera standardizzata	100% In ogni Regione è attuato un piano di sorveglianza per almeno 4 delle malattie di cui alla definizione	DGSAF - CERMA S
Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	10.7.1	Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013	Adeguamento del processo di pianificazione regionale dei campionamenti per l'analisi, al fine di soddisfare le esigenze emerse in sede di riesame delle attività di controllo ufficiale	Non rilevato	Documentazione (verbale o report) attestante il riesame e l'aggiornamento della capacità di laboratorio in funzione delle esigenze regionali) 2018	Regione
Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi	10.8.1	Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target	Realizzazione nell'ambito del programma di prevenzione del randagismo (articolo 3 della legge 281/91) di un piano di informazione ed educazione circa il possesso responsabile degli animali da affezione, degli obblighi di identificazione e delle condizioni di benessere animale	Campagne di comunicazione contro l'abbandono degli animali 2012	Realizzazione di campagna di informazione e sensibilizzazione a partire dal 2017 Corsi di formazione/aggiornamento in numero di almeno due per anno di riferimento del piano. A partire dal 2015	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008
	10.8.2	Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	L'identificazione dei cani attraverso un microchip e la conseguente iscrizione nell'anagrafe degli animali da affezione costituiscono uno dei principali strumenti di prevenzione del randagismo. All'interno della popolazione di cani vaganti sul territorio l'identificazione consente la restituzione al legittimo proprietario ed il richiamo a forme di possesso responsabile degli animali. La percentuale di cani vaganti catturati già <i>microchippati</i> - pertanto restituibili ai proprietari - sul totale dei catturati è un indicatore che misura il grado di diffusione dello strumento "anagrafe" sul territorio	Non rilevato	Proporzione di cani identificati ed iscritti all'anagrafe regionale e restituiti al proprietario rispetto al numero di cani catturati. A partire dal 2017	Anagrafe nazionale degli animali da affezione Relazione ai sensi del DM 06/05/2008

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore baseline	Standard	Fonte dei dati
			regionale. L'indicatore si ritiene soddisfatto se il numero di cani catturati nel territorio regionale, risultati identificati ed iscritti, è in incremento rispetto al numero di cani catturati totali			
	10.8.3	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	Ai sensi dell'articolo 24 del regolamento di polizia veterinaria i canili/rifugi sono soggetti a controlli da parte dei servizi veterinari competenti con una frequenza appropriata	Non rilevato	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi censiti sul territorio. A partire dal 2016.	Relazioni e ai sensi del DM 06/05/2008
Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache	10.9.1	Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare	Implementazione di programmi regionali per effettuare corsi di formazione agli operatori del settore, anche in relazione alla normativa EU	0	Piano regionale allergeni annuale: 2015-2018 Piano regionale celiachia annuale: 2015-2018 Rispetto flusso informativo ministeriale annuale su mense e celiaci Bando regionale per erogazione contributi Predisposizione ed adozione di un programma che preveda almeno 5 (cinque) eventi formativi all'anno	Regione
Ridurre i disordini da carenza iodica	10.10.1	Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del Tsh neonatale	In ottemperanza all'Intesa Stato regioni del 26 febbraio 2009, il monitoraggio del TSH neonatale permette di avere un quadro nazionale sullo stato nutrizionale iodico della popolazione al fine di implementare corrette politiche per la prevenzione dei disordini della carenza iodica	Non rilevato	2016: Direttiva regionale 2017: attivazione del flusso all'ISS secondo il format in uso, monitoraggio e rilevamento eventuali anomalie 2018: verifica del flusso e soluzione di eventuali anomalie	Osservatorio nazionale ISS e Ministero della salute
	10.10.2	Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	Proporzione di Regioni che adottano protocolli per trasmettere i dati (tramite un flusso formale) che provengono dai controlli effettuati nei punti vendita e nella ristorazione collettiva nella verifica di sale iodato al Ministero della salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi)	Non rilevato	100% Entro il 31 marzo di ogni anno Percorso standardizzato e a regime di trasmissione dei dati relativi ai controlli effettuati nelle verifiche di sale iodato al Ministero della Salute e all'ISS (Osservatorio nazionale iodoprofilassi): - Percentuale di punti vendita e centri cottura che utilizzano sale iodato - Numero e percentuale di campioni di sale iodato non conformi, rispetto a quelli programmati	ASL regionali, Ministero della salute ed Istituto Superiore di Sanità
Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo	10.11.1	Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi	Per il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale è necessario prevedere uno specifico percorso di formazione e mantenimento nel tempo di un'adeguata qualificazione	E' previsto che il monitoraggio dello stato di attuazione	100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR è formato per il primo percorso (di approfondimento del	Tavolo Tecnico di Coordinamento

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore baseline	Standard	Fonte dei dati
ufficiale		dell'Autorità competente	degli addetti al controllo ufficiale/audit. L'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 stabilisce tre percorsi formativi distinti	dell'accordo, e dunque della formazione in esso prevista, sarà effettuato a partire dal 2015. Pertanto il valore baseline nazionale sarà noto entro la fine del 2015; la rilevazione delle risorse umane destinarie del primo percorso formativo verrà svolta nel 2015	pacchetto igiene) entro il 2018. 33% entro il 31 dicembre 2016 33% entro il 31 dicembre 2017 34% entro il 31 dicembre 2018 Mantenimento del 100% della formazione del personale precedentemente formato sugli argomenti del primo percorso	istituito dall'Accordo 7 febbraio 2013
Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004	10.12.1	Rendicontazione dell'attività di audit svolta	Nel caso in cui le autorità competenti regionali siano articolate in strutture organizzative differenti, per la igiene e nutrizione e alimenti, da un lato, e Servizi veterinari, dall'altro, entrambi devono svolgere un'attività di audit nei settori di pertinenza. Inoltre tutte le autorità competenti locali devono aver ricevuto almeno un audit entro il 2018. L'indicatore è soddisfatto qualora l'attività di audit regionale, svolta (o sotto la propria responsabilità) da tutte le articolazioni organizzative regionali competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, qualora ve ne siano più di una abbia garantito: a) annualmente una copertura territoriale pari o superiore al 20% delle ASL b) ed una copertura annuale del 20% dei sistemi di controllo (SC) di cui al "Country Profile Italia" della Commissione europea (ad esclusione dei sistemi di controlli sulle importazioni e salute delle piante): - SC della salute animale - SC degli alimenti di origine animale - SC dei mangimi e della alimentazione degli animali	Le articolazioni organizzative e della Regione competenti in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria svolgono audit sulle autorità competenti locali. A partire dall'anno 2015 verrà misurato il grado di copertura del territorio e dei sistemi di controllo raggiunto, tenendo conto dell'attività avviata dal 2014	40% entro il 31 dicembre 2015 60% entro il 31 dicembre 2016 80% entro il 31 dicembre 2017 100% entro il 31 dicembre 2018	Indicator e AAJ1.4 (Adempimenti LEA)

Obiettivo centrale	Codice indicat ore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore baseline	Standard	Fonte dei dati
			<ul style="list-style-type: none">- SC delle TSEs e dei sottoprodotti di origine animale- SC dei farmaci veterinari e residui- SC degli alimenti e dell'igiene generale- SC dei fitosanitari e dei loro residui- SC del benessere animale.			

3.1 Piano di monitoraggio e valutazione

In armonia con quanto sancito nell'accordo in seno alla Conferenza tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 25 marzo 2015 segnatamente al punto 3.5.2. il presente PRP contiene, all'interno dei Quadri logici, gli indicatori di riferimento e gli standard previsti, e, giustapposte agli stessi, le tabelle di valutazione che, nell'ambito dei singoli macro obiettivi, enumerano gli indicatori collegandoli ai singoli obiettivi centrali. Risulta, a seconda dei casi specifici e in particolari azioni, espresso anche un crono programma annuale con gli *indicatori sentinella* quali indicatori di processo utile a monitorare lo stato di avanzamento e/o attuazione delle azioni che compongono i programmi di prevenzione regionali. Le ASP sono tenute ad osservare quanto disposto dai programmi regionali afferenti ai singoli macro obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 applicando le azioni secondo le dinamiche indicate. L'adesione ai programmi regionali della prevenzione di cui al presente PRP dovrà costituire il nucleo fondante dell'annuale piano aziendale di prevenzione. Le attività annuali andranno rendicontate con puntuale riferimento agli indicatori di processo evidenziando gli scostamenti e motivandoli con adeguata relazione a supporto esplicativo delle schede di sintesi riferite alle singole azioni di programma. I dati verranno trasmessi al Servizio di riferimento di ogni programma regionale presso il Dipartimento Attività Sanitarie dell'Assessorato Regionale alla Salute entro e non oltre il 31 gennaio di ogni anno. Pertanto costituiranno fonte dei flussi informativi dalle aziende sanitarie al DASOE:

- atti deliberativi
- circolari interne
- relazioni tecniche e/o esplicative
- schede di programma e di consuntivo
- report
- provvedimenti e verbali aziendali inerenti l'applicazione del PRP
- ogni altra documentazione prevista dal sopracitato accordo in seno alla Conferenza tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 25 marzo 2015 segnatamente al punto 3.5.2.
- ogni altro documento integrativo discendente dagli indirizzi espressi nell'esercizio di controllo da parte delle strutture intermedie competenti del DASOE o dell'Assessorato Regionale alla Salute.

La completezza, la correttezza e la tempestività dei flussi informativi trasmessi dalle ASP e inerenti le singole azioni del Piano Regionale della Prevenzione sono sottoposte a vigilanza da parte delle strutture intermedie del DASOE competenti secondo lo schema di attribuzione cui al D. A. n°2198/2014. Il Dipartimento Attività Sanitarie dell'Assessorato alla Salute si riserva, inoltre, nell'ambito delle ordinarie attività condotte dall'Area 2 - Nucleo Ispettivo e Vigilanza di verificare il buon andamento dei flussi informativi e il regolare sviluppo delle azioni specifiche dei programmi di prevenzione in sinergia con i servizi direttamente interessati. Al fine di armonizzare i profili di conduzione o proporre interventi migliorativi/integrativi sul PRP durante il periodo di vigenza è istituito il Tavolo Tecnico di coordinamento regionale per l'applicazione e il monitoraggio del PRP composto dai responsabili dei servizi dipartimentali competenti allo sviluppo dei programmi di prevenzione di cui al D.A. n°2198/2014 e presieduto dal Dirigente Generale del DASOE. Tale Tavolo Tecnico verrà integrato con successivo provvedimento con la individuazione di esperti di ogni settore di interesse specifico in seno alle azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione.

I report annuali verranno trasmessi al Ministero della Salute secondo le modalità stabilite in sede di Conferenza tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano.

Palermo 8 marzo 2016

Il Dirigente Generale

Ignazio Tozzo

L'Assessore

On.le Baldassare Gucciardi