

## **6. I PROGETTI E LE AZIONI PROGRAMMATE**

I **progetti obiettivo** previsti sono i seguenti:

1. Tutela della salute mentale;
2. Tutela della salute delle persone anziane;
3. Tutela materno-infantile;
4. Sicurezza alimentare;
5. Luoghi di lavoro;
6. Innovazione tecnologica;
7. Igiene e sanità pubblica;
8. Tabacco;
9. Traumi da traffico;
10. Incidenti domestici;
11. Profilassi delle malattie infettive;
12. Promozione della salute attraverso l'attività sportiva;
13. Integrazione delle politiche sanitarie e sociali per la disabilità
14. Sistema per le dipendenze dalle sostanze d'abuso.

Le **azioni programmate** che si intendono realizzare sono:

- A) Prevenzione e cura della malattie oncologiche;
- B) Prevenzione e cura delle malattie cardio-vascolari;
- C) Emergenza–urgenza nel territorio della Regione veneto come sfida prioritariadi sviluppo nel triennio;
- D) Piano sangue;
- E) Trapianti;
- F) Prevenzione e Cura del diabete
- G) Malattie rare

## **6.1. Progetto obiettivo: Tutela della salute mentale**

### **1. Introduzione**

Il progetto obiettivo salute mentale espresso con DGRV 4080/2000 si conferma asse portante della organizzazione regionale per la promozione della salute mentale della popolazione.

Se ne rimarcano i contenuti e la sostanza nell'interpretazione autentica che configura il DSM, unico di Az-ULSS o interaziendale per la compresenza di Az-Ospedaliera, come confederazione di équipe psichiatriche pluriprofessionali con competenza territoriale definita e con apicalità conferita a dirigente medico psichiatra.

Si ribadisce il dimensionamento strutturale del DSM nella sua componente nucleare costituita dalle équipe psichiatriche, arricchita altresì da una cornice funzionale e flessibile costituita da tutti gli altri soggetti che nell'ambito di competenza dell'Az-ULSS abbiano interesse esplicito alla salute mentale e definito nella deliberazione costitutiva del DSM.

Si conferma che il centro strategico di attività delle équipe psichiatriche è il CSM, struttura organizzativa che trova la sua naturale collocazione nell'ambito dell'area distrettuale, ma si garantisce anche la dimensione della cura ospedaliera mediante gli SPDC e la funzione di liaison delle équipe e del DSM con le altre branche specialistiche in ospedale generale e all'esterno in particolare con i MMG. Rimane invariata la programmazione delle strutture residenziali specifiche (CTRP, CA, APP).

Si intende potenziare il modello veneto per la salute mentale che sostanzia il cardine della qualità dell'assistenza nella continuità e completezza del ciclo prevenzione/terapia/riabilitazione garantito, tra le dimensioni distrettuale e ospedaliera, da équipe psichiatriche pluriprofessionali stanziali.

### **2. Criticità**

Per i sistemi sanitari la salute mentale della popolazione va considerata alla pari della salute fisica poiché i disturbi mentali costituiscono un importante problema di sanità pubblica in quanto presentano una elevata frequenza nella popolazione generale, sono associati a significativi livelli di menomazione del funzionamento psicosociale e sono all'origine di elevati costi sia sociali che economici per le persone colpite e per le loro famiglie, e per la comunità di appartenenza.

Le conseguenze dei disturbi mentali sono potenzialmente gravi poiché dal World Health Report del 2001 dell'OMS emerge con chiarezza che la disabilità in termini di DALY's (ovvero mortalità + disabilità x gravità e durata = peso per la società di una determinata malattia), provocata dalle malattie mentali e i costi legati a questa disabilità sono circa il doppio della disabilità e dei costi dovuti a tutte le forme di cancro e sono comunque maggiori della disabilità e costi delle malattie cardiovascolari. La depressione è al quarto posto tra tutte le malattie per disabilità e costi e provoca una disabilità più lunga (in termini di giorni di lavoro persi) e più grave di quella indotta da malattie croniche come l'ipertensione, l'artrite e il diabete.

Dalla letteratura disponibile accreditata emerge che il 20-25% della popolazione in età superiore ai 18 anni, nel corso di un anno, soffre di almeno un disturbo mentale clinicamente significativo.

Parimenti, se si considera l'intero arco della vita emerge che il 41% degli uomini e il 30 % delle donne soffre almeno una volta di un disturbo mentale o da abuso di sostanze o di alcol.

Queste percentuali vanno integrate con circa il 10% della popolazione adulta che soffre di un disturbo di personalità che insorge in età giovanile, è radicato nella modalità di relazione e di comportamento della persona ed è quasi sempre all'origine di significative difficoltà nella vita familiare e sociale.

Dal Registro Psichiatrico di Verona-Sud è noto e atteso che i servizi specialistici trattino il 2-2,5% della popolazione adulta nel corso di un anno (ovvero il 10 % delle persone affette), ma dal sistema informativo territoriale per i DSM (ex DGRV 320/98) si riscontra che solo il 1-1,2% della popolazione adulta si rivolge alle équipes dei DSM del Veneto (59% femmine, 41% maschi). Vi è presumibilmente un problema di stigma e mancata conoscenza delle possibilità di cura nel settore pubblico specialistico che ancora tiene lontana molta parte della domanda.

E' frequente che i DSM abbiano strutture e personale sottodimensionati e che la gradevolezza degli ambienti dedicati sia scarsa e questo non aumenta la appetibilità dei servizi pubblici ai quali nel 2000 si sono rivolti per bisogni di salute mentale circa 45.000 cittadini veneti: il 44.6% per psicosi timica o processuale (ICD9-CM 290-299), il 51.9% per nevrosi (ICD9-CM 300-316), il 3.4% per ritardo mentale (ICD9-CM 300-316) e lo 0.7% per ragioni non di patologia (ICD9-CM codici V).

Vi sono DSM nel Veneto che non hanno nemmeno la metà del personale previsto (1 operatore ogni 1500 abitanti); ne deriva facilmente che per garantire la continuità assistenziale questi DSM si trovano a rincorrere le urgenze e a non poter fare prevenzione. Inoltre i profili di cura (LEA) garantibili per i diversi bisogni di salute mentale espressi si appiattiscono e la qualità dei trattamenti peggiora perché ad esempio la psicoterapia diventa difficilmente erogabile. Infine, poiché nel 2000 l'indice di priorità (IP: numero totale di contatti ambulatoriali per paziente per anno per gruppo diagnostico, espresso come rapporto tra il valore del gruppo diagnostico considerato ed il totale dei pazienti con tutte le diagnosi) per visite e psicoterapia erogate dal DSM è maggiore per il problema di salute definito dalle psicosi (IP 1,2 per visite e IP 1.1 per psicoterapia), ne deriva che a tendenza confermata si costringeranno i servizi pubblici specialistici a trattare solo la patologia più grave. Ciò può essere formalmente in linea con gli attuali LEA da garantire tramite il DSM. In ogni caso è doveroso richiamare l'attenzione sul fatto che le Direzioni Generali delle Az-ULSS dovranno comunque garantire una risposta efficace all'ulteriore bisogno di salute mentale tramite i servizi di assistenza primaria di base (come i MMG, i Consultori Familiari e altri servizi distrettuali), in stretta collaborazione con il DSM.

Altro importante punto di criticità è il suicidio poiché in Veneto emerge come serio problema di sanità pubblica in quanto è aumentato in modo sostanziale tra i maschi dal 1970 al 1998 (+ 53%), ed è un problema sottostimato (fonte S.E.R.). I suicidi sono la seconda causa di morte nei giovani maschi di età 15-24 anni determinando, in questo gruppo, un numero di decessi superiore ai tumori. Tra i 15-44 anni i suicidi sono 4-5 volte più frequenti nei maschi rispetto alle femmine e sono ancora tre volte più frequenti tra gli uomini di età 45-64 anni. Al di sotto dei 65 anni il suicidio è sempre compreso tra le prime sei cause di morte negli adulti di entrambi i sessi. Nel 2000 ogni 100.000 abitanti del Veneto, vi sono stati mediamente 12.33 ricoveri per tentativo di suicidio-autolesione e di questi il 5.2% si è poi concluso con il decesso.

### **3. Obiettivi di salute mentale**

- 1) Promuovere la salute mentale e garantirla, contrastando l'insorgere di patologia mentale nelle diverse fasi dell'esistenza e nei contesti socio-culturali della vita umana;

- 2) Prevenire i disturbi psichici delle persone che si occupano in famiglia di un malato grave;
- 3) Promuovere la salute emozionale degli adolescenti e degli anziani;
- 4) Ridurre i disturbi della condotta e i comportamenti antisociali nell'età evolutiva e nei giovani adulti;
- 5) Ridurre i tentativi di suicidio e i suicidi;
- 6) Ridurre la disabilità generata dalle malattie mentali.

*Azioni*

**PER PERSEGUIRE GLI OBIETTIVI DI SALUTE MENTALE**

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Trattare</b> la patologia con tecniche di provata efficacia (EBM) privilegiando l'azione a livello di CSM e di Distretto, utilizzando altresì la degenza ordinaria in SPDC o la Liaison in ospedale e sul territorio;</li> <li>2) <b>Garantire</b> gli standard di strutture e personale ad ogni équipe dei DSM come definiti nella DGRV 4080/00;</li> <li>3) <b>Contrastare</b> lo stigma legato alla malattia mentale migliorando la comunicazione con i cittadini in ordine alla comprensibilità della sofferenza mentale, alle cure possibili ed efficaci rendendo anche visibili ed accoglienti i luoghi ove vengono erogate;</li> <li>4) <b>Garantire</b> una migliore accessibilità ai trattamenti efficaci e potenziare l'accesso alla psicoterapia nel sistema pubblico, anche per fare prevenzione;</li> <li>5) <b>Applicare</b> le evidenze emergenti dalle ricerche-intervento per le malattie mentali promosse dalla Regione ("progres strutture residenziali", "progres acuti" e "un nuovo sistema di finanziamento per i dsm : prestazioni e funzioni assistenziali");</li> <li>6) <b>Costituire</b> un IRCCS regionale per la ricerca sui disturbi mentali per puntare ad un miglioramento organizzativo-assistenziale dei servizi per la salute mentale basato sulle evidenze scientifiche ed in particolare per migliorare l'assistenza dei pazienti con disturbi mentali gravi;</li> <li>7) <b>Perseguire</b> la integrazione socio-sanitaria per trattare il paziente in stato di fragilità sociale indipendentemente dalla patologia di base, operando per ottenere precisi outcome funzionali e di qualità di vita;</li> <li>8) <b>Ricercare</b> Sinergia di azione tra il DSM e la NPI, prevedendo integrazioni professionali specialmente per l'età adolescenziale (14-18 anni);</li> <li>9) <b>Adeguare</b> il sistema informativo dei DSM in vigore nel Veneto con quello nazionale approvato i Conferenza Stato-Regioni e costruire un "cruscotto di guida" dei DSM con il set di indicatori approvati con DGRV 4080/00, per le opportune verifiche.</li> </ol> |
|---|

## 6.2. Progetto obiettivo: Tutela della salute delle persone anziane

### 1. Obiettivi

- migliorare la qualità e la continuità dell'assistenza sociosanitaria;
- prevenire la disabilità-ritardare l'insorgenza;
- prevenire le complicanze delle malattie cronico degenerative.

### 2. Contesti

Il contesto *demografico* si caratterizza nel Veneto ancor più che nel resto del Paese, per il crescente invecchiamento della popolazione, legato in gran parte al decremento di mortalità e di fecondità; rilevante in tale ambito, anche per le ricadute sull'utilizzo dei servizi sanitari, è la crescita della quota di "grandi" vecchi.

Il contesto *epidemiologico* evidenzia sia un progressivo aumento della frequenza delle patologie cronico degenerative associate all'età sia una parallela progressiva crescita della prevalenza di disabilità di vario grado e tipologia.

Il contesto *clinico* mostra una evoluzione impressionante delle tecnologie biomediche utilizzate nel trattamento ospedaliero delle diverse patologie croniche, con ricadute evidenti oltre che sui vantaggi in termini di salute anche sui costi di gestione ospedalieri ad esse associati.

Il contesto *sociale* si caratterizza per:

- una modifica profonda della percezione dei bisogni di salute della popolazione;
- la riduzione dei componenti del nucleo familiare, il diverso ruolo della donna nella società;
- la disponibilità ridotta di spazi e servizi adeguati per l'anziano con problemi di disabilità all'interno del nucleo familiare.

Il contesto *tecnologico*, in particolare lo sviluppo della telemedicina, apre grandi prospettive di innovazione nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali.

I radicali mutamenti demografici, epidemiologici, clinici e sociali rendono ragione pertanto, per larga parte, del netto aumento del ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione anziana e del conseguente aumento della spesa sanitaria nel nostro come negli altri Paesi dell'Occidente; di notevole interesse risulterà quindi, per la valutazione dell'equità dell'attuale sistema di allocazione delle risorse per quota capitaria dallo Stato alle Regioni e dalla Regione alle ASL, l'analisi dell'andamento della spesa sanitaria regionale correlata al trend dei mutamenti demografici ed epidemiologici ed il confronto della stessa con i trend nazionali ed europei.

#### 2.1. Le policy nazionali

Sul fronte dell'offerta di servizi sanitari si assiste pertanto in tutto l'Occidente ed anche nel nostro Paese, a partire dal D.lgs. 502/92, al progressivo sviluppo di politiche di contenimento della spesa attraverso manovre-interventi sul sistema sanitario che enfatizzano in diversa misura:

1. Il razionamento dell'offerta ospedaliera, con la riduzione dei posti letto per acuti e l'offerta di servizi territoriali alternativi al ricovero tradizionale a più bassa intensità assistenziale, il

miglioramento della rete di emergenza urgenza come indispensabile premessa alla riduzione dei presidi ospedalieri per acuti.

2. La razionalizzazione dell'offerta ospedaliera attraverso la dipartimentalizzazione delle Unità Operative e lo spostamento di prestazioni a bassa complessità dal ricovero ordinario al ricovero diurno.
3. L'introduzione di misure mutuete dalla "cultura d'impresa" anche sulla base di precedenti esperienze britanniche, quali la separazione tra acquirenti (ASL) e produttori di servizi (Ospedale), il finanziamento prospettico per "caso trattato" degli stessi produttori al fine di migliorare l'efficienza produttiva del sistema sanitario attraverso il riorientamento del sistema sanitario pubblico alla competizione tra pubblico e privato e all'interno del pubblico tra i vari soggetti accreditati secondo criteri di costo e qualità.
4. L'adozione a livello nazionale di misure finanziarie (ticket moderateur) e l'attuazione a livello regionale di politiche volte ad incentivare il trattamento a domicilio degli anziani (contributi alle famiglie) con l'obiettivo di moderare-contenere la domanda di prestazioni ospedaliere o farmaceutiche, migliorando l'appropriatezza dell'utilizzo dell'ospedale per acuti.
5. Lo sviluppo di politiche di promozione della salute, in particolare a livello regionale, volte a prevenire la domanda di prestazioni sanitarie.

Il rationale di un progetto che si ponga l'obiettivo di un miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria e sociale all'anziano deve basarsi su un disegno che preveda:

- a. la definizione di politiche di sanità pubblica volte alla prevenzione ed al controllo a livello di popolazione del carico di disabilità, morbosità e mortalità associato all'invecchiamento;
- b. l'individuazione di azioni, strumenti ed interventi coerenti con tali politiche, pertinenti rispetto alle caratteristiche della popolazione anziana ed alle caratteristiche del contesto generale, così come sopra descritto, e del contesto specifico del sistema assistenziale sociosanitario del Veneto.

## *2.2. Il Sistema Sanitario Regionale: caratteristiche del "modello veneto"*

Caratteristiche organizzative e strutturali macro:

*(in corsivo le caratteristiche con specifiche ricadute sull'assistenza agli anziani)*

- *Notevole diffusione nel territorio di strutture ospedaliere pubbliche con elevata qualità tecnica e professionale e notevole dotazione tecnologica con dimensioni spesso non proporzionate rispetto al bacino di utenza;*
- *Notevole diffusione delle grandi attrezzature - alte tecnologie e delle alte specialità;*
- *Dominanza della spedalità pubblica rispetto alla spedalità privata;*
- *Forte integrazione sociosanitaria;*
- *Forte controllo sociale sui servizi socio-sanitari e presenza diffusa del "terzo settore";*

- *Residenzialità sociosanitaria con notevole diffusione di strutture;*
- *Variabilità infraregionale nella distribuzione quali-quantitativa dell'offerta sanitaria con prevalente e diffuso consumo di prestazioni ospedaliere.*

### *2.3. Caratteristiche delle policy e del management regionale*

- Modello di pianificazione centralizzata che ha recepito solo in parte gli indirizzi di mercato regolato o precompetitivo introdotti con il D.lgs. 502/92, *non vi sono stati scorpori degli ospedali* che, ad esclusione delle due aziende ospedaliere di Padova e Verona, continuano ad essere finanziati con il meccanismo della quota capitaria, salvo la compensazione della mobilità.
- Notevole lo sviluppo e la qualità delle linee di programmazione sociosanitaria per i vari livelli di assistenza sia ospedaliera che territoriale. (Il primo piano sociosanitario regionale risale al 1984, a distanza di soli quattro anni dall'istituzione delle USL).
- Assetto istituzionale delle aziende caratterizzato dall'integrazione socio-sanitaria (AULSS).
- Processo di accreditamento ancora in fase di definizione.
- Processo di aziendalizzazione sviluppato, ma non omogeneamente, su scala regionale.

Risulta pertanto evidente che le caratteristiche principali del “modello veneto” hanno ricadute specifiche sull'assistenza all'anziano, in particolare sugli aspetti di integrazione della “rete” e sulla continuità assistenziale.

Oltre a tali caratteristiche generali del “Modello Veneto”, sono da sottolineare anche le specificità della programmazione sociosanitaria regionale rivolta prioritariamente alla popolazione anziana:

- Integrazione istituzionale sanitaria (ospedale territorio) consolidata e diffusa a livello delle AULSS;
- Forte integrazione gestionale e professionale tra i servizi sanitari e sociali e, all'interno dei servizi sanitari, tra l'ospedale ed il territorio, anche se con diverso grado di distribuzione nelle diverse AULSS;
- politiche regionali ormai consolidate di promozione del sostegno alle famiglie, di definizione dei livelli di assistenza domiciliare e distrettuale volte a prevenire la residenzialità inappropriata.

### **3. Bisogni di salute e domanda/offerta di servizi agli anziani**

Gli indicatori disponibili evidenziano un buon stato di salute della popolazione generale anche se con alcune differenze tra Province quanto ad incidenza di neoplasie e di malattie cerebro - cardiovascolari, legate per lo più a diversità degli stili di vita.

Sul versante dei bisogni di salute dell'anziano, al di là dei problemi metodologici e concettuali legati alla loro definizione, ed all'analisi del grado e tipo di correlazione degli stessi con la domanda espressa di prestazioni socio-sanitarie, l'anziano si caratterizza per l'alta prevalenza di condizioni

morbose multiple, spesso sovrapposte con diverso grado di severità e/o di acuzie, per l'alto tasso di disabilità e di "fragilità".

Ciò comporta un'obiettivo e notevole difficoltà a definire il paziente "geriatrico" ed in particolare il paziente geriatrico acuto.

Il profilo della domanda di assistenza geriatrica può quindi comportare la sovrapposizione (e la contemporaneità) nell'erogazione di cure e di interventi riabilitativi e preventivi, con evidenti riflessi:

- sul versante della definizione della rete dei servizi per gli anziani, in particolare dei servizi sanitari, per i quali l'integrazione sia istituzionale che gestionale diventa un "gold standard";
- sul versante del processo assistenziale, di conseguenza, il "gold standard" diventa la "continuità" assistenziale intesa come l'erogazione integrata di cure e di assistenza da parte di tutta la "rete" dei servizi sanitari e sociali modulata sul variare dei bisogni di salute dell'anziano, inteso come singolo soggetto e come popolazione.

#### 4. Criticità

È da rilevare la disomogeneità e variabilità quali-quantitativa a livello infraregionale ed anche infraprovinciale:

- sia delle strutture rapportate alla popolazione;
- sia delle funzioni e quindi delle prestazioni erogate dai diversi nodi della rete dei servizi per l'anziano, a partire dai servizi ospedalieri fino ai servizi territoriali, talché lo stesso problema di salute dell'anziano riceve diverse risposte sia in termini di livello di assistenza che in termini di continuità delle cure all'interno della Regione ed all'interno spesso anche della stessa azienda ULSS.

A tali criticità ha inteso rispondere la recente introduzione di linee di pianificazione sociale a livello nazionale e numerosi interventi di programmazione sanitaria regionale (vedi DGR sull'assistenza domiciliare e sulla residenzialità, vedi Piano Sociale Nazionale, etc.) ed è evidente che a tali indirizzi dovranno collegarsi i nuovi processi di pianificazione sociosanitaria.

Le analisi ed il monitoraggio della spesa sanitaria in ambito di assistenza agli anziani risultano estremamente imprecise per la difficoltà se non l'impossibilità a definire i costi totali delle cure erogate in modo integrato in quanto gran parte delle prestazioni dei servizi sociali non vengono rimborsate dal SSN e gravano su altri Enti od Istituzioni Pubbliche (Comuni, Enti pubblici vari) o sul privato (mutualità, assicurazioni o singolo individuo pagante) secondo sistemi di pagamento assolutamente disomogenei.

In sintesi la rete dei servizi presenta variabilità infraregionali sia nella diffusione dei servizi sia nelle modalità di erogazione delle prestazioni a parità di problema, sia notevole diversità e complessità dei sistemi di pagamento; tali caratteristiche considerate le specificità del processo assistenziale "geriatrico" comportano rischi di ricadute negative sia sul piano dei risultati dell'assistenza, in particolare sulla continuità della stessa, sia sull'efficienza complessiva del sistema e sulla sua equità allocativa.

Si tratta pertanto di riorientare e/o sviluppare la pianificazione specifica dei servizi sociosanitari rivolti alla popolazione anziana con l'obiettivo di implementare livelli essenziali ed appropriati di assistenza secondo logiche di integrazione dei servizi e continuità delle cure, in modo equo ed omogeneo su tutto il territorio regionale, attraverso le seguenti azioni:



- valutare i percorsi socioassistenziali delle principali condizioni morbose o di svantaggio degli anziani e dei grandi vecchi in particolare e la variabilità degli stessi su scala regionale con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza e ridurre la variabilità dei trattamenti;
- rendere omogenea e pertinente rispetto alle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche la distribuzione delle strutture sanitarie su tutto il territorio regionale;
- censire le diverse modalità organizzative di erogazione delle prestazioni socioassistenziali in rapporto alla popolazione residente anche in relazione alle ricadute della attuale programmazione regionale;
- migliorare l'equità dell'attuale sistema di allocazione delle risorse e di pagamento degli erogatori.

### *Azioni*

#### **1) Le attività di valutazione e monitoraggio dell'assistenza socio-sanitaria agli anziani**

Vanno proseguite, sviluppate, rese sistematiche e collegate al processo di pianificazione socio-sanitaria le ricerche sui servizi sanitari fin qui avviate sia in ambito di valutazione e monitoraggio dei costi e dei risultati dell'assistenza, sia in ambito di analisi dei modelli di "rete" e dell'appropriatezza dei relativi percorsi assistenziali; in tale contesto va in particolare sviluppata la ricerca nelle aree ad oggi meno sottoposte a studi di valutazione quali le strutture residenziali socio-sanitarie e la medicina primaria, secondo logiche di integrazione degli archivi di dati "correnti" centrati sull'utente.

**2) Una questione che dovrà essere introdotta nelle aree/tematiche della ricerca socio-sanitaria per essere studiata da molteplici prospettive, riguarda l'assistenza agli anziani nelle ultime settimane di vita e più specificatamente:**

-i criteri di ammissione ospedaliera ed in reparti di rianimazione,  
le aspettative ed il grado di gradimento degli stessi anziani, dei familiari e degli operatori sanitari,  
l'offerta di servizi palliativi a domicilio e in residenze protette.

### *Le politiche allocative*

Nei sistemi sanitari pubblici, alimentati dalla fiscalità generale, l'equità allocativa costituisce presupposto di legittimità; l'aderenza della distribuzione delle risorse ai bisogni sanitari reali è la dimensione principale, anche se non l'unica, dell'equità allocativa.

L'assegnazione delle risorse, ai vari livelli della "committenza" pubblica, in particolare Regioni ed Aziende sanitarie, avviene oggi secondo il criterio della quota capitaria.

La quota capitaria viene corretta per fattori legati all'età, alla mortalità, ecc. È quindi evidente il tentativo di introdurre variabili che siano, nel contempo, ricavabili dagli attuali flussi informativi correnti e capaci di migliorare il grado di predittività della domanda di prestazioni sanitarie e sociali da parte di una data popolazione.

Il miglioramento delle stime relative ai consumi sanitari da parte della popolazione anziana del Veneto rappresenta una condizione necessaria, anche se non sufficiente, alla correttezza della definizione ed attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza su scala regionale.

La "fragilità" può, in tale ambito, costituire un nuovo criterio-variabile da utilizzare per migliorare la predittività delle stime della domanda sanitaria e sociale della popolazione anziana e quindi l'equità dell'assegnazione delle risorse, rispetto alla variabile "invecchiamento" della popolazione.

La sua introduzione non può però che essere legata alla precisione ed univocità della definizione di “fragilità” ed alla possibilità di verificare-misurare la capacità di tale nuova variabile di predire bisogni sanitari “geriatrici”, in modo indipendente rispetto alle altre variabili ad oggi utilizzate od utilizzabili con l’attuale sistema informativo sanitario.

Il miglioramento delle strategie di allocazione delle risorse risulta pertanto, considerate le caratteristiche specifiche della domanda e dell’offerta, una delle priorità del processo di programmazione socio-sanitaria per l’anziano; è di tutta evidenza che l’indispensabile premessa a tale miglioramento, la sua implementabilità in tempi congrui con gli obiettivi di Piano, è costituita dal grado di diffusione e dalla tempestività di attuazione delle attività di valutazione e monitoraggio dell’assistenza agli anziani.

I meccanismi di rimborso degli erogatori

Il Sistema di pagamento prospettico per caso trattato, con tariffe DRG specifiche, attualmente in uso, è basato sull’assunzione che vi sia un livello di specificazione della diagnosi clinica in grado di predire il relativo consumo di risorse necessario per il trattamento in ospedale per acuti.

Anche se non molti sono gli studi di valutazione dei servizi sanitari e quindi scarse le evidenze disponibili, l’utilizzo di tale sistema a fini di rimborso delle attività “geriatriche”, come rilevato anche in alcune ricerche (progetto VELCA 1) condotte in ambito regionale, sembra non adeguato, se non potenzialmente iniquo, rispetto alle caratteristiche della domanda e dell’offerta “geriatrica”, tenuto conto che la erogazione dell’assistenza agli anziani comporta l’adozione di modelli organizzativi e percorsi di cure ed assistenza ad alta integrazione sociosanitaria.

La normativa nazionale che prevede particolari forme di finanziamento per funzioni assistenziali ad alta integrazione sociosanitaria, sembra rispondere alle specifiche esigenze del sistema dei servizi sanitari ed alta integrazione sociosanitaria per l’anziano; in tale contesto è evidente la necessità di verificare l’adeguatezza ed eventualmente introdurre gli opportuni correttivi agli attuali meccanismi di rimborso degli erogatori, secondo criteri di aderenza agli obiettivi di una nuova pianificazione orientata non solo al trattamento dei problemi sanitari acuti, ma anche all’erogazione di un profilo di cura contraddistinto dalla continuità dell’assistenza.

### *I livelli essenziali ed uniformi di assistenza per gli anziani*

Il rationale di un processo di pianificazione distinto dalla programmazione generale (“progetto obiettivo”) ed orientato ad un target di popolazione specifico per fascia di età, si basa sull’esistenza di caratteristiche per tale popolazione che giustifichino la definizione di livelli separati di assistenza, o quanto meno, di sublivelli specifici di assistenza; l’individuazione e la misura di tali livelli rappresenta il criterio metodologico esplicito su cui costruire un Progetto Obiettivo Anziani.

#### 1° livello: ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA

Lo sviluppo di attività epidemiologiche strutturate al fine di descrivere adeguatamente i bisogni di salute degli anziani non sembra presentare caratteri peculiari per quanto attiene alla misura della morbosità e della mortalità; specifico invece sembra essere il fabbisogno informativo necessario alla descrizione ed al monitoraggio della disabilità e delle situazioni di svantaggio sociale.

La definizione e la costruzione di un sistema informativo integrato in grado di catturare informazioni tempestive ed appropriate sia sul versante sanitario che sul versante sociale potrebbe

costituire un sublivello di assistenza sanitaria collettiva della popolazione anziana.

La prima fase dovrebbe necessariamente consistere nella definizione e costruzione di un sistema informativo dell'area della residenzialità sociosanitaria e delle attività di assistenza domiciliare integrata.

Il prodotto del nuovo sistema informativo è funzionale alla introduzione eventuale di opportuni correttivi all'attuale sistema di allocazione delle risorse secondo criteri di maggior equità, nonché alla valutazione dei risultati della pianificazione regionale in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione anziana.

Lo specifico degli interventi di assistenza sanitaria collettiva è individuabile negli interventi di prevenzione secondaria, in particolare negli interventi di controllo delle principali complicanze delle malattie croniche e delle disabilità.

In ambito di prevenzione primaria le priorità sono riconducibili alla prevenzione dell'ictus cerebri ed alla prevenzione delle fratture di femore, eventi questi ad alta incidenza nella popolazione anziana ed a forte impatto sui costi dell'assistenza e sugli esiti.

Per l'attuazione di tali interventi vanno definiti piani specifici.

## 2° e 3° livello: ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA E SPECIALISTICA

Le descritte caratteristiche della domanda geriatrica, in particolare la polipatologia e la fragilità, comportano l'erogazione di prestazioni in regime di continuità assistenziale secondo un modello organizzativo caratterizzato dall'integrazione dei servizi sanitari e sociali e all'interno dei sanitari tra l'ospedale ed i servizi distrettuali e la medicina di base.

Si tratta perciò di definire ed implementare un livello di assistenza in cui si integrino i due livelli dell'assistenza sanitaria primaria e specialistica:

- a livello di strutture la logica è quella della "rete" dei servizi in cui strutture a diverso grado di *service-mix* interagiscono in modo coordinato erogando prestazioni a diverso grado di intensità e complessità modulate sui bisogni dell'anziano;
- a livello di processo la logica è quella della definizione ed attuazione di percorsi socio-assistenziali omogenei a parità di problema clinico e/o sociosanitario.

Prioritaria sembra pertanto risultare la definizione univoca, su scala regionale e possibilmente anche su scala nazionale, dei nodi principali della rete e delle relative funzioni; in particolare, vanno definite in modo univoco le funzioni in ambito ospedaliero delle "Geriatriche", delle "Lungodegenze", delle "Lungodegenze riabilitative", delle "Riabilitazioni intensive ed estensive"; in ambito extraospedaliero vanno inoltre definite le funzioni della "Riabilitazione estensiva" e delle "Residenze sociosanitarie".

(È da rilevare, a tal proposito, che la variabilità esistente a livello di definizioni, di funzioni relative dei nodi del sistema "geriatrico" tra e dentro le Regioni è tale da risultare compatibile non con l'erogazione dei previsti livelli essenziali ed omogenei di assistenza ma con l'erogazione di livelli non essenziali e disomogenei di assistenza).

Sulla base delle conoscenze epidemiologiche e del monitoraggio dei consumi vanno inoltre individuati i principali problemi-condizioni cliniche ad alto impatto sulla salute e sui costi dell'assistenza agli anziani e di questi vanno definiti i principali percorsi clinici e socio-assistenziali nonché stimato il relativo consumo di risorse; tali stime sono funzionali alla definizione di "pacchetti" di prestazioni sanitarie ad alta integrazione socio-sanitaria, che potrebbero costituire gli opportuni correttivi all'attuale sistema di rimborso degli erogatori.

Da definire, infine, con priorità la tipologia ed il volume di prestazioni che la medicina primaria eroga come livelli essenziali in ambito di assistenza domiciliare ed in ambito di residenzialità sanitaria.

## **6.3. Progetto: Tutela materno-infantile**

### **1. Principi generali**

Gli interventi e l'organizzazione assistenziale disegnata dal presente Progetto Obiettivo interessano circa 774.000 minori (età inferiore ai 18 anni) residenti nel Veneto, di cui oltre 43.000 nuovi nati per anno, e 1.099.000 donne in età fertile, di cui circa 57.000 gravide per anno. Sono coinvolte circa 940.000 famiglie con figli, il 55% delle famiglie presenti in Regione.

La tutela e la promozione della salute di questa fascia di popolazione, e le conseguenti tipologie assistenziali da implementare, devono rispondere ad alcuni principi fondamentali, che costituiscono le strategie formanti l'intera azione del presente Progetto Obiettivo.

Il primo principio riguarda la centralità della famiglia, intesa sia come terminale delle azioni di promozione della salute, prevenzione delle malattie, cura, riabilitazione e reinserimento comunitario dei soggetti, sia come protagonista attivo nella attuazione di azioni direttamente influenti la propria complessiva salute e quella dei suoi membri minori.

Il secondo principio è quello della complessità e globalità degli interventi, che necessariamente comportano non soltanto l'integrazione tra settori sanitari e sociali, ma anche il coinvolgimento di istituzioni operanti in piani diversi, quali quello educativo, della protezione e tutela, ecc. Tale complessità e globalità può essere garantita soltanto attraverso la creazione e attivazione di reti "orizzontali", ovvero attraverso l'organizzazione di piani di intervento concertati tra istituzioni diverse e agenzie e settori della società differenti, operanti nello stesso ambito territoriale.

Il terzo principio è quello della continuità assistenziale, nel senso che, qualora il piano assistenziale comprenda ambiti diversi d'assistenza, questo passaggio sia trasparente per il paziente e la sua famiglia. Il concetto di continuità assistenziale riguarda accezioni differenti, quali la continuità tra cure ospedaliere e territoriali, la continuità delle cure nel tempo e per tutto l'arco della giornata e della settimana, la continuità delle cure somministrate allo stesso paziente in diversi ambiti territoriali. Secondo quest'ultima accezione, la continuità delle cure può essere garantita solo attraverso la creazione di reti "verticali", ovvero di luoghi dedicati a rispondere ad un analogo quesito assistenziale con livelli differenti di complessità e specializzazione delle prestazioni, luoghi strettamente connessi tra loro da un articolato ed efficiente sistema di riferimento.

Il concetto di reti verticali, quarto principio formante il presente progetto-obiettivo, presuppone l'identificazione di centri, servizi e funzioni, di diverso livello di qualificazione, dedicati a macroambiti di problemi e prestazioni. Tale articolazione deve riguardare sia il comparto delle cure ospedaliere, sia quello delle cure territoriali, all'interno delle quali si andranno ad evidenziare tipologie di attività richiedenti diversa ampiezza di bacino d'utenza.

Infine, il quinto ed ultimo principio fa riferimento alla necessità di risorse, competenze, luoghi e servizi dedicati specificamente a questa fascia di popolazione. Solo assolvendo a questa condizione è possibile rispondere alla peculiarità dei bisogni di salute della fascia di popolazione infantile ed in età evolutiva. Tale peculiarità si esplica sia in termini di specificità dei processi patologici presentati, sia rispetto allo sviluppo che condiziona tutti i processi sia fisiologici che patologici, sia infine in relazione alla necessità di organizzazioni dedicate, che riconoscano luoghi, tempi, modi e strumenti rispettosi dei bisogni dei minori e delle loro famiglie.

### **2. Aree di intervento da privilegiare**

I contenuti delle azioni da mettere in atto da parte delle ASL nel corso della durata del presente Piano, devono riguardare in modo privilegiato i seguenti temi:

### *2.1. Salute della donna*

In questo ambito vengono comprese le azioni predisposte ad aumentare la speranza di vita femminile. Già nello scorso triennio si sono attivati interventi di offerta attiva e monitoraggio di alcuni screening di popolazione. Obiettivo del Piano per il prossimo triennio è l'estensione al territorio regionale degli screening per il carcinoma del collo dell'utero e quello della mammella. Nel corso del triennio le Aziende Sanitarie dovranno garantire l'attivazione di programmi predisposti secondo procedure e monitoraggi definiti dalla Regione.

### *2.2. Tutela e supporto alla gravidanza, promozione di maternità e paternità*

Vengono in questo tema comprese tutte le azioni connesse con il concepimento, la gravidanza e lo sviluppo delle precondizioni per un'adeguata competenza parentale. A tal riguardo vanno segnalate alcune linee di tendenza rese evidenti nella nostra Regione:

- lo spostamento del picco di fertilità nella classe di età materna 30-34 anni, con aumento del numero totale di nati/anno per effetto di un aumento della fertilità, nonostante la diminuzione del numero delle donne fertili;
- l'incremento delle nascite da sottogruppi migranti di popolazione, soprattutto nelle province di Vicenza, Treviso, Verona e Padova;
- lo spostamento intorno a 15-16 anni dell'età dei primi rapporti sessuali e la persistenza di gravidanze in teen-agers, almeno 700 per anno;
- l'aumento dell'offerta teorica di test di diagnosi prenatale e la diffusione di procedure di diagnostica prenatale come amnio e villocentesi (circa il 20% delle gravidanze) e di screening ecografico in gravidanze relativamente avanzate (intorno alla 20<sup>a</sup> settimana), oltre l'80% delle gravidanze;
- l'intensificazione del numero di controlli (visite, ecografie, dosaggi ormonali e test ematochimici, ecc.) effettuati mediamente nel corso di gravidanze fisiologiche, l'aumento della frequenza di ricovero in gravidanza (oltre il 28%) e del numero di gravidanze definite patologiche (20%), e l'elevato tasso di parti cesarei (29%), nonostante il persistere di una quota stabile nel tempo di parti strumentali (4%);
- l'aumento della sterilità di coppia e della richiesta di fecondazione assistita e/o di adozione nazionale ed internazionale, come modalità per rispondere ad un bisogno di maternità e paternità.

Sono ulteriori obiettivi settoriali :

- a) **garantire** una adeguata offerta di diagnosi prenatale e servizi almeno provinciali per l'approccio alla sterilità di coppia, favorendo nel contempo le azioni di monitoraggio della qualità e risultato di quanto predisposto. Garantire la valutazione delle coppie richiedenti l'adozione e il supporto psicologico nel periodo post-adoztivo e ogniqualvolta si presentino aspetti patologici che possono portare ad un fallimento adottivo;
- b) **contenere** il tasso di parti cesarei e strumentali almeno entro i limiti fissati dal Piano Nazionale, anche attraverso l'uso sistematico del travaglio di prova nelle precesarizzate e la revisione critica dei criteri utilizzati per l'indicazione al cesareo di elezione
- c) **sviluppare** specifiche azioni per il miglioramento dell'appropriatezza.

.

### *Azioni*

- a) **predisporre** modalità di offerta attiva di ascolto, di educazione sessuale e formazione alla genitorialità responsabile per teenagers;
- b) **attivare** il monitoraggio regionale delle cure attuate in gravidanza e parto, con particolare riguardo a efficienza ed efficacia degli screening attualmente predisposti, appropriatezza dei ricoveri, prassi tenute in relazione alla diagnosi prenatale in epoca avanzata di gestazione, ed, infine, coerenza dei trattamenti predisposti con le evidenze scientifiche di efficacia.

### *2.3. Nascita*

Come già accennato innanzi, il numero di nati nella Regione è in costante aumento negli ultimi 10 anni, sia per l'incremento di nascite da donne autoctone, sia per il sempre più elevato contingente di nati da donne extracomunitarie. Il quadro della salute dei nati e dell'offerta assistenziale relativa è caratterizzato dai seguenti elementi:

- una caduta dei tassi di mortalità specifici, sia neonatale precoce (1,7 per 1.000 nati vivi), che tardiva (0,4 per 1.000 nati vivi), più accentuata per quanto attiene la quota più precoce di mortalità, giunta ormai ai livelli più bassi presenti in Europa, ma associata ad una persistente disomogeneità territoriale e a un calo assai più contenuto della natimortalità (3,3 per 1.000 nati);
- la presenza di una quota relativamente rilevante di disabilità residua, variabile dal 5 al 10 per 1.000 nati vivi, generalmente di intensità medio-grave o grave, legata sia al comparto dei nati fortemente pretermine, sia ad una quota di patologia polimalformativa, genetica e/o indeterminata già presente durante l'epoca fetale;
- una crescita costante e rilevante dei casi di nati non riconosciuti e di successivi abbandoni precoci (entro i primi 3 mesi dalla nascita); una crescita delle condizioni di difficoltà materne nel periodo post-neonatale, con oltre il 10% delle neo-madri presentanti problemi di depressione, solitudine e difficoltà psico-relazionali e un 5% aspetti di marginalità psico-sociale;
- una progressiva messa a regime della rete di assistenza intensiva neonatale e di trasporto assistito, con l'identificazione di due Centri di riferimento regionali per l'alta specializzazione.

### *Azioni*

- a) **messa a regime** della rete di cure intensive e trasporto assistito neonatali con la conferma dei 3 centri provinciali di 2° livello e dei due di 3° livello, comprendenti anche il trasporto assistito;
- b) **messa in atto** di un adeguato programma diagnostico in tutti i nati morti, al fine di definirne compiutamente la causa, eventualmente da utilizzarsi per orientare le future gravidanze;
- c) **attivazione** di procedure informatizzate che semplifichino e permettano già dall'ospedale di nascita di perfezionare tutte le procedure che coinvolgono la famiglia di un nuovo nato, attraverso lo stretto collegamento tra le istituzioni coinvolte. Tale procedura costituirà inoltre la base per lo sviluppo di protocolli comuni di comportamento, consentendo inoltre il monitoraggio delle attività svolte e delle prassi assistenziali tenute;
- d) **sviluppo** di pratiche assistenziali, quali il rooming-in e le altre riferibili alle indicazioni dei "baby friendly hospitals" dell'OMS, favorenti la relazione genitoriale precoce e l'allattamento al seno;
- e) **attuazione** di quanto già predisposto nella normativa regionale in relazione alla piena tutela sanitaria dei nati extracomunitari;
- f) **attivazione** di piani di dimissioni protette per particolari nati patologici e/o disabili gravi.

### *2.4. Assistenza ai malati cronici e/o con malattia rara*

Il Veneto è caratterizzato, nel panorama nazionale ed anche europeo, per i bassissimi tassi di mortalità precoce, non soltanto neonatale, come già descritto, ma anche infantile (3,5 per 1.000 nati vivi). Questo guadagno di vite è anche in relazione alla straordinaria contrazione della letalità e alla maggior durata di sopravvivenza di malati da malattie gravi, a decorso ormai cronico e frequentemente rare. Esempi in questo senso sono le malformazioni complesse di tipo multiorgano, che fino a qualche tempo fa portavano a decessi precoci per gli interessamenti d'organi vitali, quali quello cardiaco, cerebrale, epatico, renale, ecc, oppure i difetti congeniti del metabolismo, i tumori, le deficienze immunitarie, ecc. A questo sempre più elevato contingente di bambini o adolescenti malati cronici, che richiedono un'assistenza ad alta od altissima specialità e presentano problemi rilevanti di gestione quotidiana ed inserimento nei diversi contesti di vita, si associano, e frequentemente si sovrappongono, i minori affetti da malattie rare, contingente questo particolarmente numeroso proprio nell'età infantile ed evolutiva, che sono portatori di problematiche specifiche e beneficiari di una particolare tutela sanitaria. Per tutti costoro la situazione attuale è caratterizzata da:

- il non ottimale accesso alle cure disponibili o la latenza con cui questo avviene, nonostante la presenza in Regione di centri di eccellenza per molte delle patologie comprese nei due gruppi e l'alta mobilità regionale presente con ampia concentrazione di casi in pochissimi centri ben definiti. La ragione di questo apparente paradosso è in gran parte da imputare ad alcune disfunzioni nel sistema di riferimento e alla mancanza di reti verticali ben definite per ambiti di macro quesiti assistenziali, capaci di rendere accessibile e immediatamente disponibile in tutto il territorio regionale le conoscenze ed esperienze comunque teoricamente presenti nel Sistema Sanitario Veneto e obbligando le famiglie a migrazioni intraregionali anche quando esse non sarebbero realmente necessarie;
- la frattura tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale e la frammentazione delle competenze in servizi non integrati intorno ad uno stesso piano assistenziale. Questa situazione, oltre ad aumentare la migrazione sanitaria interna alla regione e il ricorso alle cure ospedaliere come unica soluzione utilizzata, grava pesantemente sulla famiglia e sul minore, affidando ad essi incombenze di collante tra i servizi e le istituzioni, che non sarebbero di loro competenza, e peggiorando gravemente la loro qualità di vita possibile;
- la carenza di attitudine culturale e piattaforme infrastrutturali che consentano all'intero sistema regionale di monitorare quanto attivato e valutare in modo trasparente i risultati derivanti dai differenti percorsi assistenziali messi in atto, confrontandoli con le evidenze scientifiche disponibili;
- la difficoltà per le famiglie di interagire con istituzioni terze e la solitudine che esse vivono nelle fasi di inserimento del minore in diversi contesti di vita e nella previsione del suo futuro di possibile adulto;
- le disfunzioni introdotte nel sistema di cura a causa del mancato adattamento di norme e regole generali alla specificità di bambini e adolescenti affetti da malattie croniche e/o rare.

#### *Azioni*

- **messa a regime** della rete regionale dedicata alle malattie rare con la definizione, in collaborazione con le Associazioni d'Utenza, di percorsi diagnostici e terapeutici condivisi e comuni, con il monitoraggio e la valutazione delle storie assistenziali e con la relativa formazione dei professionisti;
- **sperimentazione** di reti orizzontali per diversi macro quesiti assistenziali, in cui sia semplificato e definito il sistema di riferimento ed in cui sia facilitato l'interscambio di informazione e la consulenza a distanza tra i centri e servizi parte della rete stessa. La particolare considerazione delle esigenze dei malati bambini ed adolescenti nel piano regionale dei trapianti ed in quello oncologico;



- **attivazione** di piani di dimissioni protette e di assistenze domiciliari integrate, che comprendano la strettissima collaborazione, fino all'interscambio di personale se necessario, tra ospedale e territorio e tra servizi differenti;
- **implementazione** di modalità alternative al ricovero ospedaliero nei pazienti terminali dove non sia possibile organizzare una adeguata assistenza domiciliare, tipo hospice pediatrico;
- **revisione** dei criteri di adeguatezza dei ricoveri e del compenso dei Day hospital, tenendo conto delle peculiarità di questo gruppo di pazienti.

### *2.5. Inquadramento diagnostico, riabilitazione ed integrazione comunitaria dei minori disabili*

Nel Veneto sono presenti circa 20.000 minori disabili per i quali è richiesto un piano di intervento continuativo, 11.000 dei quali si trovano in una condizione di disabilità grave o medio-grave. Circa il 50% dei casi presenta un profilo di plurimenomazioni, circa il 70% un deficit intellettivo di qualche entità, quasi un terzo un deficit visivo associato. La presenza di quest'ultimo aggrava di regola in modo determinante la condizione di disabilità globale del soggetto, mentre la presenza e gravità del ritardo mentale determina il livello di handicap complessivo presentato. Quasi 6.000 di questi soggetti sono in carico di strutture di riabilitazione convenzionate, con una netta aggregazione in alcune Aziende regionali, i restanti sono a carico diretto dei servizi sanitari gestiti dalle ULSS. L'impatto nel Sistema Sanitario regionale che questo problema globalmente produce è quindi rilevante, come pure le conseguenze attuali e future sulla comunità veneta non sono certamente trascurabili. La situazione attuale presenta i seguenti punti critici principali:

- una assoluta disomogeneità degli strumenti e percorsi di inquadramento diagnostico e delle stessa nomenclatura utilizzata per definire il caso, percorsi particolarmente carenti per l'assessment di talune disabilità quali la visiva, la cognitiva, ecc.; una parcellizzazione (specie nei servizi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie) dei servizi, strutture e professionisti che assumono in carico tali minori, spesso in assenza di una competenza e un'esperienza specifiche per tipologia e gravità delle menomazioni e disabilità presentate. Analogamente i trattamenti e i progetti riabilitativi risultano spesso del tutto generici, poco disegnati sulla specificità del minore disabile e molto dipendenti dal servizio erogante;
- la mancanza di una rete verticale ben disegnata, che offra la possibilità di ottenere prestazioni diagnostiche e terapeutiche modulate in differenti livelli di complessità assistenziale, che leghi strettamente il momento di diagnosi e trattamento della malattia con quello di definizione del profilo degli esiti, delle abilità attuali ed evolutive e dello svantaggio sociale derivante, indirizzando in modo specifico il piano di interventi successivi;
- una frattura tra assistenza prestata sotto e sopra la soglia del 18° anno d'età, con una quasi assoluta assenza di continuità assistenziale al passaggio tra servizi per i minori e servizi per l'adulto;
- un ancor non adeguato supporto per l'effettiva integrazione scolastica del minore disabile, soprattutto per quanto attiene la qualità ed efficacia dei piani educativi individuali e la loro coerenza nel facilitare l'acquisizione di competenze utili per sostenere l'autonomia del soggetto nell'età adulta e, dove possibile, la sua integrazione lavorativa;
- la scarsità di azioni che accompagnino la famiglia nelle fasi della comunicazione diagnostica e che la contengano e supportino successivamente, specie nei casi di massima gravità.
- La parzialità del monitoraggio regionale delle azioni intraprese su ogni soggetto e quindi della verifica dei risultati raggiunti da differenti piani di intervento.

#### *Azioni*

- a. **creazione e partecipazione** di tutte le Aziende Sanitarie ad una rete regionale di monitoraggio delle attività svolte che comprenda tutti i servizi pubblici e convenzionati eroganti prestazioni di diagnosi, trattamento e riabilitazione di minori disabili, che utilizzi modalità condivise di definizione dei soggetti e delle azioni e che colleghi tali informazioni a quelle derivanti dal mondo della scuola e del lavoro;
- b. **strutturazione** di reti verticali regionali per grandi ambiti di problemi connessi con la disabilità, di cui con priorità quella per le patologie psichiche precoci, e i disturbi generalizzati dello sviluppo in particolare, e quella per l'ipovisione;
- c. **definizione** di modalità omogenee di collegamento tra servizi per i minori e quelli per l'adulto e tra Istituzioni Sanitarie ed Educative e del Lavoro, anche attraverso la stesura di specifici protocolli, che consentano la continuità assistenziale e favoriscano l'integrazione comunitaria del disabile;
- d. **realizzazione** di piani di dimissioni protette e di cure domiciliari integrate per minori disabili.

### *2.6. Supporto alle famiglie vulnerabili, presa in carico delle famiglie multiproblematiche e/o maltrattanti e dei bambini maltrattati*

Molte sono le condizioni, anche transitorie, che possono portare ad una situazione di particolare vulnerabilità delle famiglie, tanto che si stima che circa il 20% di esse viva nel corso del tempo una tale situazione. Solo in una parte contenuta di casi tale vulnerabilità richiede una qualche forma di intervento o presa in carico anche transitoria da parte della rete istituzionale. Si stima che nel Veneto si trovino in questa situazione circa 40.000 famiglie. Di queste, 9.000 presentano problemi strutturati rilevanti tali da richiedere una o più prese in carico continuative, presentando una situazione di multiproblematicità. Nella nostra Regione sono inoltre presenti circa 3.200 bambini maltrattati.

I punti più critici che riguardano questo ambito di problemi di salute dei minori rispetto all'attuale offerta dei servizi sanitari sono dati da:

- la separatezza tra le istituzioni coinvolte e la frammentarietà delle azioni intraprese, rivolte più a rispondere alla successione dei singoli problemi che ad affrontare il complesso della patologia e problematicità familiare;
- la latenza nel depistage dei casi, la grossolanità della diagnosi multifunzionale e la stereotipia degli interventi di presa in carico;
- la scarsa attitudine dei professionisti sanitari a riconoscere i segni del maltrattamento e a collaborare attivamente nella definizione diagnostica e presa in carico dei casi;
- la scarsa copertura territoriale e temporale di interventi specificamente mirati al supporto delle famiglie vulnerabili e alla prevenzione del maltrattamento.

### **Azioni**

- a. **supporto** alle famiglie con nuovi nati, anche attraverso visite domiciliari da effettuarsi nel corso del primo mese di vita con modalità di ascolto, contenimento e supporto per la nuova madre e identificazione precoce delle situazioni bisognevoli di una presa in carico più complessa;
- b. **stesura di protocolli** comuni di azione tra le diverse istituzioni coinvolte in sede locale nel trattamento delle famiglie problematiche e dei bambini maltrattati, al fine di facilitare il funzionamento della rete orizzontale di assistenza e lo sviluppo di piani di formazione e aggiornamento professionale funzionali ad essi;
- c. **implementazione** di una rete verticale di assistenza per bambini maltrattati basata sull'azione delle Aree Materno-Infantili con funzione sovradistrettuale e dei Dipartimenti

Infantili e dell'Età Evolutiva delle Aziende Provinciali, di cui alcuni con funzione di Unità di Crisi per la Diagnosi di Maltrattamento.

### *2.7. Promozione della salute per bambini e adolescenti*

L'area degli interventi di prevenzione primaria e promozione della salute della fascia in età evolutiva è caratterizzata attualmente nella Regione da una certa ricchezza di interventi, frequentemente indirizzati alla persona, meno frequentemente organizzati secondo un approccio di tipo comunitario, molto spesso scarsamente monitorati nella copertura di popolazione, efficienza ed efficacia, a volte con limitato respiro territoriale e/o temporale.

#### **Azioni**

- a) **mantenere** gli interventi di prevenzione primaria indirizzati alla persona, quali vaccinazioni di legge e facoltative consigliate e gli interventi di diagnosi precoce come screening e controlli di salute già attualmente in atto, con le modalità organizzative definite da ciascuna Azienda Sanitaria, ma con procedure e tipologie di monitoraggio condivise in ambito regionale, al fine di valutarne l'efficacia e l'efficienza;
- b) **incentivare** l'attivazione di interventi di promozione della salute che vedano il diretto coinvolgimento di diverse agenzie e istituzioni locali, ivi compresa la Scuola e le Municipalità, secondo un approccio di tipo comunitario, con prevalente interesse per gli aspetti legati alla prevenzione degli incidenti e delle tossicodipendenze;
- c) **riorientare** l'attività dei servizi e professionisti sanitari per quanto attiene il controllo dell'attività motoria e agonistica svolta da una quota sempre crescente di bambini e adolescenti, con particolare riguardo al monitoraggio dei training atletici predisposti per la preparazione dei giovani atleti e alla loro aderenza alle caratteristiche di sviluppo fisiologico dei minori, e all'assoluta assenza dell'uso di qualsiasi sostanza o pratica dopante.

### **3. Modelli organizzativi da implementare e tipologie di offerta assistenziale**

In questo paragrafo si intende definire le macro modalità organizzative che le Aziende USL devono attuare per effettuare gli interventi di cui alla sezione precedente. Le modalità indicate seguono i principi già enunciati, in particolare prevedono la costruzione di reti verticali per diversi livelli di complessità assistenziale e la creazione di reti orizzontali, seguendo un approccio multidimensionale e multiprofessionale, e utilizzando competenze e risorse dedicate alla fascia di popolazione in età evolutiva, sia per i servizi territoriali che per quelli ospedalieri. Qualora il bacino d'utenza o le caratteristiche di organizzazione e risorse locali non inducano a pianificare tali servizi dedicati in ciascun distretto od ospedale, le funzioni possono essere ricoperte da una sola struttura per ASL, o, in convenzione, da una struttura anche di una ASL viciniora. La stessa modalità di convenzione con diversi soggetti pubblici e/o privati può essere utilizzata per sperimentare tipologie organizzative di tipo innovativo, che realizzino gli interventi sopra descritti anche attraverso il consorzio o la collaborazione di diverse Aziende Sanitarie. In ogni caso, ciascuna Azienda Sanitaria deve garantire o direttamente o tramite convenzione che i propri residenti accedano a tutti i livelli di cura e a tutte le prestazioni e interventi previsti dal Piano.

Pur spettando quindi alle singole Aziende le decisioni sulla modalità specifica da attivare in relazione alle condizioni locali, tali modalità dovranno rispettare le indicazioni sotto dettagliate.

Tutte le funzioni, attività, servizi e interventi predisposti in favore di bambini e adolescenti troveranno la loro collocazione organizzativa o all'interno del Dipartimento Infantile e dell'Età Evolutiva ospedaliero o all'interno dell'Area Materno-Infantile del Distretto.

#### *A. Assistenza ospedaliera*

Di regola l'assistenza ospedaliera per neonati, bambini e adolescenti, sia medica che chirurgica, viene effettuata presso il Dipartimento Infantile e dell'Età Evolutiva, che eroga prestazioni sia in regime di degenza ordinaria e giornaliera che di tipo ambulatoriale e garantisce anche le prestazioni d'urgenza per l'intera Azienda. Il Dipartimento costituisce il luogo fisico dell'Ospedale deputato all'assistenza ai minori, con una organizzazione e strutturazione adeguata alle diverse età dei propri assistiti e rispettosa delle loro peculiari esigenze. Ha una dotazione di personale infermieristico specifica per tutta l'assistenza prestata e medica internistica pediatrica, mentre si avvale delle altre competenze specialistiche presenti nel Presidio Ospedaliero, competenze che si riferiranno al Dipartimento stesso in modo funzionale. Nei casi siano presenti nella stessa Azienda Sanitaria Unità Semplici o Complesse con specifica competenza pediatrica, siano esse di tipo medico o chirurgico, esse affluiranno al Dipartimento Infantile e dell'Età Evolutiva. Presso tali Dipartimenti degli Ospedali delle Aziende Sanitarie dei capoluoghi di provincia, affluiranno anche le Unità operative, semplici o complesse, di Neuropsichiatria infantile.

I Dipartimenti Infantili e dell'Età Evolutiva potranno, in base a particolari esigenze locali, essere trasformati in Dipartimenti Materno-infantili e dell'Età Evolutiva, venendo quindi anche a comprendere al proprio interno anche le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia.

La rete dei Dipartimenti Infantile e dell'Età Evolutiva delle varie Aziende Sanitarie costituirà la rete di assistenza ospedaliera per i minori della Regione: essa sarà caratterizzata dalla presenza di stretti legami funzionali, che permetteranno (anche tramite l'utilizzo di linee guida e protocolli assistenziali comuni, collegamenti informatici e telematici, consulenze o convenzioni specifiche, o la sperimentazione di nuove modalità operative) di erogare nel modo più omogeneo possibile nell'ambito regionale tutta l'assistenza richiesta, compresa quella ad alta o altissima specializzazione.

#### *B. Assistenza territoriale*

L'assistenza territoriale per questa fascia di popolazione troverà nella rete dei Pediatri di Libera Scelta e nelle Unità Operative Materno-Infantili distrettuali il proprio modello organizzativo.

**Per quanto riguarda i Pediatri di Libera Scelta**, i loro compiti sono quelli fissati dagli accordi nazionali e regionali. La rete organizzativa assistenziale dovrà garantirne una piena integrazione attraverso iniziative e interventi per la tempestiva presa in carico del neonato su tutto il territorio regionale e il prioritario impegno sui temi dell'inizio e mantenimento dell'allattamento al seno, attraverso il coordinamento delle strutture territoriali ed ospedaliere per una migliore continuità assistenziale prevenendo il ricorso improprio al pronto soccorso e alle strutture sanitarie e riducendo i tassi di ospedalizzazione; attraverso la promozione dell'istituto della dimissione protetta e l'accesso facilitato a prestazioni di secondo livello; attraverso la promozione e il sostegno attivo dei programmi vaccinali; attraverso lo sviluppo degli interventi finalizzati alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali; attraverso le azioni tese a favorire l'adozione di corretti comportamenti alimentari, di igiene orale e promuovere la partecipazione alle attività ginnico-motorie; attraverso l'impegno per prevenire l'uso di sostanze che causano dipendenza e promuovere l'acquisizione di corretti stili di vita nell'adolescente; attraverso le iniziative in grado di migliorare l'assistenza al malato cronico e la prevenzione del disagio psichico e sociale, gli abusi ed il maltrattamento, garantendo la partecipazione attiva alle Unità valutative multidimensionali

distrettuali (UVMD).

In questo quadro di dovrà puntare all'attuazione, mediante programmi aziendali, del “Progetto Salute Infanzia” e del “Progetto Cure Primarie”; all'incentivazione della pediatria di gruppo, in associazione, in rete anche con i medici di medicina generale; l'attivazione dei servizi di continuità assistenziale pediatrica e disponibilità telefonica; la informazione alle famiglie sulle corrette modalità di utilizzo dei servizi sanitari; la elaborazione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici condivisi tra pediatria di libera scelta ed ospedale per le patologie di comune interesse; l'incentivazione dell'esecuzione delle prestazioni diagnostiche eseguibili nell'ambulatorio del pediatra e l'adozione dell'osservazione breve in ambito distrettuale.

**Per quanto riguarda le Unità Operative Materno-Infantili distrettuali**, ad esse faranno riferimento tutti gli operatori e professionisti operanti nelle diverse strutture, servizi e funzioni del territorio con interesse prevalente per la famiglia, i bambini e gli adolescenti, come i Consulteri Familiari, le funzioni di Pediatria di Comunità, di Neuropsichiatria Infantile, con esclusione delle Aziende Sanitarie insistenti sui Comuni capoluogo di Provincia, di Riabilitazione Pediatrica, di Assistenza Sociale con specifica competenza per l'età evolutiva, di Tutela dei Minori, ecc.. Alle Unità Materno-Infantili distrettuali saranno funzionalmente collegati anche i Pediatri di libera scelta.

Funzioni delle Aree Materno-Infantili da garantire per ogni distretto sono:

- l'assistenza sanitaria primaria per tutti i minori presenti nel distretto, da erogarsi di regola e con priorità dai Pediatri di libera scelta e solo in seconda istanza e limitatamente ai casi previsti dalla normativa nazionale dai Medici di Medicina Generale, in collaborazione con tutte le altre figure professionali operanti nello stesso ambito distrettuale;
- il monitoraggio dei bisogni di salute e delle prestazioni erogate, da utilizzarsi anche per la stesura e il monitoraggio dei piani di zona, il rapporto costante con le agenzie, istituzioni e associazioni operanti nello stesso territorio, le attività di promozione della salute della comunità locale, da effettuarsi a carico delle funzioni di Pediatria di Comunità;
- l'erogazione di attività assistenziali dirette alla persona per i minori migranti qualora non sia possibile la loro diretta iscrizione al Pediatra di libera scelta da effettuarsi da parte dei Pediatri di comunità; la realizzazione di interventi di prevenzione diretti alla persona qualora essi non siano effettuati direttamente dal Pediatra di libera scelta;
- la collaborazione con la Scuola per l'inserimento di soggetti disabili e il supporto per la presa in carico di soggetti segnalati per difficoltà di inserimento, e/o apprendimento, e/o comportamento scolastico, da effettuarsi, a seconda dei casi, da parte dei Pediatri e Medici di famiglia, Pediatri di comunità, Neuropsichiatri infantili, Psicologi, Terapisti di riabilitazione e Operatori sociali;
- la definizione diagnostica e la presa in carico di disturbi della relazione genitori-figli e della relazione di coppia, da effettuarsi da parte di Neuropsichiatri infantili, Psicologi per l'età evolutiva e altri operatori dei Consulteri Familiari; il supporto all'attività del Tribunale per i Minorenni regionale e delle altre istituzioni ed agenzie preposte alla tutela e protezione dei minori, la presa in carico delle famiglie vulnerabili e multiproblematiche, da effettuarsi prevalentemente da parte degli Operatori sociali, dei nuclei per la Protezione dei minori, di Neuropsichiatri e Psicologi per l'età evolutiva e altri Operatori dei Consulteri Familiari, in collaborazione con i Pediatri di libera scelta, Pediatri di comunità, ed eventualmente Dipartimento Infantile e dell'Età Evolutiva ospedaliero;
- la partecipazione alla realizzazione dei piani di assistenza domiciliare integrata e di dimissioni protette;
- la cura alla gravidanza e la eventuale partecipazione ai programmi di screening dei carcinomi della mammella e utero con le modalità predefinite a livello locale.

Almeno un Distretto per Azienda Sanitaria dovrà garantire, con un bacino d'utenza sovradistrettuale, le funzioni sotto indicate. Per particolari esigenze locali, un'Azienda Sanitaria può garantire le sotto citate funzioni di assistenza ai propri residenti anche con convenzioni con ASL viciniore:

- stesure di piani di Assistenza Domiciliare Integrata e dimissioni protette e supporto alla loro attivazione anche attraverso l'utilizzo di proprio personale infermieristico pediatrico, oltre che di altre professionalità appositamente formate, in collegamento stretto con i Dipartimenti Infantili e dell'Età Evolutiva ospedalieri;
- definizione diagnostica e presa in carico della patologia psichica precoce;
- stesura di piani di riabilitazione per minori disabili e loro attuazione, supporto per le attività di integrazione nei vari ambiti di vita e di lavoro, ivi comprese la stesura dei profili dinamici funzionali e la collaborazione a quella dei piani educativi individualizzati, necessari per l'integrazione scolastica e la predisposizione dei profili e delle competenze individuali da utilizzarsi nei servizi di integrazione lavorativa;
- presa in carico dei bambini maltrattati e delle famiglie maltrattanti.

Le Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile presenti in ogni Azienda Sanitaria provinciale, inseriti nei Dipartimenti Infantili e dell'Età Evolutiva ospedalieri, fungeranno sia da riferimento diagnostico e supervisione per i quadri clinici complessi per le Aree Materno-Infantili distrettuali delle Aziende della stessa provincia, sia da servizio di riferimento per le attività sovradistrettuali dell'Azienda su cui esse insistono. Limitatamente alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona sono individuate le sedi delle due Unità Operative complesse di Neuropsichiatria Infantile regionali, deputate alla diagnosi e trattamento dei casi ad alta o altissima complessità assistenziale.

#### **4. Indicatori**

Lo stato di attuazione del presente Progetto Obiettivo nella singola Azienda Sanitaria verrà verificato per ciascun anno di validità del Piano in base alla misura dei seguenti indicatori:

##### *A. Indicatori di stato del processo organizzativo*

1. Attivazione dei Dipartimenti Materno-Infantile e dell'Età Evolutiva ospedalieri e delle Aree Materno-Infantile distrettuali (obiettivo da raggiungere entro il 1° anno);
2. Realizzazione dei protocolli d'intesa tra Aziende Sanitarie ed Istituzioni, Agenzie terze, di volta in volta interessate a specifiche problematiche, come Comuni, Scuola, Tribunale per i Minorenni, Provincia, Agenzie di Volontariato, ecc., per ambiti come interventi su disabili, famiglie vulnerabili e multiproblematiche, bambini maltrattati, minori migranti in difficoltà, ecc. (obiettivo da raggiungere entro il 2° anno);
- 3 Attivazione per ciascun punto nascita dello sportello unico per la famiglia, con realizzazione dell'integrazione informatica tra Ospedale di nascita, Comune di nascita, ASL di residenza (obiettivo da raggiungere entro il 3° anno);
- 4 Partecipazione attiva ad almeno 2 reti verticali per macro-ambito assistenziale con assunzione di protocolli diagnostico terapeutici condivisi e monitoraggio comune (obiettivo da raggiungere entro il 3° anno). Messa a regime della rete per le malattie rare (obiettivo da raggiungere entro il 2° anno);
- 5 Realizzazione di almeno un intervento di promozione della salute con approccio comunitario (obiettivo da raggiungere entro il 2° anno).

##### *B. Indicatori di attività o risultato raggiunto*

1. Tasso di copertura in ciascuna Azienda Sanitaria della popolazione residente interessata agli screening del carcinoma del collo dell'utero non inferiore all'80% alla fine del triennio e della mammella non inferiore al 50% al 1° anno, 60% al 2° e 70% al 3°;
2. Percentuale di parti cesarei su parti totali dei residenti in ciascuna Azienda Sanitaria non superiore al 25% nel 1° anno, 22% nel 2° anno, 20% nel 3° anno (raggiungimento dell'obiettivo di Piano Nazionale), con contemporanea percentuale di parti strumentali non eccedente il 3%;
3. Percentuale di ricovero (ordinario e giornaliero) di residenti con età inferiore ai 18 anni al di fuori della rete dei Dipartimenti Infantile ed dell'Età Evolutiva (o, nelle more della loro attivazione, delle Unità Operative che in essi andranno a confluire), non superiore al 20% dei ricoveri totali per la stessa fascia di popolazione per il 2° anno, e al 15% entro il 3° anno;
4. Implementazione di piani di assistenza domiciliare integrata e di dimissioni protette non inferiori alla misura di 1 su 1.000 minori residenti (obiettivo da raggiungere alla fine del triennio);

Percentuale di minori disabili residenti con completo inquadramento e comunicazione diagnostici e piano individuale di presa in carico multidimensionale non inferiore al 60% per il 2° anno e 70% per il 3° anno, rispetto al totale dei minori residenti trattati.

## **6.4. Progetto: Sicurezza alimentare**

### **6.4.1. Premessa**

Le attuali conoscenze scientifiche mettono sempre più in evidenza i rapporti esistenti tra alimentazione e salute ed il ruolo svolto da una corretta alimentazione per la prevenzione di numerose patologie ad essa correlate.

E' noto che, nella maggioranza dei casi, le patologie legate alla alimentazione sono dovute ad errori alimentari ripetuti da parte della popolazione di tutte le fasce di età.

Le principali patologie in cui l'alimentazione rappresenta un fattore di rischio evidente, indicate anche nel PSSN, sono: sovrappeso e obesità, tumori, diabete mellito di tipo 2, malattie cardiovascolari ischemiche, artrosi, osteoporosi, litiasi biliare, carie dentaria e patologie carenziali.

Un discorso a parte è riservato alle problematiche sanitarie correlate con il consumo di alcool che, anche nella nostra regione, sono tuttora importanti.

Per contrastare efficacemente il diffondersi di tali patologie è necessario mettere in campo strategie di prevenzione rivolte non soltanto ai gruppi a rischio, ma a tutta la popolazione utilizzando le metodologie operative di educazione e promozione della salute.

Le azioni strategiche da perseguire nel triennio considerato sono pertanto:

- implementare in tutte le ULSS l'attività di sorveglianza nutrizionale basata su una aggiornata conoscenza epidemiologica del fenomeno ricavata da dati correnti e/o indagini specifiche;
- attuare programmi di educazione alla corretta alimentazione nella popolazione in generale, per gruppi omogenei, sul singolo o su problematiche specifiche della realtà locale;
- promuovere il coinvolgimento, l'educazione e la sensibilizzazione dei soggetti operanti nel campo della alimentazione (produzione, commercio, somministrazione, ecc.) orientandoli alle azioni di miglioramento della qualità dei servizi offerti, anche sotto l'aspetto nutrizionale. In particolare, considerando la criticità determinata dalle fasce di popolazione interessata, specifica attenzione sarà rivolta alla ristorazione scolastica e a quella delle mense collettive e sociali.

L'applicazione delle citate azioni strategiche trova naturale collocazione ed integrazione nei SIAN del Dipartimento di Prevenzione, organizzati in maniera da rendere operativa in tutte le Aziende

ULSS anche la specifica Unità di Igiene della Nutrizione, come previsto dalla normativa vigente nazionale e dalle indicazioni regionali.

## **6.4.2. Il Piano regionale per la sicurezza alimentare**

Con DGR 31.12.2001, n.3884e DGR 9.8.2002, n.2224 è stato approvato il PIANO TRIENNALE PER LA SICUREZZA ALIMENTARE per la Regione Veneto . Di seguito si fornisce la sintesi

### *6.4.2.1. Introduzione al piano*

Le numerose normative comunitarie e linee di indirizzo specifiche che con sempre più frequenza vengono emanate nel settore, specialmente dopo l'esplosione della drammatica emergenza BSE, dimostrano la crescente importanza che ha assunto la sicurezza alimentare fino a configurarsi, attualmente, come obiettivo primario e strategico.

Il "Libro Bianco sulla sicurezza alimentare" della Commissione CE ha affrontato estesamente i vari punti correlati all'approntamento di sistemi nazionali e comunitari finalizzati alla garanzia della sicurezza alimentare ma, nel contempo, ha anche sottolineato l'importanza del consumatore prioritariamente come figura da tutelare e, secondariamente, come destinataria di tutte le informazioni relative alle problematiche alimentari e quindi parte consapevole e attiva, se non centrale, del "sistema sicurezza".

A tal fine, infatti, il Libro Bianco sottolinea che la sicurezza alimentare si deve basare su un "approccio completo e integrato e ciò significa che deve considerare l'intera catena alimentare" (dall'alimento per l'animale all'alimento per l'uomo).

E, in tal senso, è inequivocabilmente ribadita anche dalla Proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio, "che stabilisce i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'autorità europea per gli alimenti e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare", attualmente in discussione, la scelta strategica di individuare nel controllo della filiera produttiva il livello prioritario di intervento, con l'obiettivo di intercettare durante il percorso di produzione eventuali problemi che dovessero sorgere, prima che si manifestino nel prodotto alimentare già sulla tavola del consumatore,.

Di tale approccio è parte integrante tutto lo sforzo condotto negli ultimi anni, compresi i diversi articolati normativi comunitari, che ha portato alla realizzazione pratica di quel complesso di azioni di verifica e miglioramenti dei processi produttivi che viene correntemente indicato come "sistema H.A.C.C.P." e sulla base del quale i produttori, a tutti i livelli della filiera produttiva in cui sono presenti, vengono a rendersi garanti del prodotto finale.

In tal senso, la possibilità di accorpate o confrontare tra loro dei dati di laboratori diversi richiede imprescindibilmente che tali dati siano omogenei tra loro, cioè generati con procedure analitiche confrontabili dal punto di vista dei risultati ottenuti affinché l'Autocontrollo divenga, anch'esso, uno degli strumenti di verifica del processo atto a garantirne la corretta gestione e funzionalità, nonché a fornire importanti elementi di sospetto, se non di certezza, di una qualche anomalia che richiede un opportuno intervento di ripristino delle corrette condizioni di lavoro.

Già da quanto ricordato emerge la necessità di un forte coordinamento delle attività e dei programmi atti a garantire la sicurezza alimentare e che devono comunque avvalersi come prerequisito di strutture operative adeguate, sia di laboratorio ma anche operative sul territorio, e che necessitano evidentemente di un supporto di adeguati programmi di formazione mirati a garantire la professionalità di chi deve lavorare, in qualsivoglia ruolo, nell'ambito della produzione alimentare poiché la professionalità è anch'essa garanzia di omogeneità di comportamento e di valutazione delle problematiche incontrate che sono condizioni qualificanti per un corretto funzionamento del sistema di prevenzione.



Dall'analisi dei dati fin qui ottenuti, se si esclude il rischio fisico legato a contaminazioni con elementi radioattivi, peraltro riconducibili all'importazione di prodotti da paesi terzi, i rischi alimentari sono essenzialmente di natura chimica e microbiologica.

Infatti, il rischio chimico origina sia da fattori tossici naturali sia di origine tecnologica che vanno, ad esempio, dai residui di sostanze farmacologicamente attive impiegate in zootecnia, a contaminanti derivati dalle produzioni industriali o dagli insediamenti urbani quali metalli, PCB's, diossine che si trasferiscono nell'ambiente, e da esso nella filiera alimentare in punti non sempre costanti della stessa, agli additivi tecnologici che vengono impiegati nelle fasi di trasformazione dei prodotti allo scopo di aumentarne la conservabilità o migliorarne le caratteristiche merceologiche (conservanti, coloranti etc.) o ai fattori tossici naturali tra i quali le micotossine, una variegata classe di tossine di cui alcune sicuramente cancerogene che possono essere prodotte soprattutto nei cereali e nei frutti secchi o, ancora, le biotossine algali che si possono sviluppare nei molluschi.

I fattori naturali per eccellenza, tuttavia, responsabili di rischio alimentare, sono comunque i microrganismi che, responsabili delle tossinfezioni alimentari, necessitano di un'attenta presentazione poiché, in Europa come in tutti i Paesi industrializzati la sicurezza microbiologica degli alimenti viene definita in termini di livelli accettabili di rischio per gli individui di contrarre malattie di origine alimentare. Infatti, per alcuni patogeni quali E.coli produttore di verocitotossine (VTEC) il livello accettabile di rischio potrebbe essere uguale a zero. I circuiti di distribuzione degli alimenti, siano essi internazionali, nazionali o locali creano molteplici opportunità di contaminazione degli alimenti e delle acque, lungo l'intera filiera produttiva.

Considerando, quindi, l'enorme numero e la varietà delle potenziali fonti di contaminazione lungo la filiera alimentare, non è realistico pensare che tutti gli alimenti possano essere mantenuti esenti da qualsiasi contaminazione durante tutto il processo produttivo. E' ormai accettato che il metodo più appropriato per garantire la sicurezza degli alimenti è quello basato sull'identificazione dei punti critici di contaminazione, in grado di alterare la salubrità di un alimento.

Sarebbe, quindi, possibile introdurre le misure più efficaci per minimizzare o eliminare le possibilità di contaminazione partendo dalla produzione e lavorazione degli alimenti fino alla distribuzione, preparazione e consumo.

Tuttavia, nonostante gli enormi progressi tecnologici apportati negli ultimi decenni alla produzione degli alimenti (pastorizzazione, catena del freddo, conservazione in atmosfera modificata, ecc.), le malattie alimentari rimangono un'importante causa di morbilità e mortalità in Europa ed in generale nei Paesi industrializzati. Una recente indagine effettuata in Inghilterra e Galles ha dimostrato come una persona su cinque sviluppi ogni anno un'infezione intestinale, e come Campylobacter e Salmonella siano i patogeni più frequentemente isolati (Wheeler, J.G. et al., 1999, BMJ, 318, 1046-1050).

Negli Stati Uniti si stima che le tossinfezioni alimentari causino fino a 76 milioni di casi di malattia, 325.000 ospedalizzazioni, 1800 casi di morte ogni anno (Bennet, J.V. et al., 1987 in: Amler and Dull (ed), Closing the gap: the burden of unnecessary illness, Oxford University Press, N.Y.). In questo studio i patogeni prevalentemente associati ad ospedalizzazione erano Campylobacter, Salmonelle non tifoidee e VTEC. La tabella riporta i dati relativi all'incidenza di malattie alimentari di origine batterica a livello mondiale.

- Zoonosi alimentari batteriche, 1997: incidenza per 100.000 abitanti (mod da: C.J.Thorns, 2000, Rev.sci.tech.Off.int.Epiz., 19(1))

Zoonosi	Europa	USA	Australia	Giappone
Salmonellosi	73	14	38	7
Campilobatteriosi	30	25	100	ND
Infezioni da VTEC	0.7	2.0	ND	1.7
Listeriosi	0.2	0.5	0.4	ND
Yersinosi	2.0	1.0	1.5	ND

Brucellosi	1.0	ND	ND	ND
ND = dato non disponibile				

Nell'interpretazione di questi dati, invero, è necessario tenere presente che molti casi di infezione umana non vengono segnalati, perché il paziente non riporta l'episodio al proprio medico, o perché non viene richiesta una diagnosi di laboratorio, o ancora perché il dato non viene trasmesso a livello centrale. I casi riportati rappresentano quindi solo una minima parte dei casi reali e questo rende ancora più significativa l'entità del problema. A questo tipo di statistiche sfuggono poi completamente i dati relativi alle complicazioni insorte a seguito di tossinfezione alimentare (sindrome di Guillain-Barré correlata ad infezione da *Campylobacter*, sindrome uremico-emolitica conseguenti a infezione da *E.coli* verocitotossico).

Sicuramente il concetto "dai campi alla tavola" introdotto dal Libro Bianco ha stimolato una più stretta collaborazione fra i diversi settori dell'industria alimentare, ottenendo risultati positivi, ad esempio, in diversi Paesi europei, nel controllo delle salmonelle negli allevamenti. Ciononostante, appare ormai evidente come il metodo più efficace per affrontare il problema delle infezioni alimentari zoonotiche, soprattutto quando siano limitate le risorse da destinare a strategie a lungo termine, sia quello di concentrare l'attenzione sull'emergenza nell'uomo di nuove tendenze, essendo la maggior parte di questi patogeni agenti di forme asintomatiche negli animali. E' diventato, quindi, cruciale, nella programmazione di future strategie, sviluppare programmi di ricerca e sorveglianza integrati, negli animali e nell'uomo, creando ad esempio i presupposti per una rapida disseminazione delle informazioni relative ai patogeni emergenti o ai cambiamenti nei profili di resistenza agli antibiotici.

Sistemi di sorveglianza coordinati dovranno valutare in modo accurato i risultati dei metodi di intervento applicati lungo la catena produttiva, riorientando, se necessario, gli obiettivi della ricerca.

L'analisi del rischio rappresenta uno strumento essenziale nella pianificazione degli interventi nel settore delle tossinfezioni alimentari, proprio perché permette una precisa individuazione degli obiettivi da raggiungere, consentendo un'efficiente distribuzione delle risorse disponibili; pertanto, risulta indispensabile l'attivazione di sistemi di sorveglianza e monitoraggio che forniscano dati attendibili sulla situazione sanitaria degli allevamenti, sul livello di contaminazione degli alimenti, sulla prevalenza di infezione nell'uomo.

Nell'ambito delle problematiche tossicologiche è peraltro opportuno sottolineare una significativa distinzione nelle sindromi correlate. Infatti mentre le tossinfezioni producono delle patologie individuabili come manifestazioni di tossicità acuta, le intossicazioni di origine chimica assumono prevalentemente connotazioni di tossicità a medio o lungo termine (tossicità cronica), come tali più difficili da diagnosticare e che assumono connotazioni di difficile risoluzione terapeutica.

Un problema emergente non inquadrabile in termini di tossicità ma legato all'impiego del farmaco in zootecnia è rappresentato, in medicina umana, dai fenomeni di farmacoresistenza che si stanno manifestando in molti pazienti che, conseguentemente, non reagiscono positivamente a molti degli antibiotici più comunemente impiegati. Il problema rischia di assumere dimensioni molto preoccupanti e si individua nelle cause anche l'impiego esagerato di alcuni antibiotici nel campo delle produzioni zootecniche.

Da quanto esposto finora sulle problematiche sanitarie collegate ai prodotti alimentari, emerge la sostanziale impossibilità di raggiungere il rischio zero sia nell'ambito delle tossinfezioni sia in quello legato alle problematiche chimiche (come dimostrato dall'individuazione dei limiti massimi di accettabilità). Ma proprio da tale aspetto emerge il dovere di ricondurre tali rischi entro livelli accettabili opportunamente definiti in base alle conoscenze scientifiche più aggiornate.

La complessità di un sistema organizzato per garantire la sicurezza alimentare è pertanto evidente considerando tutte le componenti che necessariamente lo devono comporre e, soprattutto, l'interazione che tra esse deve essere realizzata per rendere il tutto effettivamente efficace.

A livello regionale si è nella situazione in cui alcuni dei punti essenziali sono già consolidati e operativi, pensando soprattutto alle strutture dei laboratori pubblici che già supportano una massiccia attività analitica producendo quantità consistenti e importanti di dati.

Contemporaneamente una banca dati sull'anagrafica delle aziende è già operativa e in fase di aggiornamento e integrazione di dati, così come l'attività di formazione si può avvalere di programmi stimolanti e di esperienze già consolidate.

Da tali punti di partenza, opportunamente integrati degli elementi da aggiungere per la costruzione del sistema complessivo, è possibile, in prima istanza, evidenziare le priorità operative consentendo di organizzare anche dei programmi di campionamento studiati su base statistica ed epidemiologica (monitoraggio o sorveglianza) e, al contempo, individuare strumenti di prevenzione e di acquisizione di informazioni analitiche per contribuire a fotografare le situazioni in essere.

La raccolta e la gestione dei dati, correttamente ottenuti, servono infatti primariamente per dare una lettura dello stato dell'arte, ma contemporaneamente per cercare di anticipare l'insorgere di emergenze sanitarie.

Come ultima riflessione è opportuno considerare che le ultime gravi emergenze alimentari (diossina e BSE) hanno focalizzato un aspetto molto importante derivante dal libero scambio comunitario, nel momento in cui azioni scellerate in paesi molto lontani dal nostro producono delle ricadute estremamente negative per le nostre produzioni.

Una corretta e opportuna raccolta di dati che supporti con dati oggettivi la sicurezza dei prodotti regionali può essere un strumento per quantomeno contenere ricadute negative in caso di situazioni analoghe a quelle ricordate; in tal senso infatti, sono stati sviluppati specifici piani regionali di monitoraggio (ad esempio il monitoraggio sulla Diossina DGR n.4783/99)

La priorità assoluta è la protezione del consumatore. Gli alimenti rappresentano infatti un potenziale veicolo di malattia. È quindi essenziale garantire un livello "accettabile" di protezione dai rischi legati al consumo che, attraverso il controllo della sanità e qualità dei prodotti, sia anche in grado di svolgere un'ulteriore funzione, cioè quella di sostegno al sistema produttivo degli alimenti.

A queste finalità "classiche" si aggiungono oggi ulteriori necessità, legate alle nuove regole stabilite a livello globale per gli scambi commerciali di derrate alimentari. Sono stati infatti introdotti modelli nuovi di controllo, con un approccio basato sulla valutazione del rischio, che diventa elemento essenziale di riferimento per permettere la libera circolazione delle merci (SPS Agreement dell'Organizzazione Mondiale del Commercio). Il sistema di controllo è oggi quindi chiamato a rispondere in maniera efficace a questa nuova richiesta. L'incapacità di offrire tempestivamente questo "servizio" rischia di danneggiare il sistema produttivo, oltre che esporre il consumatore a livelli di rischio superiori a quanto precedentemente registrato.

Le recenti crisi legate alla Diossina, PCB, BSE hanno tragicamente evidenziato le carenze esistenti e la necessità di rivedere l'intero sistema di controllo e proprio per tale motivo l'Unione Europea ha avviato la revisione dell'intero impianto normativo ed organizzativo alla base della tutela dei consumatori; consumatori, peraltro, che svolgono un ruolo sempre più attivo, come interfaccia essenziale del sistema pubblico e del mondo produttivo.

In Italia, comunque, di fronte a queste emergenze, il sistema sanitario ha risposto con sufficiente efficacia; l'esperienza ha comunque dimostrato, ancora una volta, la necessità di costruire un sistema in grado di prevenire, o evidenziare in maniera il più possibile precoce, le problematiche sanitarie legate agli alimenti allo scopo di ridurre al minimo l'impatto sanitario ed economico di questi eventi calamitosi.

Il raggiungimento di tale obiettivo richiede un utilizzo più efficiente degli strumenti già a disposizione e la definizione di nuovi obiettivi operativi poiché, come accennato in premessa, il sistema attuale di controllo degli alimenti deve essere opportunamente sviluppato in modo da rispondere pienamente alle nuove esigenze dei consumatori e del mercato modificando o rendendo più efficienti gli strumenti attualmente a disposizione.

I passaggi fondamentali richiesti sono: il potenziamento dei sistemi informativi esistenti, la razionalizzazione dei controlli già esistenti, lo sviluppo di efficaci programmi di sorveglianza e monitoraggio.

Tali interventi devono essere considerati i presupposti fondamentali per impostare un approccio nuovo al controllo degli alimenti, basato sulla valutazione, corretta gestione e comunicazione del rischio.

#### 6.4.2.2. Sistema informativo

E' già stato avviato un programma per l'informatizzazione completa delle attività dei Servizi veterinari e SIAN delle AULSS procedendo anche alla centralizzazione, secondo formati standard, dei dati dell'autocontrollo delle aziende di produzione e di lavorazione degli alimenti di origine animale, generati dai laboratori privati; in modo da aggregarli e renderli utilizzabili in un contesto di analisi del rischio sanitario.

Come già riportato in precedenza, in Veneto è già operativo un sistema informatizzato per la raccolta, gestione, elaborazione e distribuzione dei dati relativi alle analisi di laboratorio svolte in regime di autocontrollo dai produttori di latte, ai sensi del DPR n.54 /97.

#### 6.4.2.3. Monitoraggio e sorveglianza

La chiara individuazione delle priorità sanitarie, in termini di filiere e di patogeni/contaminanti da prendere in esame, dovrà basarsi sull'analisi dei dati e delle informazioni che fluiranno in un sistema informativo costantemente aggiornato. Per raggiungere tale obiettivo, è necessario costruire sistemi per la raccolta continua delle informazioni.

Tutte le informazioni raccolte devono quindi essere indirizzate verso un unico nucleo operativo, in grado di elaborarle attraverso un processo di valutazione del rischio, base per una oggettiva individuazione delle priorità del controllo (priorità dei pericoli, efficacia delle misure, allocazione delle risorse, ecc.).

In termini operativi è necessario:

1. Completare e mantenere aggiornato il censimento di tutte le strutture presenti in Veneto che producono, lavorano, distribuiscono e somministrano alimenti.
2. Raccogliere i dati sulle malattie di origine alimentare rendendo possibile l'accesso alle informazioni raccolte in continuo da ospedali, laboratori diagnostici, servizi di prevenzioni (indagini epidemiologiche in focolaio) per verificare i trend epidemiologici nel tempo e l'insorgenza di nuove patologie.
3. Raccogliere i dati sulla contaminazione degli alimenti: devono essere verificati i dati esistenti desumibili dall'attività corrente di controllo. Come già detto in precedenza, solo una parte dei controlli effettuati è basata su campionamenti statisticamente definiti.
4. Attuare specifici programmi di sorveglianza: l'attività deve essere indirizzata in funzione di specifici obiettivi sanitari. È quindi essenziale conoscere approfonditamente tutti i fattori in grado di influenzare il risultato finale, e se necessario, costruire modelli di studio *ad hoc*. Chiaramente, la definizione dei programmi è successiva alla scelta della specifica malattia alimentare oggetto della valutazione, ed i programmi dovranno essere definiti per completare le informazioni già disponibili (bibliografia o ricerche già svolte).
5. Definire una strategia, a medio termine, finalizzata ad un più mirato controllo sul corretto utilizzo delle sostanze farmacologiche in allevamento. Stante la oggettiva difficoltà alla tempestiva predisposizione di procedure ufficiali per l'accertamento delle molecole utilizzate, si ritiene necessario predisporre iniziative complementari al previsto Piano Nazionale Residui, con la predisposizione, quindi, di un costante monitoraggio basato sulla evidenziazione dei parametri indiretti, ossia di un sistema che ricerca gli effetti prodotti dall'utilizzo di tali sostanze, quali indicatori di eventuale uso illecito.

#### 6.4.2.4. Valutazione del rischio

La valutazione del rischio (Risk Assessment - RA), sia chimico che microbiologico, stima la probabilità e la gravità di un danno in una popolazione di consumatori legato alla presenza di un determinato pericolo in un alimento e, quindi, rappresenterà, in una prospettiva a lungo termine, lo strumento di riferimento per l'individuazione delle priorità sanitarie di un paese; ad esso saranno legate le scelte di alcuni parametri fondamentali per le decisioni da prendere per rendere efficiente ed efficace il controllo degli alimenti. Sulla base del RA infatti, alcuni paesi europei ed extraeuropei, stanno definendo *i livelli di accettabilità di determinate malattie alimentari* (Acceptable Level of Protection – ALOP) e, di conseguenza, i livelli accettabili di contaminazione per specifici pericoli in determinate derrate alimentari (Food Safety Objectives – FSO).

Oltre a decisioni di politica sanitaria, il RA sarà la base utilizzata per regolare gli scambi commerciali di derrate alimentari tra paesi; come previsto nel SPS agreement, infatti, la possibilità di esportazione di un prodotto è condizionata dalla capacità di dimostrare con dati oggettivi il relativo livello di rischio, che deve risultare pari, o inferiore, a quello accettabile nel paese destinatario.

D'altro canto, attraverso la costruzione di un RA, sarà possibile individuare i punti del processo di produzione, o più estesamente, di una determinata filiera produttiva, sui quali intervenire per massimizzare l'efficienza di un intervento di controllo.

In ogni caso, per elaborare il RA è necessario prima costruire sistemi informativi efficaci, per la raccolta e l'aggiornamento continuo delle informazioni e pianificare adeguatamente i campionamenti ed i controlli attraverso attività di monitoraggio e sorveglianza adeguate.

Solo successivamente è possibile elaborare modelli di valutazione del rischio (peraltro abbastanza complessa), cui attingere per individuare le misure di controllo dei rischi. Chiaramente l'applicazione su ampia scala del RA deve essere considerata come obiettivo finale di un sistema già ampiamente sviluppato e rodato, che, comunque, può offrire già risultati ampiamente soddisfacenti se utilizzato in maniera proficua

#### 6.4.2.5. Gestione del rischio

Le gestione del rischio è la fase decisionale di scelta delle misure più idonee alla prevenzione o al controllo di un potenziale rischio legato al consumo di alimenti. È una fase propria degli organi politico-decisionali, che non può però certo prescindere dalla disponibilità di informazioni corrette e dati oggettivi forniti dalle strutture a carattere scientifico. È il frutto della valutazione del rischio, descritta in precedenza, attraverso la quale si arriva all'analisi della situazione esistente e si valuta il rischio potenziale di un evento morboso. Soltanto attraverso questa fase "preliminare" è possibile verificare successive ipotesi di controllo o prevenzione, attraverso la valutazione dell'impatto di ciascuna di esse sulla sicurezza alimentare per il consumatore finale.

Tutto ciò per rendere efficaci, e, soprattutto, efficienti l'insieme delle attività svolte per il controllo della salubrità degli alimenti, e limitare, o prevenire, inutili dispendi di risorse.

#### 6.4.2.6. Comunicazione del rischio

La corretta comunicazione del rischio è basata sulla creazione di un rapporto diretto tra organismi incaricati del controllo degli alimenti, consumatori ed altre parti interessate (aziende produttrici).

Come previsto nel "Libro bianco sulla sicurezza alimentare" dell'Unione Europea, è necessaria l'individuazione di una struttura di riferimento cui sia deputato il trasferimento dell'informazione.

Ciò al fine di fornire informazioni basate su dati fattuali e conoscenze scientifiche adeguate, ove necessario, nei limiti dell'incertezza delle informazioni disponibili, e prevenire la diffusione di informazioni fuorvianti l'opinione pubblica su potenziali rischi legati al consumo alimentare e sulle misure di controllo attuate per la gestione del rischio stesso.

#### 6.4.2.7. Autocontrollo aziendale

L'accesso ad una consistente mole di dati relativi alle produzioni aziendali, ha permesso di fare alcune considerazioni sullo stato di applicazione dell'autocontrollo.

È purtroppo prassi diffusa la riduzione del controllo alla mera esecuzione di prove di laboratorio, che, come noto, non riescono come tali a garantire l'igiene e la salubrità della produzione. In qualche modo si ritiene che, il risultato analitico, sia in grado di soddisfare gli obblighi imposti dalla normativa in termini di controllo della produzione. E' invece ampiamente riconosciuto che l'analisi sia solo la verifica finale di un sistema di controllo basato su parametri diversi (controlli visivi, rilevazioni strumentali, registrazione delle informazioni, ecc.), gli unici in grado di garantire il rispetto continuo dei criteri di salubrità della produzione.

Risulta evidente, inoltre, come l'applicazione dell'HACCP sia molto difforme tra le aziende, frutto anche di una attività di verifica, da parte degli organi ufficiali, effettuata in maniera non standardizzata: per rendere l'autocontrollo diffusamente ed equamente applicato è quindi necessario programmare una consistente formazione del personale sanitario chiamato a verificarne il rispetto, per ottenere comportamenti e giudizi conformi sul territorio regionale.

D'altro canto, è necessario prevedere dei programmi di monitoraggio per ciascuna categoria di prodotti, per verificare il livello medio di contaminazione, sia essa di tipo biologico o chimico, come indicatore dell'efficacia complessiva del sistema.

Una nota particolare, infine, merita il ruolo dei laboratori interni alle aziende, o esterni, deputati all'esecuzione delle prove di laboratorio sui campioni di alimenti prelevati in fase di autocontrollo poichè anche i risultati di tali attività non possono non essere adeguatamente valutati. Infatti, se tali dati, da un lato di per sé stessi non possono essere considerati esaustivi ai fini di un'attestazione di sanità, dall'altro, opportunamente valorizzati, devono essere attentamente compresi nell'attività di controllo e monitoraggio ufficiali.

Pertanto, è indispensabile che detti laboratori interni assicurino un sufficiente livello di affidabilità delle prove eseguite attraverso l'istituzione di un nucleo di verifica, che stabilisca i criteri minimi da rispettare, ed effettui ispezioni occasionali nei laboratori stessi il tutto integrato da un circuito di controllo di qualità interlaboratorio cui, obbligatoriamente, ciascuna struttura partecipi.

Si ritiene, infatti, che quelle evidenziate siano carenze importanti all'interno del sistema di autocontrollo e tali da non permettere il raggiungimento della solubilità degli alimenti a livello di produzione, così come auspicato dal "Libro bianco sulla sicurezza alimentare" là dove richiama con forza la responsabilità del produttore.

Di tali carenze, a nostro avviso, deve farsi carico il sistema di verifica sia rivedendo la propria capacità operativa che agendo a livello di produzione comprendendo l'attività dell'autocontrollo in modo organico e richiamando le aziende ad una maggiore assunzione di responsabilità.

## **6.5. Progetto: Luoghi di lavoro**

Con DGR n. 3881, 31.12.2001 è stato approvato il Piano per la PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO per la Regione . I punti salienti del Piano sono:

### **6.5.1. Risultati del Piano triennale 1999 – 2001 di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro della Regione Veneto.**

Il Piano triennale di prevenzione e di promozione della salute negli ambienti di lavoro della Regione Veneto 1999-2001 aveva fatto propri gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e sul piano politico-organizzativo si era riferito alla relazione della Commissione d'Inchiesta del Senato presieduta dal Senatore Smuraglia. La relazione evidenziava come il sistema di vigilanza e controllo

delle ASL fosse estremamente disomogeneo e disarticolato rispetto agli obiettivi, come vi fossero rilevanti variabilità territoriali e regionali. In sostanza, veniva delineata una situazione caratterizzata da un sistema di controllo diffuso, ma privo di una politica definita da priorità e obiettivi d'intervento.

I risultati della ricerca IRISO promossa dalla Regione Veneto su: "sicurezza e trasformazioni organizzative: effetti del D.Lgs. 626/94 sull'organizzazione del lavoro" relativi alla percezione degli Spisal da parte delle imprese, avevano permesso inoltre di ridefinire le attività di vigilanza come occasione per la promozione di politiche di sicurezza e di qualità.

Partendo dai punti indicati, il Piano triennale di prevenzione individuava una politica allargata a tutto l'ambito regionale, con obiettivi di ordine generale omogenei ed orientati su priorità di evidenza epidemiologica:

Favorire lo sviluppo di una nuova cultura della sicurezza nel mondo del lavoro coerente con le nuove direttive europee.

Intervenire con azioni sistematiche nell'ambito del territorio regionale nei confronti delle situazioni di rischio occupazionale più grave e diffuso.

Promuovere la qualificazione e la omogeneizzazione dei Servizi Spisal attraverso azioni sistematiche di formazione degli operatori

Realizzare un sistema integrato e partecipato di promozione della salute negli ambienti di lavoro attraverso la messa in rete di tutti i soggetti coinvolti nella difesa della salute nel mondo del lavoro.

Costante dell'azione di prevenzione è stato il coinvolgimento delle forze sociali, delle associazioni di datori di lavoro, delle organizzazioni sindacali, del mondo della scuola e tutte le forze sociali con interessi in questo campo.

La politica indicata è stata perseguita attraverso il lavoro in rete dei Servizi, la definizione di obiettivi quantitativi (che hanno di fatto anticipato i L.E.A. per la prevenzione negli ambienti di lavoro) e la pianificazione di 17 progetti di prevenzione e promozione della salute mirati a priorità come l'edilizia, la metalmeccanica, l'amianto, il monitoraggio dello stato di attuazione del 626, i trasporti e l'area sanitaria. Inoltre, si sono attivati interventi di ordine sperimentale o innovativo, finalizzati all'avvio di nuove linee di promozione della salute, come la sicurezza nel mondo della scuola, l'ergonomia, l'inserimento/mantenimento lavorativo dei soggetti diversamente abili.

Come strumenti di supporto al piano erano stati previsti il Centro Regionale di Promozione della Salute, WHP, con compiti di tipo documentale e di informazione, il sistema informatico Spisalnet per la "messa in rete" dei Servizi e l'Osservatorio di Epidemiologia Occupazionale.

### **6.5.2 Valutazione dei risultati**

L'azione di sistema avviata verso gli obiettivi generali è stata valutata da soggetti esterni ( Studio Butera e Partners, ottobre 2001) attraverso interviste a gruppi focus.

Il lavoro interno di analisi e di elaborazione è stato approfondito con workshop dei Responsabili SPISAL, dei Capi progetto e dei Dirigenti (Venezia, 27 novembre 2001 e 27 giugno- 11 luglio 2002) conclusosi con la formulazione di proposte per il triennio.

I risultati della verifica condotta appaiono significativi per quanto riguarda:

l'affermazione della politica regionale di prevenzione negli ambienti di lavoro definita da obiettivi, metodologie, strumenti di lavoro e sistemi di verifica dei risultati per il miglioramento (DGRV 5083 del 28.12.98, obiettivo n. 19 assegnato ai Direttori Generali)

una maggiore omogeneità degli interventi SPISAL e una diminuzione delle differenze territoriali nei comportamenti delle singole ULSS

la realizzazione del 70% degli obiettivi di vigilanza (gli obiettivi erano di tendenza, da raggiungere entro tre anni, attraverso il riorientamento delle risorse interne ai Servizi e la successiva eventuale destinazione di nuove risorse). Le sinergie, la condivisione delle conoscenze e degli strumenti hanno permesso di migliorare l'efficienza del sistema regionale di vigilanza che nel 2000 ha incrementato del 22 % il numero dei cantieri controllati in edilizia e del 15 % il numero delle

aziende ispezionate

la definizione di priorità epidemiologiche, di pratiche comuni di lavoro, di standard di attività, di forme condivise di comunicazione e di partecipazione degli operatori

lo sviluppo del lavoro in rete attraverso il network regionale degli SPISAL, in collegamento con i diversi soggetti pubblici e privati operanti nell'ambito della prevenzione negli ambienti di lavoro (progetto safetynet, portali web: prevenzioneveneto, prevenzionecantieri, strada sicura)

la partecipazione delle Parti sociali ai processi di prevenzione in atto con la garanzia del controllo sociale sui Servizi, sulle priorità di intervento, sulle metodologie di lavoro e sui risultati, secondo il principio della trasparenza della P.A.

l'individuazione di linee di finanziamento aggiuntivo (Soc. Autostrade, INAIL, Ass. Datoriali) e la partecipazione a bandi per fondi finalizzati (INAIL, FSE, ISPESL).

Tra i punti di forza va considerata la grande esperienza di sviluppo organizzativo, oltre che di avvio di un processo di omogeneizzazione delle procedure partendo dalla concreta operatività, ed il miglioramento delle performance dei Servizi. L'esperienza di innovazione è risultata possibile grazie alla scelta di una leadership mista, formata da compagine politico istituzionale e compagine tecnica.

Infine, il premio riconosciuto dall'Agencia Europea per la salute e la sicurezza del lavoro OSHA, al progetto metalmeccanica, e quello nazionale assegnato dalla Confederazione Italiana dei Dirigenti d'Azienda al progetto di prevenzione degli infortuni da incidenti stradali, testimoniano la validità dell'azione di prevenzione sviluppata dalla rete regionale e delle grandi potenzialità di efficacia derivanti dal lavoro di squadra.

### **6.5.3 Criticità**

Lo svolgimento del Piano ha evidenziato elementi di criticità che necessitano di soluzione al fine della futura pianificazione regionale, come:

la necessità di pianificare gli interventi di formazione finalizzati agli obiettivi del piano;

la carenza di attrezzature tecnologiche e di competenze adeguate al lavoro in rete;

le difficoltà di perseguire risultati significativi negli ambiti territoriali più contenuti e con personale inferiore alla massa critica;

le difficoltà al riorientamento delle risorse disponibili sugli obiettivi prioritari (dalla sorveglianza sanitaria dei minori non a rischio, all'emissione di atti burocratici);

la necessità di strumenti di governo maggiormente vincolanti l'operatività dei Servizi e di potenziamento dello spirito di squadra;

la necessità di risorse maggiori necessarie al supporto operativo del Piano (livello epidemiologico, statistico, di rappresentanza ai tavoli istituzionali regionali e nazionali);

l'integrazione della pianificazione regionale SPISAL nella pianificazione complessiva dei Dipartimenti di Prevenzione delle ULSS.

Altri aspetti critici evidenziati nella valutazione finale hanno riguardato la carenza, rispetto alle attese, di interventi di informazione e formazione e di incentivazioni, oltre che un approccio eccessivamente di tipo top-down nel coinvolgimento degli operatori ed una limitata integrazione e conoscenza reciproca tra i progetti.

### **6.5.4. Pianificazione del triennio**

#### *6.5.4.1. Le Politiche della Commissione delle Comunità Europee*

Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002 – 2006.

La salute e la sicurezza sul luogo di lavoro rappresentano oggi uno dei settori più ricchi di



implicazioni e più importanti della politica sociale dell'Unione. In effetti, fin dal 1951 la Comunità del carbone e dell'acciaio aveva iniziato a migliorare la sicurezza dei lavoratori e, con il trattato di Roma, tale preoccupazione si era estesa all'insieme dei lavoratori dipendenti.

È così che, a partire dalla fine degli anni '70, ed in particolare dopo l'adozione, nel 1987, dell'Atto unico europeo, è stato elaborato un significativo corpus legislativo che ha favorito un innalzamento delle norme di sanità e sicurezza. È proprio perché l'Unione può basarsi su un acquis così ricco che la definizione di una strategia comunitaria riveste un'importanza determinante nell'agenda per la politica sociale.

Tale strategia, che copre il periodo 2002-2006, possiede un triplice carattere innovativo: sposa un'impostazione globale del benessere sul luogo di lavoro, prendendo in considerazione le trasformazioni del mondo del lavoro e l'insorgenza di nuovi rischi, in particolare psicosociali, e mira così a migliorare la qualità del lavoro, della quale un ambiente di lavoro sano e sicuro è uno dei componenti fondamentali;

si basa sul consolidamento di una cultura di prevenzione dei rischi, sulla combinazione di strumenti strategici differenziati (legislazione, dialogo sociale, spinta al progresso e individuazione delle pratiche migliori, responsabilità sociale delle imprese, incentivi economici) e sulla realizzazione di partenariati tra tutti i soggetti nel campo della salute e della sicurezza;

dimostra che una politica sociale ambiziosa è un fattore di competitività e che, per contro, la mancanza di strategia comporta costi che pesano in modo significativo sulle economie e sulle società.

#### *6.5.4.2. Obiettivi generali del piano*

L'analisi del Piano '99-2001 permette di pianificare gli obiettivi generali per il Piano triennale di prevenzione e promozione della salute nella Regione Veneto, seguendo una politica di consolidamento e ingegnerizzazione delle metodologie di lavoro in rete e dei processi di qualità realizzati, piuttosto che di una ulteriore progettazione innovativa:

Rafforzare la rete regionale degli attori della sicurezza (imprese, associazioni, organizzazioni sociali, enti pubblici, lavoratori, professionisti, imprenditori) attraverso azioni sistematiche e coordinate sul territorio, anche attraverso le tecnologie internet based, con il fine di promuovere la diffusione delle migliori pratiche di prevenzione e di promozione della salute, orientando la rete verso la produzione di conoscenze diffuse.

Promuovere il coordinamento e la qualificazione delle azioni di formazione sulla sicurezza negli ambienti di lavoro erogata dalle varie agenzie esistenti in ambito regionale, attraverso la definizione di percorsi certificabili.

Rendere più omogenea e qualificata l'attività di vigilanza della rete regionale degli SPISAL attraverso programmi su obiettivi prioritari. Rafforzare la sperimentazione di modalità operative innovative per i Servizi mediante il coordinamento delle azioni di vigilanza su priorità e la condivisione di metodologie e strumenti di lavoro.

Riorientare le risorse, abbandonando pratiche inefficaci, definendo priorità degli interventi sulla base dell'evidenza epidemiologica e della verifica dell'efficacia, definendo indicatori dei L.E.A., misurabili quantitativamente e verificabili qualitativamente.

Affermare le linee di lavoro innovative sperimentate con il Piano 1999 – 2001 orientando i Servizi sulle problematiche emergenti quali: l'ergonomia, la prevenzione degli infortuni derivanti da traffico stradale, il mantenimento al lavoro delle categorie deboli, la valutazione dell'organizzazione aziendale del sistema interno di sicurezza, lo stress da lavoro ed il mobbing, la tutela della salute e della sicurezza nei lavori atipici.

#### *6.5.4.3. I Livelli Essenziali di Assistenza nella prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro*

Sono di seguito indicati i L.E.A. per la prevenzione negli ambienti di lavoro definiti nell'accordo Governo–Regioni–Province Autonome del 22.11.2001.

Individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro anche attraverso la formulazione di mappe di rischio

Determinazione qualitativa e quantitativa e controllo dei fattori di rischio di tipo chimico, fisico, biologico ed organizzativo presenti negli ambienti di lavoro

Controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e prestazioni di lavoro

Sorveglianza epidemiologica e costruzione del sistema informativo su rischi e danni di lavoro

Indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro

Verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative e in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori

Attuazione dei compiti di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti

Controllo della salute dei minori e adolescenti e informazione in relazione alla loro collocazione al lavoro

Valutazione delle idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge

Elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute e di igiene e sicurezza del lavoro.

Indagini per infortuni e malattie professionali

Controllo sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori

Informazione e formazione dell'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro

Tutela della salute della lavoratrici madri

L'esperienza condotta attraverso gli obiettivi minimi definiti nel Piano 1999 – 2001 permette di reimpostare gli output di attività e di processo conformemente a quanto indicato con i LEA.

#### *6.5.4.4. Aree di sviluppo del Piano*

Coerentemente agli obiettivi generali del Piano sono individuabili 3 aree di sviluppo:

- Integrazione delle attività di vigilanza, implementazione linee di lavoro sperimentate
- Comunicazione, informazione e formazione
- Sviluppo di nuovi progetti

*Macroazioni: Integrazione delle attività di vigilanza, implementazione linee di lavoro sperimentate*

#### *Azioni*

**Capitalizzazione** del know how sviluppato dai progetti del Piano 1999 – 2001, secondo la metodologia partecipativa, di comunicazione e di pianificazione sperimentata con il progetto metalmeccanica;

**Orientamento e coordinamento** delle attività di vigilanza su obiettivi regionali prioritari identificabili con i L.E.A., condivisione delle migliori pratiche di lavoro, promozione della rete regionale degli SPISAL (agenzia virtuale) attraverso l'unificazione delle procedure di lavoro e la definizione di indicatori di processo verificabili;

**Coordinamento della** Pubblica Amministrazione (ULSS, Direzione del Lavoro del Ministero del Lavoro, INAIL, INPS, ecc.) in materia di sicurezza del lavoro e di contrasto del lavoro irregolare e sommerso e sviluppo di sinergie con l'ARPAV e le Direzioni Regionali del Lavoro e della Formazione, dell'Agricoltura e dei Lavori Pubblici, dell'Ambiente e delle attività produttive;

**Coinvolgimento** diretto delle parti sociali ai progetti di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro con compiti partecipativi diretti, di confronto, validazione e verifica dei risultati;

**Sviluppo** delle competenze necessarie alla valutazione dell'organizzazione dei sistemi di sicurezza interni alle aziende, conformemente al D.Lgs. 626/94, attraverso lo sviluppo di metodologie ispettive degli aspetti organizzativi e gestionali dei sistemi di sicurezza aziendale secondo gli standard della certificazione nazionale UNI o internazionale (BS 8800, OHSAS 18001, 18002), oltre che elaborati dalla Regione;

**Definizione** della mappa regionale delle aziende con rischi da agenti chimici, a rischio rilevante e cancerogeni e quantificazione del rischio attribuibile;

**Implementazione** di un sistema regionale di sorveglianza sanitaria sulla patologia da lavoro, integrando i progetti sviluppati in questo ambito di ricerca;

**Sviluppo** di sinergie tra il progetto prevenzione infortuni da incidenti stradali e il progetto di prevenzione dei traumi da traffico del piano SISP;

**Implementazione** di un centro regionale di riferimento per il miglioramento delle condizioni ergonomiche dei posti di lavoro.

#### *Macroazioni Area della comunicazione, informazione e formazione*

**Coinvolgimento** e partecipazione diretta delle parti sociali nello sviluppo di progetti di comunicazione e formazione;

**Sviluppo** di progetti di formazione dei lavoratori e dei rappresentanti della sicurezza, dei quadri e dei datori di lavoro responsabili della sicurezza, con la certificazione di percorsi formativi;

**Sviluppo** degli strumenti di comunicazione e di informazione web e sperimentazione di progetti di formazione a distanza, rivolti sia agli operatori degli SPISAL che ai soggetti esterni della rete;

**Azioni di formazione** di supporto agli obiettivi del Piano in sinergia con il Servizio Epidemiologico Regionale e con Centro Regionale di Promozione della salute.

#### *Macroazioni Area sviluppo nuovi progetti*

**Attivazione** degli strumenti di supporto al piano (ufficio del piano, sistema informatico, piattaforma web, ecc.);

**Studio delle problematiche** occupazionali emergenti quali lo stress da carico di lavoro, il mobbing, i lavori atipici, l'inserimento dei lavoratori extracomunitari, il disability management; Pa progetti integrati a livello di Dipartimento di Prevenzione (sistema informatico, obiettivi di attività dei L.E.A., vigilanza, procedure, ecc.) ad alta integrazione tra Servizi.

#### **6.5.5. Strumenti di governo, di coordinamento, organigramma**

Il comitato guida del piano è lo strumento di governo definito dalla Direzione Regionale per la Prevenzione. E' costituito dai dirigenti della Direzione e del Servizio per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro della Direzione Regionale, dal Coordinatore tecnico del Piano, da uno o due rappresentanti del collegio dei Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, dai Responsabili SPISAL dei capoluoghi di provincia.

Il comitato guida assicura il raggiungimento degli obiettivi generali del Piano, la implementazione di percorsi finalizzati al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, la verifica di efficacia delle attività e dei processi secondo i principi della evidenza in medicina. Al comitato guida compete inoltre il coordinamento delle azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del piano e dei L.E.A., la verifica delle performance, anche al fine del riconoscimento degli incentivi di risultato alle ULSS (art. 39, Legge Finanziaria Regionale 2002).

Il tavolo regionale di coordinamento è lo strumento di partecipazione e coordinamento delle azioni del Piano con le parti sociali (Ass. Imprenditoriali e OO.SS.) e con le Istituzioni della Pubblica

Amministrazione operanti nell'ambito della sicurezza del lavoro (quali ARPAV, INAIL, Direzione Regionale del Lavoro, Istituti Universitari di Medicina del Lavoro, Segreteria Regionale Formazione e Lavoro della Regione Veneto). Il tavolo è articolato a livello provinciale. Il tavolo a livello regionale è coordinato dalla Direzione Regionale per la Prevenzione e, a livello provinciale, è coordinato dallo SPISAL dell'ULSS capoluogo.

### *L'organigramma*

Il Coordinatore tecnico del piano, con compiti di coordinamento delle varie aree di lavoro e delle macroazioni, di gestione degli strumenti operativi del piano, di coordinamento con la Direzione per la Prevenzione e il Servizio Regionale per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, di verifica degli obiettivi e monitoraggio dei risultati.

I Coordinatori di area svolgono le funzioni di coordinamento dei referenti delle macroazioni o dei capiprogetto afferenti all'area; sono individuati tra i membri del comitato guida.

I Capi progetto con compiti operativi orientati al raggiungimento degli obiettivi generali del progetto svolto.

Il Responsabile dell'ufficio del piano con compiti operativi di gestione dell'ufficio cui sono attribuiti i compiti sotto indicati.

Per ogni area o progetto, possono essere attivati specifici gruppi di lavoro definiti dal tavolo di coordinamento o dalla Direzione Regionale, a seconda delle necessità.

### *Strumenti di supporto*

Attivazione, presso l'ULSS incaricata del coordinamento tecnico scientifico del Piano triennale, di un Ufficio del piano, con compiti di supporto operativo, di sviluppo e progettazione e di monitoraggio statistico finalizzati all'azione di governo regionale. Il budget del Piano è centralizzato sull'ufficio al fine di ottimizzare le risorse destinate alle azioni dei singoli progetti.

Attivazione, nell'ambito del SER di una specifica linea di sorveglianza epidemiologica occupazionale.

Il Centro Regionale di Promozione della Salute CRP, conformemente agli obiettivi assegnati, concorre al perseguimento degli obiettivi di promozione del Piano triennale di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro.

## **6.6. Progetto: Per una politica di innovazione tecnologica**

Le linee su cui verrà sviluppato il progetto sono di massima:

### **1. Punti chiave di innovazione**

#### *1.1. Applicazione di alta tecnologia sanitaria innovazioni e conseguenze nel campo della diagnosi e della terapia*

La conoscenza dettagliata e globale del parco macchine, da un punto di vista sia tecnico sia economico, rappresenta una preconditione necessaria per gestire i processi di rinnovamento, anche se questa non è ancora sufficiente alla loro soluzione; occorre infatti che tali processi comprendano metodiche specifiche ideate per la valutazione multidisciplinare delle tecnologie, e che siano in grado di fornire informazioni strutturate e organiche a supporto delle decisioni strategiche da assumere.

Si pianifica come indispensabile fase propedeutica il procedere ad un censimento del patrimonio tecnologico, con la conseguente ulteriore valutazione sull'opportunità/possibilità di una sua maggiore integrazione. Ciò assicurerà che il necessario ammodernamento si realizzi nell'ambito di una progettualità coordinata e generale, che terrà in considerazione tre aspetti fondamentali:

- rispondere alle esigenze ed alle emergenze territoriali;
- evitare doppioni e sprechi;
- acquisire una preliminare completa conoscenza delle nuove tecnologie, che sono sviluppate od in via di sviluppo e che si prestano a ridurre (senza scadimento del servizio, anzi accrescendone l'efficacia e l'efficienza) i costi del servizio sanitari.

Circa queste ultime si citano a titolo di esempio alcuni flash salvo la dovuta verifica delle disponibilità a livello di conoscenza degli operatori, a livello di mercato e di capacità di gestione delle relative eventuali applicazioni sul territorio.

Dall'inizio degli anni 90, il progresso tecnologico in campo biomedico ha messo a disposizione della diagnostica strumentale e della terapia apparecchiature di nuova generazione.

Queste apparecchiature in simbiosi con i rapidi sviluppi delle tecnologie informatiche hanno apportato o stanno apportando radicali trasformazioni nella diagnostica per immagini comportando la necessità di cambiamenti nella refertazione, nell'organizzazione, nella gestione e nella comunicazione delle informazioni all'interno e tra le strutture sanitarie.

Il crescente numero di immagini ed i vantaggi che derivano dalle applicazioni informatiche in termini di qualità, dosimetria, elaborazione, trasmissione, affidabilità, archiviazione ed anche in termini economici comporterà una sempre più estesa diffusione dei sistemi digitali nell'ambito della diagnostica per immagini.

In particolare le nuove tecnologie radiologiche digitali rappresentano una innovazione decisiva verso la reale informatizzazione dei processi clinico radiologici che richiederanno necessariamente la definizione di procedure per gestire le prenotazioni radiologiche, la distribuzione degli esiti, la firma digitale dei vari documenti clinici e la messa a punto di interfaccia tra l'imaging, la degenza, la terapia ed il follow-up.

L'introduzione delle nuove tecnologie digitali a medio lungo termine potrà sicuramente comportare vantaggi clinici, organizzativi ed economici anche e soprattutto attraverso il collegamento informatico dei Servizi di Radiologia.

Nell'ambito della diagnostica per immagini è necessario inoltre tenere presente le tecnologie che generano nuove immagini diagnostiche come l'integrazione della P.E.T. (Positron Emission Tomograph) e della C.T. in un'unica apparecchiatura "ibrida" che utilizza la tecnologia C.T. per una localizzazione anatomica dell'immagine P.E.T. In questo ambito è inoltre necessario tenere presente le importanti innovazioni introdotte dalle nuove C.T. volumetriche e dalle MR dinamiche.

Nel campo della terapia oncologica particolare attenzione meritano le nuove tecniche radioterapiche tridimensionali conformazionali e quelle con intensità del fascio modulata IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy).

Una metodica radioterapica molto promettente è la radioterapia intraoperatoria (IORT) con acceleratori dedicati installati in sala operatoria. Questa tecnica consente di coniugare in maniera sinergica l'efficacia della chirurgia e l'efficacia della radioterapia effettuata con fasci di elettroni nel letto operatorio ove probabilisticamente la presenza di cellule tumorali è minima immediatamente dopo l'intervento chirurgico.

In alcuni importanti Istituti a Carattere Scientifico, sono in via di sperimentazione, protocolli di trattamento IORT per la mammella e per la prostata, con l'obiettivo di verificarne l'efficacia. Se il risultato di tali studi sarà positivo, alcuni casi clinici potrebbero essere risolti in una sola seduta sia operatoria che radioterapica con enorme riduzione dei tempi di attesa e minori disagi per i pazienti stessi.

### **1.1.1. Applicazioni high-tech in campo biomedicale, ricerca e sviluppo**

Guardando a futuri settori di ricerca e sviluppo, i seguenti appaiono di particolare importanza:

Ingegneria dei tessuti;

Tecnologia dei materiali per strumenti chirurgici, cateteri, materiali di sutura, arti artificiali, etc.;

Ingegneria meccanica per l'integrazione di sistemi ibridi, strutture modulari e miniaturizzazione;

Tecnologia delle microstrutture e dei microsistemi per componenti complesse;

Tecnologia dei sensori per impiantazioni (per esempio, di supporto visivo od uditivo), procedure di analisi, e per metodologie ambientali;

Tecnologie ottiche e laser per endoscopia, trasferimento di energia e di immagine, analisi e monitoring;

Nanotecnologie: impiantazione retinale, superfici nanostrutturate, sensori ibridi bio-inorganici, sistemi ibridi cellula-transistor (trasduzione di segnali bio-elettronici), manipolazione cellulare e molecolare (engineering di proteine e di molecole di acido nucleico per la realizzazione di sensori nanobiologici);

Robotica: dispositivi per chirurgia mini-invasiva, micromeccatronica;

Computer Science ed applicazioni di Internet: Hospital Information System (HIS, l'Ospedale Intelligente), applicazione delle reti neurali, simulatori chirurgici via www, sistemi di supporto alle decisioni, telemedicina, telepresenza, teletraining.

Proprio quest'ultimo settore con la diffusione dell'informatica, lo sviluppo delle reti di telecomunicazioni, la disponibilità di sensori medicali integrabili col computer, rende oggi possibile l'adozione di nuove strategie in grado di soddisfare sia l'esigenza di miglioramento della qualità del servizio sanitario che la necessità di contenimento dei costi di gestione.

In questo ambito si collocano le attività realizzabili tramite la Telemedicina, riassumibili in tele Diagnostica e cioè la possibilità di effettuare diagnosi sulla base di rilevazioni remote; il teleconsulto che dà la possibilità di condividere valutazioni diagnostiche e terapeutiche su pazienti remoti; il telemonitoraggio che dà la possibilità di monitorare lo stato del paziente tramite la misurazione continua di alcuni parametri medici da casa o da strutture decentralizzate; la

teledidattica con la quale si intende la possibilità di diffondere informazioni mediche con tecniche basate su telecomunicazione e non ultima l'informatica medica e cioè la gestione di cartelle cliniche on line.

A fronte della schematica enunciazione di cui sopra, nel proseguo si menzionano soltanto alcune di queste aree.

### **1.1.2. Micro e nanotecnologie**

Negli ultimi decenni, lo sviluppo industriale legato alle tecnologie avanzate è stato caratterizzato da una spiccata tendenza verso la miniaturizzazione sempre più spinta delle dimensioni dei dispositivi e dall'integrazione dei singoli componenti in sistemi di crescente complessità.

In pratica, un microsistema (MST) è definibile come un sistema utilizzando diverse funzioni quali quelle elettroniche, ottiche, magnetiche, meccaniche, chimiche, biologiche, etc. in ambiente miniaturizzato (includente le architetture di estrazione ed elaborazione dei dati) per il raggiungimento di elevati livelli di complessità ottimizzata in sistemi di ridottissime dimensioni che possono variare dal millimetro cubo fino al caso estremo di qualche centinaio di nanometri cubici (1 nanometro = 1 miliardesimo di metro).

L'applicabilità dei microsistemi per dispositivi biomedici sta sempre più attirando un notevolissimo interesse, sia nel campo della ricerca che in quello dello sviluppo, le cui principali motivazioni risiedono nella possibilità di miniaturizzazione e di aumento delle funzioni rispetto a dispositivi tradizionali.

Naturalmente lo sviluppo di microsistemi in campo biomedicale deve confrontarsi con una serie di condizioni al contorno tipiche di questo settore di mercato, tra le quali, le principali sono:

il fattore psicologico: vi è una domanda sempre più crescente da parte dei pazienti per cure mediche che comportino l'uso dei migliori metodi e strumenti disponibili in funzione dello sviluppo di tecnologie innovative;

il fattore demografico: il drastico aumento della vita media nei Paesi industrializzati ha portato all'aumento numerico di una categoria sociale che richiede tecniche di screening frequenti e terapie a costo elevato, con aspettative di aumento della qualità della vita;

aumento dell'efficienza associato al contenimento dei costi.

Nel futuro prossimo queste tecnologie troveranno applicazione negli interventi sui vasi sanguigni, i dischi spinali e nella terapia dei tumori grazie al fatto che tali microdispositivi saranno capaci di accoppiare la capacità di resezione meccanica con la simultanea registrazione sensoriale di ostacoli, l'analisi della pressione locale, la misura del pH e delle reazioni biochimiche. Un interessante esempio di microdispositivo multifunzionale (in via di sviluppo presso la Eidgenössisch-Technische Hochschule di Losanna) è costituito dalla cosiddetta "pillola intelligente". Un segnale radio a bassa potenza è capace di rilevare la sua posizione nel tratto gastrointestinale, fornendo informazioni a livello locale e visuale; nel contempo, funzioni quali il rilascio di sostanze medicinali possono essere attivate e controllate mediante lo stesso segnale radio.

### **1.1.3. Materiali biocompatibili e loro applicazioni**

I biomateriali sono comunemente utilizzati come componenti passivi per il controllo e la determinazione delle proprietà superficiali dei componenti biomedicali che vengono a contatto con un sistema biologico. D'altro canto, i materiali bioattivi (enzimi, anticorpi, cellule) possono essere

integrati come parte funzionale sensibile di sensori elettronici (biosensori), utilizzabili per la misura della concentrazione di specifiche quantità all'interno od all'esterno del corpo umano. Tuttavia, la stabilità di funzionamento di un biosensore a diretto contatto con tessuti biologici o con il sangue ha posto tutta una serie di difficili problemi che finora hanno impedito la commercializzazione su larga scala di biosensori per applicazioni in-vivo (per esempio, per la determinazione della concentrazione di glucosio nel sangue), mentre i biomateriali passivi rivestono un ruolo chiave in tutta una serie di prodotti già sul mercato (per esempio, endoprotesi e pacemakers) e per le future applicazioni nel campo dei microdispositivi impiantabili. La combinazione della ricerca nella scienza dei materiali con le microtecnologie (per esempio, le tecniche di deposizione di strati sottili) e le nanotecnologie costituisce la base per la realizzazione di superfici "intelligenti", ovvero dotate di specifiche caratteristiche elettriche, chimiche e biologiche.

Il diamante rappresenta un tipico esempio di materiale biocompatibile. Da un punto di vista tradizionale, utensili di diamante sono utilizzati in chirurgia oculare. Tuttavia, l'alto costo del materiale grezzo e le difficoltà intrinseche di abrasione superficiale e di sagomatura, ne hanno notevolmente limitato l'utilizzo. Tali problemi sono stati recentemente superati grazie all'utilizzo della tecnica di crescita di strati di diamante su substrati di silicio mediante la tecnica CVD (Deposizione da fase vapore), usando una miscela in fase vapore di carbonio e composti idrogenati.

### *1.2. Impostazione di una moderna integrazione tra assistenza ospedaliera ed assistenza domiciliare*

Tema, questo, di grande attualità e che a parere unanime, si presenta come il migliore sistema per ridurre i costi della sanità pubblica, garantendo alle persone in condizione di disagio e di sofferenza, di poter "vivere", in ambito familiare, in tutto od in parte, la fase di malattia e la fase di recupero, senza che questo determini, attraverso il controllo delle "variabili", situazioni a rischio a causa di insufficiente o di tardivo monitoraggio del loro «status»;

Non ultimo permette agli operatori sanitari, medici e paramedici, di assicurare adeguata assistenza, senza che questa alimenti, immotivatamente, i costi ospedalieri.

In tale ambito servizi innovati come Telemedicina, TeleSoccorso ed Assistenza Integrata, per citare i più nominati, possono assumere una funzione calmieratrice indiscutibile, senza con ciò, abbandonare il "cliente" del servizio sanitario all'autodiagnosi.

Questo può costituire un primo, decisivo passo per il superamento della visione "ospedalocentrica", ed in questa chiave vanno letti i finanziamenti previsti dal Dlg. 502/92 a favore di importanti realtà regionali, tra le quali anche il Veneto.

#### **1.2.1. Home care**

All'interno del quadro generale della diffusione dell'ICT in Sanità, parte importante comincia ad assumere il problema relativo all'Home Care, atteso che i dati statistici in proiezione confermano la continua crescita della "Speranza di vita" della popolazione e la richiesta di una sempre migliore qualità della vita.

L'invecchiamento della popolazione ed una nuova visione dello "star bene" non potrà prescindere dalla necessità di convivere con la malattia, una maggiore attenzione nei confronti della "Persona" e conseguenzialmente un innalzamento non governabile dei costi.



L'unica risposta possibile a tali eventi ineluttabili non può che essere la “domiciliarizzazione” del paziente sia per ciò che riguarda gli aspetti relativi alla prevenzione, che alla terapia e alla eventuale riabilitazione; attività comunque gestite sotto la responsabilità diretta e operativa di reparti ospedalieri.

Essa viene riferita a determinati archi temporali conseguenti alle patologie trattate e che comportano, in ogni caso, elevata intensità di cure e specialità delle stesse non attribuibili ai servizi di medicina generale.

In tale contesto si colloca il supporto funzionale e operativo che l'ICT e più specificatamente l'applicazione delle nuove tecnologie (Hardware e Software) può fornire a tale disegno strategico.

L'Italia ha accumulato in questi anni un forte ritardo rispetto agli altri Paesi tecnologicamente avanzati, tuttavia è ancora possibile colmare il gap se gli “Organi Decisori” ed in particolare le Regioni, centro della spesa pubblica, si devono attrezzare per predisporre piani strategici specifici ed un piano di e-government per realizzare infrastrutture tecnologiche e servizi di base quali reti, firme elettroniche, cup, etc; a tal proposito è importante che la Regione possa attivare un'Area Pilota sperimentale e clonare, diffondendole, iniziative testate, validate e ritenute efficaci.

Si ritiene utile poter sviluppare prioritariamente i seguenti temi:

### **1.2.2. La Corsia virtuale**

- a) ospedalizzazione virtuale per pazienti cronici (broncopneumopatici, cardiopatici, etc.)
- b) deospedalizzazione precoce protetta per pazienti acuti e chirurgici
- c) controllo aree protette (comunità, case per anziani, per disabili, centri sportivi etc.)

### **1.2.3. ADIT (Assistenza domiciliare integrata con l'ausilio di strumentazioni telematiche)**

- a) ricovero preventivo
- b) ricovero alternativo al ricovero ospedaliero

### **1.2.4. Collaborazione ospedale/famiglie dei pazienti**

*1.3. Ottimizzazione dell'utilizzo del personale e delle attrezzature nella realtà ospedaliera ed attivazione di un “sistema di monitoraggio” finalizzato al controllo degli investimenti e degli obiettivi*

Si parla molto di integrazione fra risorse umane e innovazione tecnologica ed è un tema che riveste particolare rilievo in ogni aspetto dell'attività produttiva in qualunque settore dell'economia.

Premesso che i costi di gestione di un Ospedale eguagliano, ogni 1,2,3 anni, a seconda della tipologia ospedaliera la spesa necessaria per la realizzazione dell'Ospedale stesso. si pone la necessità di esaminare attentamente e di mettere sotto controllo, anche alla luce delle recenti Direttive Ministeriali, l'operato dei Direttori Generali il loro sviluppo e la loro formazione continua, per gestire le strutture in modo manageriale, monitorare e ottimizzare la spesa, prima di averne evidenza a consuntivo, come largamente fatto in passato.

Il costo direttamente generato dal fattore umano incide, per circa il 65 %, sui costi di gestione, per cui sarà basilare:

- analizzare la formazione di tali componenti di spesa;
- avere coscienza di un corretto utilizzo delle attrezzature poiché l'efficacia, nell'erogare i servizi, dipende, in gran parte, dalla loro efficienza.

Opportuno orientare lo studio sull'esame di due Ospedali di riferimento, scelti dalla Regione, e cioè l'Ospedale di nodo e l'Ospedale di rete. L'eccellenza del primo tipo comporterà, ovviamente, una diversa valutazione da quella sviluppata per il secondo.

Il Piano Sanitario Regionale dovrà, conseguentemente, riportare, come indice, le direttrici secondo le quali dovranno svilupparsi le azioni importanti e sistematiche, sul territorio. Fondamentale, risulta, nell'avvio di tale analisi la collaborazione tra la Direzione Regionale della Sanità e i Direttori Generali di Aziende/Ospedali.

La metodologia operativa individuabile può essere, in sintesi, la seguente:

- valutazione di dati di consuntivo, ove disponibili, circa i costi del personale;
- analisi dell'inventario delle attrezzature disponibili ed il loro coefficiente di utilizzo;
- analisi dei programmi approvati di acquisto o di noleggio di nuove attrezzature;
- miglioramento dei processi di gestione e di manutenzione delle attrezzature;
- coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori nei processi di introduzione e gestione delle nuove tecnologie.

I dati raccolti dovranno, poi, essere discussi con la Direzione Generale della Sanità Regionale, per procedere, poi, alla seconda fase, quella volta alla preliminare individuazione delle ottimizzazioni da conseguire.

Questa seconda fase individuerà le aree su cui sarà necessario effettuare interventi e suggerirà possibili soluzioni, anche tenendo conto del possibile ricorso all'outsourcing, nonché alla collaborazione con i privati.

Stiamo assistendo, infatti, ad una continua evoluzione della domanda che si sposta sempre di più dalla richiesta di un prodotto alla richiesta di un prodotto-servizio.

Condizione preliminare, per evitare il riproporsi di incresciose situazioni, limitative delle potenzialità operative, è che tale analisi venga svolta da "professionalità" in grado di *verificare* in termini neutrali, liberi dagli scontati condizionamenti, che la quotidianità genera, fermo restando che l'applicazione, dell'ottimizzazione proposta, sarà filtrata e modulata sulla scorta delle esigenze che la normale dialettica, tra le parti interessate, consiglierà.

Naturalmente è propedeutico alla ottimizzazione dell'utilizzo del personale e delle attrezzature un corretto monitoraggio di tutte le attività progettuali e realizzative di nuovi impianti.

A questo proposito per un corretto monitoraggio verranno individuati fra Direzione Regionale e Direttori Generali di Aziende/Ospedali i parametri critici che influenzano una corretta gestione delle attività programmate.

Troppo spesso la mancanza di verifiche periodiche e la mancanza di informazione non permettono l'avverarsi in tempi utili dei progetti in corso.

La predisposizione e l'applicazione di un "Sistema di Monitoraggio" (con l'ausilio di software gestionale personalizzato, da individuarsi) permetterà di verificare tutte le fasi dell'iter attuativo degli interventi programmati in modo da evidenziarne preventivamente i momenti di criticità e conseguentemente mettere in atto in tempo utile le necessarie azioni correttive.

Il Sistema, in argomento, potrà essere organizzato nella fase iniziale per il controllo di alcuni

interventi ritenuti particolarmente critici, ma le proprie caratteristiche possono essere tali da consentirne l'implementazione anche rispetto alle restanti manovre di finanziamento.

L'impostazione, estremamente versatile, che dovrà avere l'intero sistema consentirà la sua applicazione in molteplici campi, alcuni esempi potrebbero essere le fasi di progettazione ed esecuzione di lavori edili/impiantistici, nelle forniture di carattere complesso che implicino interfacce importanti con l'impiantistica (vedi tomografia computerizzata (CT), risonanza magnetica (MRI), ecc.), non ultimo, con il coinvolgimento la Direzione Sanitaria, nella programmazione della logistica degli eventuali spostamenti di funzioni ospedaliere interessate dai vari interventi di ristrutturazione od ampliamento di cui sopra.

Sviluppo del Sistema:

- Acquisizione da parte delle Aziende e dalla Regione di un prodotto informatico opportunamente personalizzato, e del necessario sistema di esecuzione (Personal Computer), che permetta la gestione, in tempo reale, di tutti dati relativi al monitoraggio, un colloquio costante tra i soggetti coinvolti ed una visibilità immediata dei dati immessi nel sistema;
  - Acquisizione, da parte della Regione, di una applicazione informatica e del necessario sistema di esecuzione (server dedicato), finalizzato all'implementazione e all'ottimizzazione delle capacità di gestione dei dati di monitoraggio trasmessi dalle Aziende;
  - Formazione del personale delle Aziende e di quello regionale, già in possesso di conoscenze informatiche di base, all'utilizzo del software mediante training sulle logiche di reporting, sui temi del project management e sulle logiche di applicazione del sistema;
  - Valutazione dettagliata delle caratteristiche del monitoraggio, mediante attenta analisi delle tipologie dei singoli interventi volta anche al rilevamento dell'iter autorizzativo necessario e dei punti chiave temporali per tipologia di intervento;
- Ingegnerizzazione del sistema di controllo stesso, in conseguenza dei risultati delle analisi di cui al punto precedente, ovvero la predisposizione e configurazione di matrici di monitoraggio che saranno utilizzate nonché impostazione dell'iter gestionale.

#### *1.4. Formazione continua a distanza del medico e del personale sanitario*

Riferendosi a quanto detto al punto precedente, che ha evidenziato l'importanza rivestita da un'accurata gestione del personale, prendiamo, ora, in esame la formazione del personale sanitario, aspetto complementare al precedente.

Innanzitutto sarà utile definire attraverso quali strumenti perseguire questo scopo; in questo caso ci potrà aiutare l'elaborazione di uno studio/progetto, che espliciti il contributo che appropriati servizi e attività di comunicazione possono fornire al successo di questa importante iniziativa.

L'elaborato si articolerà sui seguenti item:

- Definire un sistema di informazione e formazione per medici ed operatori del mondo della Medicina
- Definire un sistema di informazione e formazione per i cittadini interessati alle tematiche del mondo della medicina
- Diminuire i costi di accesso a strutture e contenuti di carattere medico
- Incrementare la fruibilità da parte dei cittadini delle strutture medico/sanitarie ottimizzando tempi e risorse
- Migliorare il rapporto tra cittadini e istituzioni del mondo della sanità attraverso sistemi in grado di semplificare la comunicazione, il linguaggio e la tipologia delle relazioni medico/paziente

- Facilitare la circolazione di significative esperienze nell'ambito della ricerca e incentivare nuove collaborazioni
- Costruire un archivio qualificato di importanti contenuti derivanti dall'enorme numero di fonti coinvolte nel settore
- Possibili sviluppi di tipo commerciale (Partnership e Sponsorizzazioni)

### **Azioni**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi delle diverse categorie di utenti coinvolte</li> <li>• Creazione di un Piano di Comunicazione Integrata a vari livelli</li> <li>• Creazione di un Piano Media</li> <li>• Creazione di un Piano di PR</li> <li>• Creazione di un Piano di Eventi</li> <li>• Eventuale realizzazione materiale di comunicazione ad hoc (brochure, flyer, materiale per mailing, ecc.)</li> <li>• Eventuale realizzazione portale internet</li> </ul> |
|---|

### *1.5. Macro analisi delle esigenze/soluzioni di comunicazione nell'ambito del Settore Medico-Sanitario*

#### *Macro esigenze del settore:*

- Comunicazione Esterna: dare la possibilità ai cittadini di interrogare Banche dati, entrare in possesso di modulistica speciale o, infine, partecipare a discussioni su argomenti specifici;
- Assistenza agli utenti: necessità di determinare dei livelli di assistenza da assicurare a tutti i cittadini in condizioni di uniformità sull'intero territorio regionale; Comunicazione Interna tra canali: mettere in collegamento telematico gli operatori del sistema socio-sanitario, medici e farmacisti e di consentire la memorizzazione delle informazioni sanitarie riguardanti i cittadini, nella assoluta garanzia sulla riservatezza dei dati;
- Gestione del Processo di formazione e del cambiamento, con carenza di strumenti flessibili e semplici per l'erogazione della formazione e competenze richieste, dei processi organizzativi e soprattutto dei processi di cambiamento, ad esempio per il lancio di un nuovo farmaco/tecnologia, dove il Knowledge Management e Change Management sono chiavi strategiche.

#### *Soluzioni in ambito PR/comunicazione tradizionale:*

Progettazione e implementazione di Newsletter Verticale/ mailing. Dedicata al settore di riferimento;

Realizzazione di campagne (tabellare/radio e TV Locali/Stampa Locale) advertising/ sensibilizzazione). Dedicata al lancio del Piano;

Progettazione e realizzazione di Eventi/Convegni. Dedicati alle tematiche chiave;

Diffusione flyer e brochure. Nei luoghi definiti come pertinenti ai target group (comuni, ASL, comitati di quartiere, patronati ecc.);

*Soluzioni in ambiente web:*

Progettazione e implementazione di una piattaforma di Intranet con accesso riservato, che risponda alle esigenze di formazione del personale, medici, attraverso la condivisione d'informazione e lo sviluppo di competenze professionali;

Progettazione e sviluppo di una soluzione Extranet dedicata ai canali interni e intermedi, ovvero dedicata alle A.S.L, ai farmacisti, medici, partners ed altri distributori e fornitori che fanno parte della catena di distribuzione e erogazione di servizi/prodotti;

Progettazione e sviluppo di un portale Pubblico che eroghi servizi e informazioni rivolti all'utenza, basata su un sistema integrato di servizi e funzioni che rendono agevole la navigazione dell'utente, sia che egli desideri consultare testi di normativa, visualizzare "cartine" e tabelle statistiche, o che abbia la necessità di interrogare Banche Dati, trasferire in locale del software o anche entrare in possesso di modulistica speciale;

Sviluppo di un vettore di tipo Push, che eroghi informazioni all'utenza finale al fine di creare fidelizzazione verso i servizi telematici e interattivi offerti dall'istituzione (esempio, newsletter, emails);

Sviluppo e gestione di una Community che stimoli lo scambio d'informazioni e opinioni tra tutti gli operatori e utenti del sistema Sanitario, con possibilità, ad esempio, di partecipare a "forum" su argomenti medici specifici o l'assunzione e controindicazioni di un nuovo prodotto e dia anche la possibilità di fare corsi on-line per i medici e farmacisti.

### **6.6.1. Note per eventuale progetto: “Una politica di innovazione tecnologica: la politica APPOGGIARE”**

Per la costituzione di un Fondo Regionale di Dotazione per l’“innovazione e la gestione del cambiamento”.

#### *1. I presupposti*

Nell’ipotesi più positiva ma quasi irrealistica, la spesa sanitaria tenderà a salire annualmente nei limiti del saggio di inflazione. Infatti, l’eliminazione dei ticket costituisce di per sé un ulteriore fattore incrementale della spesa complessiva che, assommandosi a quelli storici e tipici di questo settore e mercato, fa ritenere difficilmente raggiungibile l’obiettivo del mantenimento nel medio- lungo periodo “a valori attualizzati” della spesa sanitaria regionale, a meno che non intervengano elementi innovativi e significativi sul piano del progressivo perseguimento della razionalizzazione del sistema.

La razionalizzazione, per qualsivoglia sistema che intenda conservarsi nel futuro, competitivo, efficiente ed efficace nel rispondere alla missione originaria, non può però realizzarsi senza costi aggiuntivi nel breve periodo, salvo ricercando l’autofinanziamento attraverso politiche di forte ed immediata riduzione nell’impiego interno dei fattori produttivi; ipotesi questa realisticamente non praticabile per il settore del SSR, per intensità e per grandezza, nel breve periodo.

Per tale motivo, il modo di affrontare il problema deve essere ribaltato. E’ necessario investire prima in una politica guidata e controllata (managed) di innovazione e di gestione del cambiamento intra e interaziendale, anche in conformità alle nuove concezioni di governo per aree più vaste dell’attuale, per supportare nel medio e lungo periodo le azioni di contenimento e di rinnovata combinazione dei fattori e poter ottenere concreti risultati.

Le azioni correttive, selettive e complementari alla rotta indicata per la razionalizzazione della spesa aziendale e del SSR, possono essere attuate in un secondo tempo, una volta attivate attraverso i necessari investimenti iniziali, di studio e progetto, di verifica della loro fattibilità, della messa in atto degli affidamenti, anche onerosi, attraverso gare complesse e del livello europeo, e comunque con il vincolo di risultare fin da subito compatibili con un piano di gestione economico finanziaria dell’innovazione e cambiamento, “sostenibile” da parte del sistema regionale.

In sostanza, le azioni di contenimento, se non poggiano su di una politica finalizzata e se non possono contare su di una base a sostegno temporalmente coerente e sufficiente, non permettono di sortire i risultati virtuosi voluti. Al contrario, come la storia ha più volte dimostrato, le tensioni del sistema farebbero allargare ben presto le maglie riduttive imbastite, causando una sconfitta sia sul piano dell’efficacia delle misure sia, e ancor peggio, sul piano psicologico generale. Gli effetti ottenuti saranno opposti a quelli desiderati e perniciosi, sia sul piano della perdita di competitività sia sul piano della svalutazione del valore, del capitale umano (cumulazione della conoscenza insufficiente) e di quello strutturale (degrado fisico e tecnologico).

Ciò premesso, per poter perseguire quanto schematicamente tracciato sono da verificare e realizzare una serie di condizioni- azioni, a cascata:

- la prima è che l'accettazione e l'adozione a livello regionale di una politica straordinaria per l'innovazione e la gestione del cambiamento del SSR, si deve necessariamente fondare su di una visione, un piano di azione ed una gestione straordinaria, ma pur sempre *compatibile* con il sistema socio-economico generale.
- La seconda condizione è che la politica straordinaria di gestione dell'innovazione e del cambiamento prenda il proprio avvio, da una puntuale progettazione propedeutica del metodo e del processo e, successivamente, dalla realizzazione di un piano-programma finanziario "sostenibile", capace di creare un concreto e continuo "volano" per il perseguimento della politica stessa. Ulteriore vincolo per la progettazione è che, allo stato attuale delle cose, il costo complessivamente da sostenere per il piano programma straordinario sia, nell'ambito del periodo medio-lungo di gestione prescelto, sostitutivo e non aggiuntivo. Il costo dell'operazione deve restare quindi all'interno della spesa totale cumulata prevista a livello regionale, ed a livello delle singole aziende, per il periodo di riferimento.
- Ulteriore condizione è l'individuazione delle capacità gestionali del volano che si intende creare e mettere a disposizione della aziende del SSR.
- Per ultimo, le singole aziende devono essere messe in condizioni di poter accedere all'utilizzo del "volano" attraverso procedure snelle, trasparenti e di ottenere l'erogazione finanziaria secondo il rispetto dei piani approvati e di vedersi anche risolvere l'accordo in funzione dei risultati effettivi ottenuti.

La proposta di seguito indicata intende fornire una prima schematica risposta alle condizioni indicate, ponendo attenzione a:

- compatibilità generale economica, anche attraverso l'esplicitazione del concetto di "sostitutività" della spesa;
- realizzabilità e corretta gestione del volano ( fondo) necessario.

## *2. Le finalità e i principi generali*

1. L'innovazione e la gestione del cambiamento sono condizioni essenziali nella realtà odierna per la vita (al di là della momentanea sopravvivenza) del sistema pubblico di gestione del Servizio Sanitario Regionale (SSR). La "fertilizzazione" del sistema per la conservazione del valore dell'investimento (Value for Money, VFM) fatto nel passato dalla comunità e dai cittadini, è un atto dovuto (un MUST) per i "delegati alla gestione" del Sistema.
2. Le finalità dei contenuti indicati dalla proposta sono quelle di rendere attuabile una politica di governo e di gestione dell'innovazione e del cambiamento del S.S. Regionale (APPOGGIARE), anche in presenza di una politica economico-finanziaria settoriale non espansiva quale l'attuale.
3. La politica "APPOGGIARE", finalizzata al miglioramento della gestione del SSR, deve e può essere considerata sperimentale in questa prima fase.  
Lo scopo è di razionalizzare strutturalmente l'utilizzo delle risorse all'interno del SSR. Pensare già oggi ad eventuali fasi successive può essere da un lato prematuro

anche se dall'altro può migliorare le certezze e le condizioni dell'operare futuro del SSR. E' accettabile in ogni caso rimandare nel tempo la conferma o meno della costante permanenza di un Fondo strutturale per l'innovazione e la gestione del cambiamento del SSR.

4. La progettualità che la politica "APPOGGIARE" deve stimolare nelle aziende del SSR e l'aiuto che essa deve fornire alle stesse per convertire quanto investito in risultati concreti, deve basarsi sui principi di:
  - a. etica delle organizzazioni produttive pubbliche sanitarie,
  - b. concretezza;
  - c. realizzabilità;
  - d. misurabilità dei risultati;
  - e. rigenerazione delle risorse finanziarie impiegate.

*La Compatibilità generale, attraverso la "sostitutività" della spesa e altre condizioni "al contorno" per la realizzazione e la gestione della politica "APPOGGIARE"*

1. La politica "APPOGGIARE" ha costi immediati. Gli effetti (risultati) sono ottenibili invece nel medio e lungo periodo, meno nel breve. I due concetti di investimento e di ritorno sull'investimento (ROI) sono perciò due concetti fondamentali e alla base della presente proposta.

Bisogna potere e sapere spendere di più oggi per ottenere i risultati voluti domani.

2. Alcuni passi di tipo culturale devono essere percorsi da tutti gli attori (Stakeholders) della politica "APPOGGIARE":

- a) Il SSR deve adottare la mentalità del "prevenire" anche in questo campo, accettando di investire oggi per ottenere i risultati voluti nell'arco periodo di tempo prefissato. Perché la cultura della prevenzione? Perché l'investimento fatto anticipatamente rappresenta un seme per la fertilizzazione del sistema, "un seed money" allo scopo di ottenere il risultato complessivamente voluto, domani.
- b) Le aziende che partecipano volontariamente ad "APPOGGIARE" devono accettare la cultura e l'etica del controllo e della misurazione trasparente dei risultati.
- c) Il gestore della politica "APPOGGIARE" deve assimilare ed applicare la cultura del "servizio" (sorveglianza ma soprattutto del facilitatore) e non solo quella del "controllore". Non deve essere un gestore burocratico ma saper negoziare e controllare obiettivi e risultati e non le azioni e gli atti.
- d) La Regione, utilizzando il concetto prima richiamato di approccio economico-finanziario di tipo preventivo, può valutare di finanziare la politica "APPOGGIARE" (per il governo e la gestione dell'innovazione e del cambiamento del SSR), anticipando oggi, parte o tutto della spesa incrementale che verrebbe a sostenere nell'ultimo anno, di un periodo sufficientemente lungo e tale da poter contabilizzare i risultati ottenibili, e costituendo, secondo le più opportune modalità di politica finanziaria e di contabilità della Regione, un apposito Fondo di dotazione e di investimento speciale. L'idea è quella di mettere a disposizione oggi quella spesa per chi accettando il patto di finanziamento anticipato, dimostri nel tempo di mantenere detto patto producendo risultati economici equivalenti ad un minor futuro finanziamento per la Regione alla fine del decennio e per un pari importo di spesa attualizzata.



e) La scelta del periodo della prima fase di “APPOGGIARE” deve essere definita a priori anche in funzione della tipologia di progetti e quindi delle scadenze temporali attese per raggiungere i risultati voluti. In ogni caso, all’interno di questo periodo, le diverse progettualità aziendali possono avere temporalità inferiori e variabili a seconda delle aziende e dei singoli progetti.

f) Se si tiene conto del fatto:

- che le aziende che accedono al Fondo pagano per la propria quota di utilizzo, gli interessi annuali al Fondo, accollandosi quindi il suo onere finanziario, secondo criteri definiti durante la negoziazione per accedere al Fondo e in forma scalare e inversamente proporzionale alla capacità da parte della aziende di restituire la parte in conto capitale;
- che per la parte di capitale utilizzata dalle aziende, viene restituita, in modo direttamente proporzionale (anche con quote non costanti), attraverso la contabilizzazione dei risparmi reali ottenuti sul costo dei fattori, per effetto delle razionalizzazioni strutturali operate ovvero dei risultati di equilibrio costi/prestazioni, nel caso vengano finanziate nuove prestazioni aggiuntive richieste dalla Regione.

*Il principio di “sostitutività” della spesa, individuato come vincolo per l’accettazione della politica “APPOGGIARE”, totalmente salvaguardato*

Sul piano della gestione:

- i. in base di quanto finora indicato, la Regione costituisce pertanto un Fondo Speciale Regionale, da intendersi di Dotazione Speciale (FSDS), nel senso che si deve “contabilmente autorifinanziare”;
- ii. Al Fondo accedono inizialmente le sole aziende pubbliche del SSR. ma si può pensare anche a quelle private purchè partner delle pubbliche nei progetti presentati e per progetti essenziali alla razionalizzazione dei servizi di area vasta. (operazione liberalistica, di mercato legittimamente “managed” e di coerenza con la programmazione settoriale già perseguita dalla attuale Giunta). Nota: In questo caso i tassi di interesse possono essere differenziati. In ogni caso le regole di accesso e di gestione del FSRR possono sempre cambiare nel tempo, in funzione del cambiamento economico e sociale della Regione e del Paese;
- iii. Le aziende devono presentare progetti predisposti secondo criteri e regole che permettano la misurabilità dei risultati e la loro contabilizzazione, bisognerà perciò definire una contabilità per progetti e non solamente per centri di costo. Concretamente i progetti di innovazione e di gestione del cambiamento dovranno contenere precisi business plan con evidenziazione dei risultati economici attesi: minor costi o bilanci a pareggio costi/risultati/benefici programmati. L’erogazione degli investimenti può anche essere diluita nel tempo, regolando gli oneri finanziari a carico delle aziende in funzione;
- iv. Per il reperimento fisico delle disponibilità finanziarie è ipotizzabile, ma bisognerà verificarne la fattibilità, anche un’alleanza con i soggetti che si occuperanno della gestione dei fondi per le assicurazioni integrative nel settore sanitario;
- v. La gestione del FSDS può essere affidata alla ARS, quale naturale valutatore di tutte le altre politiche del SSR. Il modello di gestione e di controllo può essere mutuato da un confronto con l’ IMI/ MUST,

che da sempre gestisce i Fondi nazionali di rotazione per la Ricerca scientifica e per l'innovazione e lo sviluppo industriale.

## Azioni

1. Analisi e approvazione della politica " APPOGGIARE" da parte di tutti i soggetti decisionali interessati e stabilire l'articolato di legge definitivo;
2. Costituire un gruppo di lavoro Regione, ARS, Aziende per la preparazione di un piano esecutivo di " APPOGGIARE";
3. Sviluppare tutte le azioni per lo start up;
4. Start up.

## 6.7. Progetto: Igiene e sanità pubblica

### 6.7.1 Il piano di rinnovamento dei SISP

#### *1. Introduzione*

Da tempo in tutti i Paesi occidentali è in corso una profonda revisione epistemologica ed organizzativa dell'assistenza sanitaria che investe tutti gli ambiti della medicina, dalla clinica alla prevenzione. In modo particolare sono gli aspetti economici che nell'ultimo decennio hanno spinto in modo deciso a rivedere criticamente le prestazioni erogate, al fine di selezionare quelle efficaci e, tra queste, quelle più efficienti.

Anche l'Italia è naturalmente inserita in tale fervore scientifico ed è impegnata a tradurre nella pratica dei Servizi una selezione e un riorientamento delle prestazioni sulla base della loro efficacia ed efficienza. Gli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS della Regione del Veneto, in particolare, hanno colto l'importanza di questo mutamento e hanno avviato un percorso dapprima professionale e poi, d'intesa con la Direzione Regionale per la Prevenzione, amministrativo, al fine di rinnovare gli ambiti di attività, la metodologia di lavoro e l'organizzazione per dare un servizio di maggior qualità ai cittadini del Veneto. Il percorso di pianificazione è partito dall'analisi del contesto epidemiologico e socio-economico nonché dei servizi attualmente erogati per identificare le pratiche da eliminare, perché non più rispondenti al quadro che le aveva motivate, ed i nuovi ambiti di attività, sui quali la sanità pubblica è richiesta di intervenire.

L'azione di rinnovamento dei SISP pone enfasi sulla prevenzione, rende necessaria l'identificazione dei fattori di rischio e dei determinanti sanitari e non sanitari della salute, muove gli operatori verso gli utenti in una logica di medicina di intervento e non attendista. Riconosce come logica di fondo i valori ed i principi della promozione della salute, del miglioramento continuo della qualità e della medicina ispirata alle prove di efficacia. Viene rivalutata la centralità della persona quale utente che ha diritto ad un servizio di qualità, efficace, efficiente e personalizzato. Tali principi indicano la necessità del coinvolgimento delle persone nelle scelte che riguardano la propria salute, quella dei propri familiari e della comunità in generale. Il cittadino chiede informazione, vuole rendersi conto dei reali rischi che la propria salute può correre, vuole possedere le capacità di controllo sui suoi principali determinanti, e chiede un ambiente favorevole alla promozione della propria salute. I servizi sanitari offerti vanno pertanto riorientati e qualificati in funzione delle reali esigenze di salute dei cittadini.

Il Piano per il rinnovamento dei SISP della Regione del Veneto è sostenuto da questi punti di riferimento scientifici e trova energia dalla professionalità e dall'impegno di centinaia di operatori

che in questi Servizi lavorano.

## *2. Epidemiologia: il profilo di salute della popolazione del Veneto in riferimento alle possibilità di prevenzione*

La popolazione del Veneto gode attualmente di condizioni di salute migliori di quelle del passato. I progressi sono stati ottenuti in tutte le classi d'età anche se hanno riguardato prevalentemente l'età infantile e le donne in età fertile. L'evoluzione positiva del quadro epidemiologico veneto durante il XX secolo ha compreso una drastica riduzione delle malattie infettive e la diffusione delle patologie non-trasmissibili, in particolare delle patologie neoplastiche e cardio-vascolari.

Fumo, alimentazione inappropriata, sedentarietà, tabagismo, alcol e mancato uso dei sistemi di sicurezza individuali (per es. cinture di sicurezza, seggiolini per bambini e caschetto in bicicletta), unitamente ad una ancora inadeguata organizzazione delle misure di sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, sono le più importanti cause di decesso precoce e disabilità prevenibili attraverso strategie di sanità pubblica.

Tra gli uomini sotto i 65 anni, gli incidenti da traffico, il tumore del polmone, il suicidio, le patologie perinatali, la neoplasia del colon ed i traumi occupazionali sono i principali responsabili di decesso precoce. Nel sesso femminile il tumore della mammella rappresenta la più importante causa di perdita di anni di vita, seguita dai traumi stradali; le patologie di origine perinatale e le malformazioni congenite rappresentano la terza e quarta causa di anni di vita perduti, seguite da altre importanti condizioni quali la neoplasia del colon, l'ictus, il tumore polmonare, il suicidio e le malattie ischemiche del cuore.

Dal punto di vista dell'igiene ambientale, l'inquinamento atmosferico, determinato da autoveicoli, industrie e sistemi di riscaldamento domestico, si rende responsabile dell'aumento della mortalità per malattie respiratorie acute e croniche quali asma e bronchite e cardiovascolari, particolarmente tra gli anziani. Anche il radon rappresenta un rischio reale, cioè scientificamente provato, per la salute, costituendo la seconda causa di tumore polmonare.

Sulla base delle priorità emerse da tale profilo di salute della popolazione del Veneto, il Piano triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica del Veneto orienta, come evidenziato di seguito, la programmazione, le aree di attività e le modalità operative.

La sfida che la Regione intende affrontare e vincere riguarda l'adozione di strategie e programmi di promozione della salute che, in collaborazione con i servizi di diagnosi e terapia, siano in grado di ridurre la diffusione dei fattori di rischio più importanti delle maggiori patologie. Oltre ad affrontare le patologie che già rappresentano importanti cause di morte, il Veneto vuole ridurre quei fattori di rischio a forte impatto sulla salute; la finalità è quella di ridurre gli anni potenziali di vita perduti e l'incidenza di disabilità grave.

## *3. Percorso amministrativo*

Con atto deliberativo n. 3045 del 16 novembre 2001 (ad oggetto "Servizio di Igiene e Sanità Pubblica afferente al Dipartimento di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto. Pianificazione triennale delle attività, programma di formazione del personale e percorso di miglioramento della qualità"), la Giunta Regionale ha affidato alla Direzione Regionale per la Prevenzione ed al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 7 - Pieve di Soligo (TV) rispettivamente il

coordinamento strategico e la conduzione delle azioni concernenti la definizione e l'avvio del Piano triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica del Veneto, finalizzato a rinnovarne metodologia, aree di attività ed organizzazione. Il Piano triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto (Piano triennale SISP) è stato successivamente adottato dalla Giunta Regionale con atto deliberativo n. 2093 del 2 agosto 2002. L'attuazione del Piano triennale SISP prevede quindi, nell'ambito della cornice pianificatoria del Piano Sanitario Regionale, un biennio di sperimentazione nelle Aziende ULSS del Veneto e la successiva messa a regime.

I citati atti deliberativi regionali riguardanti lo sviluppo del Piano triennale dei SISP si inseriscono in un percorso amministrativo più articolato, finalizzato alla revisione nel Veneto dei Dipartimenti di Prevenzione e dei loro Servizi. Tale percorso, che comprende provvedimenti di ordine organizzativo e di finanziamento di programmi specifici di sanità pubblica, concorre a rafforzare ed indirizzare il movimento di sviluppo del Piano SISP in corso.

#### *4. Organizzazione*

L'avvio dell'attività correlata allo sviluppo del Piano triennale SISP ha portato innanzitutto a definire gli strumenti operativi del Piano stesso.

Essi sono:

l'assemblea plenaria dei Responsabili dei SISP. I Responsabili si incontrano secondo un calendario predefinito per valutare l'avanzamento del Piano, suggerire, integrare e modificare i contenuti tecnici e le modalità organizzative presenti nelle bozze di Piano;

il Comitato Guida. L'indirizzo scientifico del Piano è fornito da un Comitato Guida, i cui membri rappresentano le Strutture incaricate dello sviluppo del Piano e la realtà professionale veneta coinvolta;

l'Ufficio Programmi Regionali di Sanità Pubblica. Quale struttura organizzativa del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 7 – ULSS capofila per lo sviluppo del Piano, l'Ufficio ha il compito di coordinare le azioni volte al raggiungimento degli obiettivi posti dalla DGR 3045/2001 e dalla DGR 2093/2002;

i funzionari dei Servizi della Direzione Regionale per la Prevenzione. Il raccordo funzionale tra il Piano SISP ed i Responsabili dei Servizi della Direzione Regionale per la Prevenzione afferenti all'area di competenza SISP è necessario per un tempestivo aggiornamento degli orientamenti e dei contenuti del Piano ed una loro traduzione/adattamento alla quotidianità di indirizzo che i funzionari regionali svolgono; a tal fine, membri designati del Comitato Guida si incontreranno periodicamente con i suddetti funzionari, su convocazione del Direttore della Direzione per la Prevenzione. I funzionari regionali citati sono coinvolti anche nella stesura di parti del Piano.

i referenti tematici. Sono esperti di particolari materie, identificati per la stesura di schede tecniche volte alla definizione di piani settoriali. Hanno il mandato di identificare dei collaboratori esperti e di istituire dei gruppi di lavoro per la stesura delle parti loro affidate.

#### *5. Metodologia utilizzata*

In generale, come sinteticamente annunciato in premessa, i principi ispiratori e le strategie operative a sostegno della metodologia utilizzata sono codificati nell'ambito di Promozione della salute, Miglioramento Continuo della Qualità, Medicina basata sulle prove di efficacia (Evidence Based Medicine - EBM e, in particolare, la sua articolazione in Evidence Based Prevention – EBP).

In particolare essi sono:

analisi e visione epidemiologica dei problemi di salute;  
reperimento delle pratiche migliori, più efficaci e più efficienti per il trasferimento della ricerca nella pratica dei Servizi oggetto di miglioramento;  
valutazione degli esiti e dei processi, prevalentemente attraverso percorsi di audit sia interni che esterni;  
lavoro per progetti;  
lavoro di gruppo;  
intersettorialità;  
identificazione e coinvolgimento del cliente interno ed esterno;  
sviluppo e cura della comunicazione interna ed esterna;  
formazione continua del personale;  
responsabilizzazione e collaborazione di tutti gli operatori coinvolti nelle singole attività;  
utilizzo del sistema premiante.

La guida alla trattazione del singolo argomento, predisposta al fine di favorire e rendere uniforme la stesura delle schede tecniche specifiche, tiene conto di tali principi ed obbliga referenti tematici e gruppi di lavoro ad affrontare i principali elementi qualificanti l'analisi e la progettualità conseguente. Nello specifico, dopo aver definito chiaramente il titolo dell'attività che il gruppo va a rivisitare, la scheda prevede la descrizione del problema di salute (punti di vista clinico ed epidemiologico), l'identificazione degli obiettivi di salute generali e specifici (intermedi), le pratiche efficaci/efficienti che hanno dato prova di essere in grado di permettere il raggiungimento degli obiettivi definiti. Dalla letteratura scientifica internazionale a dal confronto dei risultati (benchmark) tra assetti organizzativi ed assistenziali regionali, nazionali ed internazionali è possibile desumere linee guida operative per i SISP della Regione del Veneto. Tali linee guida devono tenere in considerazione gli aspetti di qualità organizzativa, tecnico professionale e percepita/relazionale verso cui tendere. Idonei indicatori per la valutazione degli esiti e degli standard attesi completano la prima parte della scheda. La seconda parte riguarda le strategie di implementazione (adeguamenti legislativi, risorse umane e strumentali, formazione, sistema informativo, modalità di coinvolgimento del singolo utente e dell'utenza organizzata, ecc.). Una nota bibliografica di riferimento chiude la scheda.

Il lavoro di gruppo, diretto dai singoli referenti tematici, complessivamente coordinato dal responsabile dell'Ufficio Programmi Regionali di Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS 7 e vagliato scientificamente dal Comitato Guida del Piano, trova modo di essere confrontato e integrato dai responsabili dei SISP in occasione della periodica riunione plenaria e attraverso l'invio sistematico per via cartacea e/o informatica degli stati di avanzamento del Piano. Le correzioni pervenute e discusse vengono successivamente inviate ai referenti per ulteriore approfondimento, verifica di validità ed eventuale inserimento nel testo della scheda tematica, fino ad approvazione definitiva del Comitato Guida e dell'assemblea plenaria.

## *6. Attuazione del Piano*

Le fasi di lavoro che hanno condotto alla stesura del Piano sono le seguenti:  
identificazione delle attività attualmente erogate dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica attraverso l'analisi dei Livelli Essenziali di Assistenza e del Tariffario Regionale specifico. Il passaggio successivo è consistito nella loro classificazione in quattro categorie di programmazione (attività innovative, attività consolidate da sviluppare, attività da standardizzare e attività da dismettere) sulla base dell'evidenza scientifica disponibile e del *know-how* degli operatori;  
identificazione dei referenti di area tematica e avvio dei gruppi di lavoro;  
stesura ed approvazione del Piano.

Dopo l'adozione del Piano da parte della Giunta Regionale (2 agosto 2002), la Direzione Regionale per la Prevenzione ed i SISP delle Aziende Sanitarie del Veneto sono impegnati alla sua traduzione in pratica.

La prima fase di attuazione del Piano consiste nella conclusione della compilazione delle schede tecniche specifiche e trasversali (entro il 31 dicembre 2002). Dopo una loro adozione con idoneo provvedimento amministrativo regionale, il Piano definitivo e le schede saranno raccolti in un volume, pubblicato entro il 31 marzo 2003, che sarà adeguatamente distribuito e illustrato a tutti gli operatori dei SISP della Regione.

Nel corso del biennio sarà quindi avviata la sperimentazione organizzativa, volta a realizzare gli obiettivi dettati dal Piano. Nello specifico verrà avviato il percorso volto a dismettere le pratiche non sostenute da prove di efficacia, a sviluppare pratiche innovative, a standardizzare quelle di dimostrata utilità in atto. L'attuazione pratica passerà attraverso la realizzazione delle azioni di implementazione indicate nelle schede tecniche, siano esse di ordine legislativo, formativo, di reperimento risorse, ecc.

Gli standard di qualità presenti nelle schede indirizzeranno le attività sia delle singole Aziende Sanitarie che dell'insieme dei SISP del Veneto. Verranno infatti stabiliti indicatori di efficacia e di processo (casi indice di malattia infettiva, indicatori di morbosità, mortalità, disabilità, anni di vita perduti, copertura vaccinale, prevalenza per diversi stili di vita, ecc.) che orientano in modo preciso (numericamente definito) l'attività dei singoli SISP delle Aziende Sanitarie del Veneto. Contestualmente il Piano viene considerato realizzato nel suo insieme, e la Regione del Veneto ha raggiunto gli obiettivi di prevenzione che si è data, se, nell'arco di uno o più anni, almeno una definita percentuale di Aziende Sanitarie sul totale ha raggiunto gli standard qualitativi attesi. In altre parole, le schede del Piano firmeranno "standard di performance" e di realizzazione di assetti organizzativi cui tutte le Aziende ULSS devono tendere, possibilmente rafforzati dal fatto di essere inseriti tra gli obiettivi dei Direttori Generali. Lo spazio di flessibilità necessario per andare incontro all'attuale disomogeneità di partenza dei diversi SISP del Veneto è comunque garantito dagli ampi margini proporzionali (es.: almeno il 70% delle Az. ULSS in tre anni avranno ..., faranno ..., garantiranno ..., ecc.) attesi per il raggiungimento degli standard qualitativi.

L'uso di tali indicatori e standard di qualità permetterà di valutare il grado di realizzazione del Piano sia in senso generale (regionale) che per singola Azienda ULSS.

A lato del percorso più prettamente tecnico del Piano, continua l'azione di guida, coordinamento e sostegno da parte degli strumenti operativi del Piano (Comitato Guida, assemblea plenaria dei responsabili SISP, Ufficio Programmi Regionali di Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS 7 – ULSS capofila, tavolo di contatto con i funzionari della Direzione Regionale per la Prevenzione, ecc.) ed il percorso di formazione sui temi generali, mentre si avvia la revisione del sistema informativo dei SISP ed il coinvolgimento dell'utente/utenza organizzata secondo le modalità definite dalle schede ad argomento trasversale.

### *7. Ambiti di attività dei SISP, schede tecniche e gruppi di lavoro*

Il Piano triennale SISP intende avviare un'importante azione di rinnovamento che interessa tutte le macroaree di attività dei SISP, sia con percorsi trasversali (formazione, rapporti con l'utenza, sistema informativo dei SISP) che specifici (inerenti le competenze proprie). Il piano ha pertanto identificato le macroaree, le schede tecniche specifiche e trasversali da predisporre, i referenti di

area tematica, i membri dei relativi gruppi di lavoro e le categorie di programmazione cui afferiscono le attività professionali specifiche.

Le macroaree di attività, le schede tecniche specifiche e trasversali da predisporre, i referenti di area tematica, i membri dei relativi gruppi di lavoro e le categorie di programmazione possono essere schematizzati nel modo seguente:

#### Epidemiologia e profilassi delle malattie infettive

Scheda tematica	Cat. di Progr. *
1.1 2° piano di miglioramento della profilassi vaccinale (in età pediatrica ed adulta)	SV
1.2 Profilassi delle malattie infettive per viaggiatori e migranti	SV
1.3 Sistema di sorveglianza	ST
1.4 Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione	ST
1.5 Controllo della pandemia influenzale	ST
1.6 Controllo MTS-HIV	ST
1.7 Controllo della TBC	ST
1.8 Emergenze infettive internazionali (bioterrorismo ed altro)	ST

#### Prevenzione delle malattie non infettive (genetiche, cronico-degenerative, ecc.)

Scheda tematica	Cat. di Progr. *
Incidenti stradali (traumi da traffico)	PI
Incidenti domestici	PI
Prevenzione patologie oncologiche: screening	PI
Fumo	PI
Alcol	PI

#### Igiene urbana ed ambientale

Scheda tematica	Cat. di Progr. *
3.1 Igiene urbana ed edilizia:	
3.1.1 Piani urbanistici	PI/SV
3.1.2 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici	ST/Dis
3.2 Tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale:	
3.2.1 Igiene ambientale ed interfaccia ARPAV	PI

#### Medicina legale e necroscopica

Scheda tematica	Cat. di Progr. *
Controlli e vigilanza in materia di polizia mortuaria e medicina necroscopica	ST/Dis
Prestazioni (certificazioni di idoneità sanitaria) non comprese nei LEA ma compito istituzionale; accertamenti medico legali nei confronti di dipendenti pubblici; idoneità allo svolgimento di particolari mansioni lavorative	ST/Dis
Organizzazione accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni di handicap e della disabilità	ST

#### 5. Tutela della salute nelle attività sportive

Scheda tematica	Cat. di Progr. *
-----------------	------------------

5.1 Tutela della salute nelle attività fisiche e/o sportive	PI
---	----

\*Categorie di programmazione:

PI: pratica innovativa

SV: pratica da sviluppare

ST: pratica da standardizzare

Dis: pratica da dismettere – sostituire - esternalizzare

Le altre schede, di ordine generale, riguardano lo sviluppo di competenze trasversali. Esse sono:

Il rapporto con l'utente / utenza organizzata
Il Sistema Informativo SISP
La formazione

Di tali schede si dà cenno nei successivi punti 8, 9 e 10.

### *8. Il rapporto con l'utente e con l'utenza organizzata*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce quale condizione imprescindibile di miglioramento della qualità dei servizi sanitari la condivisione con gli assistiti delle decisioni che riguardano la propria salute ( "Health 21 – health for all in the 21<sup>st</sup> century", 1999). Tra gli elementi da considerare in funzione della ricerca della soddisfazione dell'utente, oltre a rispondere al bisogno di essere ben curati e possibilmente guariti (o "esentati" da determinate patologie), vi sono equità, accessibilità ai servizi, comfort, umanizzazione dei rapporti interpersonali, tutela della privacy, semplificazione burocratica ed eliminazione delle pratiche inutili. Per dar voce all'utenza, oltre al momento del tutto particolare della raccolta del consenso informato, vanno considerate le indagini di valutazione della soddisfazione dell'utente e l'analisi dei reclami. Il coinvolgimento degli utenti può infine giovare della loro presenza (tramite diverse modalità di rappresentanza) in tavoli intersettoriali di miglioramento della qualità.

Per dare una risposta coerente a tali principi, il Piano triennale dei SISP intende dare avvio ad una analisi trasversale che considera globalmente l'approccio all'utente da parte degli operatori SISP e ad una analisi specifica all'interno dei piani di implementazione delle singole schede tecniche per ambito di attività.

Per quanto riguarda gli aspetti trasversali, un'apposita analisi sarà condotta sui seguenti contenuti:

- comunicazione con l'utente
- qualità relazionale (eticità, umanizzazione, rispetto della privacy, richiesta del consenso informato, miglioramento della comunicazione front-line, comunicazione del rischio e gestione dell'ansia)
- informazione sanitaria
- rinnovo della modulistica
- patto per la salute (logica URP)
- carta dei servizi SISP comune (servizi erogati, standard di qualità e tempi di attesa - raccolta di quelli identificati nelle schede tematiche, funzionigramma – organigramma, sportello unico)
- valutazione del gradimento degli utenti, gestione dei reclami e coinvolgimento dell'utenza
- identificazione dell'utenza organizzata e dei rapporti con il SISP.

### *9. Il Sistema informativo dei SISP*

Relativamente ai SISP (e più in generale ai Dipartimenti di Prevenzione) è fondamentale che siano correttamente attivate tutte le linee informative/informatiche che già sono presenti e che devono fornire con regolarità i dati richiesti dagli uffici centrali. Il sistema informatico è l'unico in grado di



fornire sui grandi numeri gli standard di efficienza ed efficacia che serviranno a valutare l'attività dei Servizi e che saranno definiti nelle singole schede tematiche.

A tale proposito sembra definibile per ogni SISP il seguente complesso informativo/informatico obbligatorio:

sistema informatico per l'implementazione dei vari programmi vaccinali;

sistema di notifica delle malattie infettive;

archivio e flusso dei dati di mortalità;

archivio e flusso delle reazioni avverse a vaccino;

archivi e flussi speciali (HIV, TBC, altro);

sistema informatico per l'implementazione dei programmi di screening (se pertinente).

Tutti i dati potranno afferire sul sito della Direzione Regionale per la Prevenzione, che rappresenta la piattaforma per lo sviluppo di ulteriori canali informatici di cui si evidenziasse la necessità e che potrà fornire un ritorno sull'attività complessiva dei Servizi e sulla situazione epidemiologica della regione.

Nel corso del triennio si svilupperanno dei corsi di formazione affinché il personale dei SISP impari ad utilizzare e a sfruttare la rete Internet non solo per le comunicazioni, ma anche per le ricerche bibliografiche, per l'aggiornamento, per lo sviluppo di nuove esperienze e per il marketing sociale.

#### *10. La formazione*

Ai fini dello sviluppo del Piano triennale dei SISP, come peraltro di qualunque programma di miglioramento della qualità, assume un ruolo centrale la cura della formazione degli operatori coinvolti. Attraverso un percorso formativo adeguato, infatti, si trasferiscono le informazioni generali e le capacità pratiche necessarie per il cambiamento culturale ed operativo. Nel dettaglio:

con la formazione generale si *forniscono* e si *condividono* basi concettuali, riferimenti scientifici ed indicazioni organizzative utili al cambiamento (EBP, MCQ, Health Promotion, ecc.);

con la formazione specifica si acquisiscono le capacità pratiche indispensabili per attuare le nuove modalità operative che ogni singola area di attività richiede, come definito nelle schede specifiche;

con la formazione trasversale ci si rivolge alla totalità degli operatori per fornire una risposta ai bisogni formativi comuni alle diverse aree di attività specifica (il rapporto con l'utenza, la gestione del nuovo sistema informativo dei SISP, ecc.).

La formazione, seguendo le caratteristiche dell'Educazione Continua in Medicina, garantisce la qualità dei docenti e delle strategie educative e prevede la valutazione dell'apprendimento.

#### *11. Relazioni tra i SISP, la Direzione Regionale per la Prevenzione ed i Centri/Comitati regionali*

Il Piano Triennale SISP contribuisce a definire i rapporti che intercorrono tra i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS e la Direzione Regionale per la Prevenzione, i Centri di riferimento specializzati, i Centri Regionali strutturati (SER – Servizio Epidemiologico Regionale, CRP – Centro Regionale di Prevenzione, CPS – Centro per la Promozione della Salute), i Comitati scientifici permanenti, nonché con il sistema complessivo della pianificazione regionale (Piano Sanitario Regionale, programmi speciali di sanità pubblica, piano triennale SPISAL, piano triennale Sicurezza Alimentare).

## **6.7.2. La rete regionale per la sorveglianza epidemiologica veterinaria**

### *1. Introduzione*

L'integrazione nel mercato unico europeo e il rispetto degli accordi internazionali siglati nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio richiedono, per garantire la libera circolazione di animali e di prodotti di origine animale, l'attivazione di piani di sorveglianza epidemiologica quali strumenti indispensabili per assicurare la necessaria trasparenza sia sul livello sanitario delle popolazioni animali, sia sulla salubrità degli alimenti di origine animale.

Uno dei compiti principali del Servizio Veterinario è l'organizzazione e la gestione, a livello regionale, di piani di sorveglianza a supporto dei programmi nazionali di controllo ed eradicazione delle malattie infettive e contagiose degli animali.

Accanto al rafforzamento delle azioni da avviare nel settore della sanità animale, altro obiettivo prioritario è l'estensione delle attività di monitoraggio e sorveglianza ai processi produttivi degli alimenti di origine animale, con la finalità di costruire un sistema di rilevazione dati armonicamente esteso all'intera filiera produttiva degli alimenti. La costituzione di tale sistema è infatti presupposto indispensabile per la corretta individuazione, nei vari processi produttivi, dei punti critici di contaminazione dei prodotti di origine animale sui quali concentrare gli interventi del servizio veterinario, che devono essere volti al miglioramento della qualità degli alimenti destinati all'uomo.

A tal fine risulta di estremo interesse l'attivazione, nell'ambito dei Servizi veterinari ed in stretto collegamento con la banca dati anagrafica degli allevamenti e dei singoli capi bovini presenti, di un Osservatorio epidemiologico con funzioni di studio e coordinamento delle attività di sorveglianza epidemiologica finalizzate al monitoraggio e al miglioramento dello stato sanitario delle popolazioni animali, mezzo indispensabile per la salubrità degli alimenti di origine animale.

### *2. Obiettivi generali*

Tra le funzioni e i compiti che dovranno essere fissati, possono essere identificati i seguenti obiettivi generali:

- Acquisizione di informazioni necessarie per una valutazione obiettiva dello stato sanitario degli allevamenti e quindi della salubrità degli alimenti di origine animale destinati all'uomo;
- Razionalizzazione ed armonizzazione delle attività di monitoraggio e sorveglianza, negli allevamenti;
- Costituzione del nodo informativo del servizio veterinario, in grado di organizzare e gestire il collegamento anche con altri enti e settori produttivi.

### *3. Obiettivi specifici*

Nell'ambito degli obiettivi generali dell'Osservatorio epidemiologico sono individuati alcuni obiettivi prioritari:

1. Costituzione delle basi informative indispensabili per una corretta applicazione di quanto disposto dalla Direttiva 64/432/CEE, dal Libro Bianco sulla sicurezza alimentare e dal Regolamento 178/2002/CE attraverso l'individuazione e la qualificazione degli insediamenti produttivi di interesse veterinario (allevamenti delle diverse specie animali e tipologie produttive).
2. Messa a punto di un sistema che garantisca la necessaria tracciabilità di animali e loro prodotti nella filiera di produzione degli alimenti di origine animale, sulla BSE di quanto disposto dal Regolamento 1760/2001/CE.
3. Messa a punto e attivazione sperimentale, in realtà territoriali definite, di un programma di sorveglianza epidemiologica a supporto dei piani nazionali di eradicazione della Tuberculosis bovina, della Brucellosi bovina e ovicaprina e della Leucosi bovina enzootica.
4. Raccolta ed analisi dei dati epidemiologici e alla messa in atto delle misure di eradicazione in caso di focolai di malattia della lista A dell'Ufficio Internazionale delle Epizootie;

#### *4. Progetti operativi*

Il raggiungimento degli obiettivi specifici sopra riportati potrà essere ottenuto attraverso la realizzazione dei progetti di seguito illustrati.

#### **A. Struttura e dinamica delle popolazioni animali**

Archivio allevamenti: l'archivio degli allevamenti costituisce il punto di partenza per tutte le azioni sanitarie di monitoraggio, sorveglianza e di controllo previste dalla vigente normativa comunitaria in materia (Direttiva 64/432/CEE, Regolamento 999/2001/CE, Direttiva "zoonosi" 92/117/CE, ecc.). Tutte le aziende devono essere censite ed identificate tramite codice alfanumerico che identifica la struttura (unità epidemiologica) in modo univoco e stabile. Per ogni azienda devono essere definiti i dati anagrafici di base (ubicazione, proprietario, responsabile legale, ecc.), e una serie di dati che consentano di definirne l'attività sia in termini qualitativi (indirizzo produttivo), che quantitativi (capacità potenziale).

Scambi di animali: è opportuno conoscere la dinamica delle movimentazioni animali e specialmente:

- Importazioni ed esportazioni;
- Scambi all'interno di una determinata area geografica;
- Collegamenti funzionali fra aziende zootecniche;
- Sistemi utilizzati nei macelli per l'identificazione degli animali e della loro origine, nonché dati ottenuti da tali procedure.

#### **B. Piani per la sorveglianza delle malattie endemiche**

Le modalità di attuazione dei piani di eradicazione della Tuberculosis Bovina, della Brucellosi bovina, della Brucellosi ovicaprina e della Leucosi bovina enzootica e i vincoli al libero commercio di animali correlati alla mancata realizzazione dell'obiettivo dell'eradicazione sono codificati dalla Direttiva 64/432/CEE e successive modificazioni ed integrazioni. La normativa vigente condiziona il rilascio della qualifica di paese o regione ufficialmente indenne non in base

alla prevalenza dell'infezione, ma all'effettivo controllo di tutti gli allevamenti presenti sul territorio e al raggiungimento di una determinata percentuale di allevamenti ufficialmente indenni. Tale obiettivo può essere raggiunto solo intensificando le attività di sorveglianza epidemiologica. Infatti, i programmi di eradicazione devono accompagnarsi all'acquisizione di dati ed informazioni relative ai fattori di rischio correlati alla persistenza e alla diffusione di tali infezioni, al fine di individuare adeguati interventi di controllo e profilassi.

E' ormai diventata indispensabile la attivazione, la gestione e la continua riorganizzazione di un sistema attivo per la raccolta di dati attendibili e l'elaborazione di informazioni di elevata qualità che permettano da un lato la valutazione delle attività e dei risultati conseguiti attraverso l'espletamento dei piani di eradicazione, dall'altro di monitorare l'evoluzione della situazione epidemiologica.

Necessita pertanto la messa a punto e l'attivazione di un programma di sorveglianza epidemiologica a supporto dei piani nazionali di eradicazione e per l'individuazione di specifici fattori legati alla persistenza ed alla diffusione delle malattie oggetto dei piani di intervento veterinari. Si propone, quindi, la messa a punto e l'attivazione di un sistema informativo strutturato in grado di permettere:

- la valutazione dell'evoluzione nel tempo della situazione epidemiologica nei riguardi della Tuberculosis bovina, della Brucellosi bovina e ovicaprina e della Leucosi bovina enzootica
- l'individuazione e verifica delle possibili situazioni di rischio associate alla persistenza e alla diffusione di tali infezioni.

Il piano si sviluppa attraverso le fasi operative di seguito illustrate:

- Definizione e valutazione dei flussi informativi esistenti
- Individuazione dei protocolli operativi da applicare al verificarsi di focolai di infezione
- Validazione dei modelli informativi e loro utilizzo nelle aree interessate
- Progettazione e stesura di un bollettino periodico per la restituzione dei dati generati dal piano di sorveglianza.

### **C. Emergenze epidemiche**

Il rischio di introduzione di malattie infettive e contagiose del bestiame e, in particolare, delle malattie della lista A dell'Ufficio Internazionale delle Epizootie (OIE), rappresenta da lungo tempo uno dei principali vincoli alla commercializzazione, in ambito internazionale, di animali vivi e loro prodotti.

La condivisione di una comune strategia di lotta alle malattie animali a livello comunitario è stata la base per la costituzione del mercato unico europeo, sancita con l'adozione nel 1986 dell'Atto Unico Europeo. Pre-requisito per la sua realizzazione era infatti il raggiungimento di uno stato sanitario uniforme nei vari Stati membri e, in ogni caso, la completa armonizzazione delle diverse legislazioni dei Paesi membri anche per quanto riguarda il settore veterinario.

All'inizio degli anni '90 è stata effettuata una scelta fondamentale nell'ambito della politica di sanità animale della Unione Europea (UE), con l'adozione, su tutto il territorio comunitario, di una strategia comune di eradicazione delle malattie della lista A dell'OIE (Direttive 85/511/CEE, 92/40/CEE, 92/66/CEE, 92/119/CEE, 2001/89/CE). In particolare per quanto attiene alla peste suina classica e all'afta epizootica, ciò ha comportato il divieto del ricorso alla profilassi vaccinale sistematica. L'eradicazione delle malattie epidemiche si basa, oltre che sul divieto

della profilassi immunizzante, anche sulla predisposizione da parte degli Stati membri di piani di intervento che consentano, in caso di emergenza epidemica, la pronta e razionale attivazione di tutte le azioni in grado di garantire una rapida eliminazione del contagio (stamping out degli allevamenti infetti, sospetti di infezione e, in determinate condizioni, di contaminazione, istituzione delle zone soggette a provvedimenti di restrizione, esecuzione di accurate indagini epidemiologiche per individuare gli allevamenti e le aree territoriali a rischio, ecc.).

La recente esperienza riscontrata nell'epidemia di influenza aviaria, ha evidenziato la necessità di predisporre un particolare sistema organizzativo in grado di gestire con tempestività ed efficacia la eradicazione dei focolai.

Le probabilità di successo delle azioni messe in atto in caso di focolaio sono strettamente correlate alla corretta istituzione e gestione, in fase ordinaria, di un sistema adeguato di registrazione delle aziende e di identificazione degli animali, al fine di garantire un corretto monitoraggio dei loro movimenti.

Considerata la necessità di individuare precocemente gli eventuali focolai di infezione e di attivare con rapidità ed efficacia le misure di eradicazione, il progetto definirà le linee guida per:

- una razionale organizzazione della formazione e dell'aggiornamento permanente dei veterinari sia del servizio pubblico sia aziendali;
- l'adeguata preparazione, in fase ordinaria, degli interventi veterinari da avviare in caso di emergenza individuando, per almeno una delle malattie della lista A dell'OIE, i punti critici di attivazione dei piani di emergenza in caso di insorgenza di malattie epidemiche.

#### **D. Sistema informativo geografico**

E' necessario lo sviluppo di strumenti che consentano una lettura immediata e la conoscenza in tempo quasi reale della distribuzione sul territorio di aziende con capi infetti e con insorgenza di focolai, per predisporre tempestivamente aree di emergenza, cordoni sanitari e adeguate contromisure epidemiologiche. Questi strumenti (sistemi geografici informativi o GIS) potrebbero inoltre essere usati per l'applicazione di indici e modelli numerici per le analisi dinamiche di dati produttivi, funzionali e di ogni altra informazione ricavabile dalla banca dati del settore zootecnico. In tal caso si arriverebbe allo sviluppo di un sistema informatico integrato avanzato, con ampia valenza sul territorio, in grado di sfruttare in modo ottimale tutte le informazioni raccolte e trasmesse nel settore zootecnico.

#### **E. Piano regionale sull'alimentazione animale**

Il recente riscontro di casi di encefalopatia spongiforme bovina (BSE) ha evidenziato la necessità di riorganizzare l'attività di controllo sull'alimentazione animale al fine di aumentare la sicurezza e l'integrità dei prodotti esitati al consumo umano.

E' inoltre da tempo sentita la necessità nel settore della sicurezza alimentare di individuare efficaci strumenti nel controllo e nella repressione dell'uso di sostanze illecite negli allevamenti, alla luce della continua evoluzione dei principi chimici-farmaceutici e della sempre più approfondita conoscenza degli aspetti fisiologici – metabolici degli animali.

Necessita pertanto la predisposizione di uno specifico piano regionale di vigilanza e controllo sanitario sulla alimentazione animale (PRAA), finalizzato alla tutela della sanità pubblica attraverso la vigilanza sulla alimentazione degli animali produttori di alimenti destinati al consumo umano.

Nell'ambito di detta finalità si propone, tra l'altro, di:

- contribuire ad assicurare la salubrità dei prodotti di origine animale destinati al consumo umano;
- favorire l'aggiornamento e la qualificazione professionale degli operatori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in materia di "igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche".

### **1. Obiettivi**

Sono obiettivi di carattere generale del PRAA:

- a) assicurare l'effettuazione omogenea e coordinata dei controlli sulla filiera dell'alimentazione animale anche in funzione degli effetti dell'alimentazione sullo stato di salute e del benessere animale. Tali controlli sono particolarmente orientati alla prevenzione delle potenziali ipotesi di rischio per la sanità pubblica o di eventuali emergenze nell'ambito dei vari indirizzi produttivi e zootecnici;
- b) verificare il mantenimento dei requisiti strutturali e funzionali degli impianti di filiera oggetto di vigilanza e controllo, con particolare riguardo alle procedure e metodologie di produzione, di condizionamento, di stoccaggio, di distribuzione (compresi i mezzi di trasporto) e di somministrazione agli animali.

### **2. Misure concernenti**

In particolare sono previste:

- l'attivazione dell'anagrafe degli impianti inerenti la filiera dell'alimentazione degli animali;
- la vigilanza e controllo delle farine contenenti proteine derivate da mammiferi;
- la vigilanza e controllo in materia di contaminazione da salmonella ed enterobatteriacee delle materie prime di origine animale e vegetale per la preparazione di mangimi;
- la vigilanza e controllo in materia di contaminazione da aflatossine delle materie prime e dei mangimi finiti Reg. CE 1525/98;
- la vigilanza e controllo dei residui da antiparassitari nelle materie prime per mangimi e nei mangimi finiti D.M. 19/05/2000;
- la vigilanza e controllo sugli additivi per mangimi;
- la vigilanza sulla produzione ed utilizzo dei mangimi medicati;
- la vigilanza ed il controllo sull'utilizzo delle sostanze medicamentose negli allevamenti (farmacovigilanza);
- vigilanza e controllo sulla presenza nelle materie prime e nei mangimi di Organismi Geneticamente Modificati, in particolare per quanto riguarda le aziende di produzione dei prodotti derivati da agricoltura biologica.

Sono obiettivi di carattere generale del PRAA:

- c) assicurare l'effettuazione omogenea e coordinata dei controlli sulla filiera dell'alimentazione animale anche in funzione degli effetti dell'alimentazione sullo stato di salute e del benessere animale. Tali controlli sono particolarmente orientati alla prevenzione delle potenziali ipotesi di rischio per la sanità pubblica o di eventuali emergenze nell'ambito dei vari indirizzi produttivi e zootecnici;
- d) verificare il mantenimento dei requisiti strutturali e funzionali degli impianti di filiera oggetto di vigilanza e controllo, con particolare riguardo alle procedure e metodologie di produzione, di condizionamento, di stoccaggio, di distribuzione (compresi i mezzi di trasporto) e di somministrazione agli animali.

## **6.8. Progetto: Tabacco**

### **6.8.1. Premessa**

In Italia ogni anno si verificano 90 mila morti attribuibili al fumo di tabacco che è di gran lunga la prima causa di morti evitabili nel nostro Paese. Il tabacco provoca più decessi di quelli legati all'alcool, all'AIDS, alle droghe illegali, agli incidenti stradali, ai suicidi e agli omicidi considerati assieme.

Il fumo è un fattore di rischio accertato o sospetto di oltre 25 diverse malattie: è associato ad oltre l'85% dei tumori del polmone e al 30% di tutti i tumori, ad oltre l'80% dei casi di malattia cronico ostruttiva del polmone e al 40% delle malattie cardiovascolari.

Il consumo di tabacco è una tossicomania che causa una forte dipendenza legata alla nicotina contenuta nel tabacco. La maggior parte delle persone ha iniziato a fumare prima dei 16 anni. Nella nostra regione il 17% dei bambini di 11 anni ha provato a fumare.

La maggior parte delle persone che fumano, compresi i giovani, desiderano smettere di fumare ma non ci riescono, per la capacità del tabacco di dare una forte dipendenza.

Il fumo di tabacco è considerato una malattia tra le più gravi e diffuse dei Paesi industrializzati. Nella nostra regione fuma circa un quarto della popolazione di età superiore ai 15 anni.

*Il fumo di tabacco danneggia la salute anche delle persone che non fumano.:Il fumo di tabacco ambientale è un inquinante costituito da oltre 4000 sostanze chimiche, di cui una quarantina sono cancerogene.*

Il fumo passivo è particolarmente dannoso per i neonati, i bambini, le donne in gravidanza e le persone con ipersensibilità delle vie respiratorie. Circa il 50% dei bambini della nostra regione è esposto al fumo nella propria abitazione.

Le caratteristiche di questa malattia fanno sì che il fumo sia il principale problema di sanità pubblica che affligge la popolazione della nostra regione.

### **6.8.2. Linee di intervento**

In molti Paesi e anche nella nostra regione si hanno esperienze che permettono di definire le linee direttrici necessarie a condurre un efficace intervento integrato contro il fumo di tabacco:

- **Promozione:** sensibilizzare la popolazione ad una vita libera da fumo;
- **Prevenzione:** evitare che i giovani inizino a fumare;  
*Protezione: difendere i non fumatori dall'esposizione al fumo ambientale (fumo passivo);*
- **Trattamento:** promuovere la cessazione e aiutare i fumatori a smettere.

### 6.8.3. Piano operativo

#### *Azioni*

**Il Piano operativo** di intervento contro il fumo prevede lo sviluppo delle seguenti linee di azione:

#### *1) Prevenzione del fumo di sigaretta fra gli adolescenti del Veneto*

La strategia regionale si compone dei due seguenti **programmi**: a) prevenzione nelle scuole per modificare conoscenze, atteggiamenti e capacità relative al fumo di sigaretta; b) campagna di comunicazione finalizzata a modificare l'accettazione sociale che questo comportamento ottiene tra i giovani.

#### *2) Disassuefazione dal fumo di sigaretta*

1. **Assicurare** lo svolgimento coordinato delle attività di primo (intervento minimo o breve - o intervento maggiormente strutturato) e secondo livello (intervento specialistico intensivo) per la disassuefazione dal fumo.
2. **Aumentare** il numero dei fumatori che smettono.
3. **Garantire** la promozione della disassuefazione e l'assistenza per smettere a tutti i fumatori, così da assicurare un adeguato livello di assistenza a tutti i fumatori.
4. **Aumentare** negli operatori sanitari la consapevolezza del fumo come malattia in modo da introdurre stabilmente nella routine clinica specifica tutte le attività di diagnosi e di terapia correlate.

#### *3) Controllo dell'esposizione a fumo ambientale*

1. **Promuovere e facilitare** l'applicazione della normativa che limita il fumo di tabacco negli ambienti di vita e di lavoro soggetti a limitazione normative
2. **Ridurre** l'esposizione di fumo ambientale nelle abitazioni
3. **Ridurre** l'esposizione di fumo ambientale negli ambienti scolastici
4. **Ridurre** l'esposizione di fumo ambientale negli ambienti di cura
5. **Ridurre** l'esposizione di fumo ambientale nei luoghi di lavoro.

#### *4) Studio e monitoraggio.*

1. **Migliorare** le conoscenze e la sorveglianza delle abitudini al fumo, dei fattori che l'influenzano e degli effetti sulla salute.
2. **Monitorare** e valutare i programmi di prevenzione e controllo.



## **6.9. Progetto: Traumi da traffico**

### **1. Presentazione**

La mortalità e la morbosità derivanti da incidenti stradali costituiscono uno dei principali problemi di sanità pubblica. Nella nostra Regione i traumi stradali determinano annualmente circa 800 decessi; essi costituiscono inoltre la più importante causa di morte precoce, cioè di perdita di anni di vita potenziale tra i maschi, e la quinta tra le donne. Impressionante è la ricaduta della traumatologia stradale sull'uso dei servizi sanitari (accessi al pronto soccorso, ricoveri ospedalieri, riabilitazione per esiti invalidanti). Nell'affrontare i traumi stradali, l'attenzione dei decisori e le maggiori risorse sono tradizionalmente concentrate nell'organizzazione dei servizi sanitari d'urgenza e, in misura tuttavia assai minore, sul potenziamento dei servizi di riabilitazione. Questo "approccio clinico" agli incidenti stradali riflette anche la convinzione che i traumi stradali siano appunto "incidenti", cioè eventi casuali, disgrazie reiterate alle quali si può reagire solo con la medicina d'urgenza, il recupero delle vittime e lo sconforto. Al contrario di ciò, l'analisi dei fattori determinanti la traumatologia stradale consente di concludere che una quota molto rilevante degli eventi non è attribuibile alla casualità, bensì a comportamenti e a condizioni ambientali. Vi è evidenza che molti comportamenti errati e molte condizioni ambientali sfavorevoli possono essere modificate, definendo quindi una prevenibilità dei "traumi da traffico" (termine che, in sanità pubblica, è opportuno sostituisca quello più comune di "incidenti stradali").

L'evidenza di prevenibilità dei traumi da traffico ha portato la Giunta Regionale del Veneto, prima in Italia, a definire uno specifico programma preventivo rivolto alla popolazione generale, allocando allo scopo risorse significative. La Giunta Regionale, come per altri programmi di Sanità Pubblica, ha identificato l'Azienda ULSS 7 come capofila in ambito regionale.

Un recente provvedimento di Giunta Regionale ha inoltre collocato nell'ambito del programma in argomento anche la linea di lavoro "prevenzione degli infortuni da incidente stradale", linea di lavoro prima afferente al I° Piano Triennale per la Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro.

### **2. Organizzazione**

All'Azienda ULSS 7 - Pieve di Soligo, che risponde sul punto alla Direzione Regionale per la Prevenzione, è affidato il ruolo di capofila delle Aziende ULSS del Veneto. Il progetto, che vede coinvolti come attori principali i Dipartimenti di Prevenzione di tutte le Aziende ULSS del Veneto, si svolge in collaborazione e con altre istituzioni quali l'Assessorato Regionale Trasporti e Infrastrutture, il Servizio Epidemiologico Regionale (SER), Comuni (singoli e tramite l'ANCI), Province (Provincia di Treviso capofila regionale per la materia), Associazioni di Volontariato (AGESCI, Società Sportive, Associazione Manuela Sicurezza Stradale, ecc.), Società Autostradali, Forze di Polizia locali (polizie municipali) e nazionali (polizia stradale, carabinieri), Prefetture, Fondazione CARIVERONA. L'Area sociale d'intervento è costituita dalla popolazione generale e dai lavoratori (con riferimento agli infortuni lavorativi su strada). Il target finale è costituito da: utenti della strada, categorie di lavoratori (autotrasportatori, autisti d'ambulanza, ecc.); il target intermedio da Amministratori degli Enti locali, studenti ed insegnanti, personale delle Pubbliche Amministrazioni che usa la strada per servizio. Il progetto già condotto nel triennio 1999-2001 è ora pianificato per il triennio.

### **3. Obiettivi generali**

- Riduzione della mortalità (con particolare riferimento a quella precoce), della morbosità, delle disabilità, delle sofferenze e dei costi derivanti da traumi stradali (con particolare riguardo agli obiettivi di salute definiti nel Piano Sanitario Nazionale).

#### 4. Obiettivi specifici

1. rafforzamento dell'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti la traumatologia stradale, con particolare riferimento al non uso dei sistemi di protezione individuale (casco, cinture di sicurezza, seggiolini per bambini);
2. incremento della percezione diffusa della rilevanza del problema "traumi da traffico", sostenendo la definizione dello stesso quale priorità di sanità pubblica anche e soprattutto in riferimento alla definizione di strategie preventive;
3. miglioramento della certificazione di idoneità alla guida;
4. mantenimento degli attuali livelli di uso del casco di parte di motociclisti e ciclomotoristi;
5. aumento dell'uso delle cinture di sicurezza (anche per quanto attiene gli occupanti i posti posteriori degli autoveicoli);
6. aumento dell'uso dei seggiolini per bambini;
7. aumento dell'uso del caschetto in bicicletta, con particolare riferimento ai bambini e agli adolescenti;
8. miglioramento della capacità di guida sicura, anche in condizioni critiche e adozione diffusa di comportamenti corretti in tema di sicurezza stradale (sobrietà, non uso di droghe, uso dei sistemi di protezione individuale, adeguato riposo, ecc.) da parte dei lavoratori che usano la strada (con particolare riferimento ad alcune categorie significative quali autotrasportatori, autisti di ambulanza, dipendenti delle Aziende ULSS, lavoratori delle Società autostradali, ecc.) .

#### 5. Strategie

Le strategie per il raggiungimento degli obiettivi prefissati prevedono in modo particolare l'analisi ed il monitoraggio epidemiologico dei fenomeni correlati ai traumi stradali e l'uso del marketing sociale per la sensibilizzazione ed il cambiamento comportamentale.

Idonei indicatori sono previsti per la valutazione: 1) *indicatori* di processo (riferiti alla effettiva conduzione delle attività previste); 2) *indicatori* di risultato (riferiti all'efficacia dell'intervento). Il progetto si sviluppa secondo il seguente piano d'azione:

#### *Azioni*

#### **FASI**

1. Implementazione del progetto "cinture-seggiolini" finanziato dalla Fondazione Cariverona mediante:
  - rilevazione (mediante protocollo specifico) dell'uso delle cinture

#### **TEMPI DI ATTUAZIONE\***

Luglio 2002- Aprile 2003

<p>di sicurezza sui sedili posteriori e dei seggiolini per bambini e nuova rilevazione dell'uso delle cinture nei sedili anteriori</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificazione mediante <i>focus group</i> dei determinanti dell'uso/non uso delle cinture di sicurezza e dei sedili per bambini</li> <li>- allestimento della campagna di marketing sociale</li> <li>- definizione del sostegno della campagna da parte del mondo della politica, dell'economia e dell'amministrazione Pubblica (Regione, Provincie, Comuni)</li> <li>- definizione di protocolli collaborativi, anche inerenti l'inasprimento delle sanzioni con le Forze di Polizia di rango nazionale e locale</li> </ul>	
2. Sviluppo della campagna di marketing sociale affiancata dall'attività delle Forze di Polizia	Maggio 2003
3. Implementazione delle iniziative di sicurezza stradale nell'ambito delle az. ULSS (per i dipendenti che usano i mezzi aziendali per servizio), con particolare riferimento agli autisti di ambulanza	Settembre 2002 – Maggio 2003
4. Proposta di adozione di analoghe iniziative ad altre Pubbliche Amministrazioni	Settembre 2002 – Maggio 2003
5. Implementazione di iniziative di promozione della sicurezza stradale per alcune categorie di lavoratori (autotrasportatori, lavoratori autostradali, altro)	Settembre 2002 – maggio 2003
6. Rilevazione prevalenza d'uso cinture di sicurezza e seggiolini per bambini (post campagna di marketing sociale - vedi punto 1)	Ottobre 2003
7. Rilevazione prevalenza d'uso dei caschetti in bicicletta ed avvio di iniziative di marketing finalizzate alla promozione dell'uso, con particolare riferimento alla fascia di età minorile.	Ottobre 2003 – maggio 2004
8. Definizione di protocolli di intesa in ambito di az. ULSS e in ambiti esterni (Volontariato, Associazioni di categoria) inerenti il problema alcol e guida	Gennaio - giugno 2004
9. Sviluppo di iniziative relative al punto precedente	Luglio – dicembre 2004

## **6.10. Progetto: Incidenti domestici**

### **1. Presentazione**

Una quota importante della morbosità e della mortalità che interessa la popolazione del Veneto, in particolare in termini di anni di vita perduti e disabilità, è causata da incidenti domestici. Risultano a tale proposito particolarmente colpiti i bambini (es. annegamento), gli anziani (es. esiti della frattura di femore), le casalinghe per l'evidente correlazione con l'attività domestica, i gruppi sociali marginali (es. intossicazioni da monossido di carbonio dipendenti da inadeguati sistemi di riscaldamento). Vi è evidenza che molti comportamenti errati e molte condizioni ambientali che favoriscono l'insorgenza di incidenti domestici possono essere modificati, definendo quindi una prevenibilità dei traumi derivanti da tali incidenti.

L'evidenza di prevenibilità ha portato la Regione del Veneto ad allocare un primo investimento al fine di definire uno specifico programma preventivo rivolto alla popolazione generale ed ai gruppi di rischio sopra citati.

### **2. Organizzazione**

All'Azienda ULSS 7 - Pieve di Soligo, che risponde sul punto alla Direzione Regionale per la Prevenzione, è affidato il ruolo di Azienda ULSS capofila delle Aziende ULSS del Veneto. Il progetto vede coinvolti i Dipartimenti di Prevenzione (Servizio di Igiene e Sanità Pubblica o altro Servizio ritenuto maggiormente adeguato dal corrispondente Direttore del Dipartimento per la funzione assegnata) di tutte le Aziende ULSS della Regione. Il target finale del progetto è costituito dalla popolazione generale, in modo particolare bambini ed anziani, casalinghe, soggetti in condizioni di marginalità sociale. Il target intermedio è costituito da operatori sanitari, genitori di bambini 0-11 anni. Il progetto ha uno sviluppo triennale.

### **3. Obiettivi generali**

- 
- Riduzione della mortalità (con particolare riferimento a quella precoce), della morbosità, delle disabilità e delle sofferenze derivanti da traumi da incidenti domestici.

### **4. Obiettivi specifici**

1. rafforzamento dell'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti i traumi conseguenti ad incidenti domestici, con particolare riferimento agli incidenti a carico di soggetti in età pediatrica, di anziani, di casalinghe e di soggetti in condizioni di marginalità sociale;
2. incremento della percezione diffusa della rilevanza del problema dei traumi conseguenti ad incidenti domestici (sostenendo la definizione dello stesso quale priorità di sanità pubblica anche e soprattutto in riferimento alla implementazione di strategie preventive);
3. riduzione dell'impatto epidemiologico (mortalità, morbosità, anni di vita perduti, disabilità, ecc.) di alcune tipologie di incidente domestico:
  - 3.1. incidenti in età pediatrica (annegamenti, folgorazioni, ustioni, cadute dall'alto, ecc.);
  - 3.2. incidenti nella terza età (scivolamenti, cadute dall'alto, ecc.)
  - 3.3. incidenti derivanti da lavori domestici (folgorazioni, ustioni, intossicazioni da prodotti per la pulizia della casa, ecc.);
  - 3.4. intossicazioni accidentali in ambito domestico da monossido di carbonio.

## 5. Strategie

Le strategie per il raggiungimento degli obiettivi prefissati prevedono:

- implementazione dell'analisi epidemiologica del fenomeno con eventuale costruzione di sistemi di rilevazione speciale (ad es. collegati con i sistemi informativi di Pronto Soccorso);
- conduzione di indagini campionarie sul fenomeno e sui fattori di rischio sottesi allo stesso;
- formazione specifica degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, di altre strutture dell'Azienda Sanitaria (Consultori, Servizi di Assistenza Domiciliare) e di Enti Locali (es. operatori sociali dei Comuni);
- definizione ed implementazione di specifiche campagne di marketing sociale;
- attivazione di percorsi formativi e stesura di protocolli collaborativi con i Pediatri di libera scelta e i Medici di Medicina Generale.

Idonei indicatori sono previsti per la valutazione 1) *indicatori* di processo (riferiti alla effettiva conduzione delle attività previste), 2) *indicatori* di risultato (riferiti all'efficacia dell'intervento). Il progetto si sviluppa secondo il seguente piano d'azione:

### *Azioni*

<b>FASI</b>	<b>TEMPI DI ATTUAZIONE</b>
1. Predisposizione di un rapporto epidemiologico preliminare sulla materia	Dicembre 2002
2. Progettazione ed avvio di sistemi di rilevazione speciale del fenomeno	Anno 2003
3. Formazione degli operatori	Anno 2003
4. Coinvolgimento dei Pediatri di libera scelta e dei Medici di Medicina Generale	Anno 2003
5. Ideazione dei contenuti di una o più campagne di marketing sociale	4° trimestre 2003
6. Avvio della/e campagna/e	1° trimestre 2004
7. Valutazione dell'efficacia degli interventi	4° trimestre 2004
8. Presentazione pubblica del rapporto conclusivo ed eventuale riprogettazione di una o più linee di lavoro	Dicembre 2004

## **6.11. Progetto: Profilassi delle malattie infettive**

### **1. Presentazione**

Il sistema di profilassi delle malattie infettive (con particolare riferimento alla profilassi vaccinale) della Regione del Veneto ha conseguito in questi anni una serie di risultati di forte rilievo tanto da diventare un costante punto di riferimento per il resto del Paese.

Un momento importante di questa crescita è stato il primo piano regionale di miglioramento della profilassi vaccinale attivato negli anni 1993/1994 (DGR del 3 maggio 1993).

Quale esempio del miglioramento complessivo del sistema ottenuto in questi anni valga il progressivo aumento della copertura vaccinale contro il morbillo nei nuovi nati, passata dal 29.5% del 1980 a valori prossimi al 95% per gli anni correnti.

Si ritiene ora opportuno proseguire nell'opera di miglioramento dell'attività di profilassi delle malattie prevenibili con vaccinazione e più in generale di controllo della patologia trasmissibile, anche al fine di rispondere ad una serie di evidenze emerse nel tempo:

- la necessità di accelerare il passaggio da una politica di imposizione dell'atto vaccinale ad una di conquista del consenso degli utenti;
- la necessità di integrare con maggior precisione l'attività dei medici curanti con quella dei Servizi di vaccinazione afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione;
- la necessità di migliorare le conoscenze sulle reazioni avverse a vaccino e di consolidare competenze specialistiche in tema di idoneità/inidoneità vaccinale;
- la disponibilità di nuovi vaccini efficaci per patologie a rilevante impatto sociale;
- il presentarsi di nuove emergenze infettive internazionali, anche in riferimento a possibili attacchi "bioterroristici".

### **2. Organizzazione**

All'Azienda ULSS 7 - Pieve di Soligo, che risponde sul punto alla Direzione Regionale per la Prevenzione, è affidato il ruolo di capofila delle Aziende ULSS del Veneto. Il progetto vede coinvolti i Dipartimenti di Prevenzione (Servizio di Igiene e Sanità Pubblica) di tutte le Aziende ULSS della Regione del Veneto. L'area sociale d'intervento è costituita dalla popolazione generale. I gruppi target sono pertanto la popolazione generale (pediatrica ed adulta) e le categorie a rischio (viaggiatori, migranti, tipologie di lavoratori). Target intermedio sono i genitori dei bambini; e gli operatori sanitari delle Az. ULSS del Veneto. Il progetto ha sviluppo triennale.

### **3. Obiettivi generali**

- mantenere la condizione di Regione libera da poliomielite;
- azzerare il rischio di polioparalisi vaccino associata;
- mantenere l'attuale assenza di casi di difterite;
- azzerare i casi di tetano;
- azzerare i casi di epatite B nelle fasce di età soggette ad obbligo vaccinale e nelle categorie sottoposte a raccomandazione vaccinale;
- eliminare la pertosse in età pediatrica, con particolare riferimento ai casi di particolare gravità clinica;
- azzerare i casi di morbillo;
- azzerare i casi di rosolia congenita;
- contenere l'incidenza della parotite epidemica;

- eliminare l'incidenza delle forme invasive da *Haemophilus influenzae* di tipo b nei soggetti con età inferiore a 5 anni;
- ridurre l'incidenza della malattia tubercolare;
- ridurre l'incidenza della malattia influenzale e più specificamente delle sue complicanze nei soggetti a rischio per età e condizione patologica;
- ridurre l'incidenza delle malattie da pneumococco nei soggetti anziani e nei bambini con età inferiore a 5 anni;
- ridurre l'incidenza della varicella, con particolare riferimento alle forme gravi;
- ridurre l'incidenza delle malattie sessualmente trasmesse (MST), con particolare riferimento all'AIDS;
- contenere la trasmissibilità delle malattie infettive controllabili con programmi di profilassi generale e specifica, anche in riferimento a possibili emergenze infettive internazionali (es. bioterrorismo).

#### 4. Obiettivi specifici

- mantenere gli attuali livelli di copertura vaccinale per le vaccinazioni dell'obbligo;
- consolidare gli attuali livelli di copertura vaccinale antipertosse;
- consolidare la copertura immunitaria nei confronti del morbillo, della rosolia, della parotite epidemica;
- implementare le coperture vaccinali nei confronti delle malattie invasive da *H. influenzae* tipo b, dell'influenza e dello pneumococco;
- consolidare le strategie preventive nei confronti della malattia tubercolare;
- attivare gradualmente interventi di immunizzazione nei confronti delle meningiti da meningococco e della varicella;
- implementare i sistemi di sorveglianza e di risposta nei confronti delle malattie trasmissibili non precedentemente citate, con particolare riferimento alle malattie sessualmente trasmesse ed alle malattie oggetto di possibile emergenza internazionale.

#### 5. Strategie

Le strategie per il raggiungimento degli obiettivi prefissati prevedono di implementare le attuali prassi vaccinali e di attivare nuovi protocolli, qualora disponibili, per l'età pediatrica, per adulti ed anziani e per particolari categorie di rischio infettivo; di consolidare ed implementare le procedure di analisi epidemiologica, di profilassi generale e specifica e di informazione alla popolazione in riferimento al controllo delle malattie trasmissibili; di implementare la formazione specialistica del personale.

Idonei indicatori sono previsti per la valutazione 1) *indicatori* di processo (riferiti alla effettiva conduzione delle attività previste), 2) *indicatori* di risultato (riferiti all'efficacia dell'intervento). Il progetto si sviluppa secondo il seguente piano d'azione:

#### *Azioni*

FASI	TEMPI DI ATTUAZIONE
------	---------------------

1. Formulazione del 2° Piano di miglioramento della profilassi vaccinale nell'ambito del Piano Triennale di attività dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS del Veneto	31.12.2002
2. Formazione operatori sanitari: 2.1. Primo percorso di formazione a distanza per addetti ai Servizi vaccinali 2.2. Stampa e diffusione dell'opuscolo "Raccomandazioni generali sulla pratica vaccinale" 2.3. Iniziativa di formazione residenziale per gruppi provinciali in tema di pratica vaccinale 2.4. Formulazione ed attuazione di successivi percorsi formativi per gli operatori	31.12.2002 31.12.2002 31.12.2002 anni 2003-2004
3. Consolidamento del Centro Regionale di Riferimento per la sorveglianza delle reazioni avverse a vaccino e la valutazione specialistica dei casi complessi di possibile inidoneità vaccinale	anni 2002-2003
4. Consolidamento del Centro Regionale di Riferimento per la profilassi internazionale	anni 2002-2003
5. Costituzione della Commissione Regionale per la profilassi vaccinale (riformulazione dell'attuale Commissione Regionale per le malattie infettive o Commissione specifica)	Marzo 2003
6. Riformulazione del calendario vaccinale regionale, con eventuale inserimento di nuove immunizzazioni	Giugno 2003
7. Attivazione di percorsi formativi e stesura di protocolli collaborativi con i Pediatri di libera scelta e i Medici di Medicina Generale	anni 2003-2004
8. Definizione ed implementazione di strategie di marketing sociale a sostegno della profilassi attiva sia di malattie prevenibili con vaccinazioni obbligatorie che di malattie per le quali sono disponibili vaccini efficaci	anni 2003-2004
9. Attivazione di percorsi di miglioramento e certificazione della qualità dei Servizi vaccinali.	Anni 2003-2004

## 6.12. Progetto: Promozione della salute attraverso l'attività sportiva

### 1. Premessa

Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale.

Un'attività fisica appropriata, regolare e moderata è uno strumento semplice, divertente alla portata di tutti (bambini, adolescenti, adulti, anziani), in qualsiasi condizione (sani, disabili e malati), UN mezzo efficace per ottenere un guadagno in salute.

Un'attività fisica appropriata, regolare (esempio 30 minuti ogni giorno) e moderata è in grado di controllare il peso corporeo, migliorare la pressione arteriosa, aumentare il benessere psico-fisico, la qualità di vita e l'autonomia funzionale delle persone anziane.

Attività fisiche e sportive di maggiore durata e/o intensità sono altresì in grado di apportare un ulteriore guadagno in salute per chi le pratica.

L'attività fisica e sportiva aiutano inoltre ad allontanare i giovani adolescenti dal fumo di tabacco.

Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato ampiamente dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardio e cerebrovascolari, di quelle osteoarticolari (in particolare l'osteoporosi) e di quelle metaboliche (diabete) che rappresentano il 60% delle cause di morte.



L'esercizio fisico regolare ed appropriato favorisce il precoce reinserimento lavorativo dei soggetti affetti da questo tipo di patologie.

## **2. Problema**

In Italia, come nel resto del mondo, il 32% circa della popolazione è sedentaria (in maggior misura donne e ragazze) e ben il 60% non è sufficientemente attiva per guadagnare in salute.

In Veneto, solo il 22% della popolazione pratica regolarmente una qualche forma di attività fisica e sportiva (dati CONI Regionale, 1999).

La sedentarietà raddoppia il rischio di morte per malattie cardiovascolari, e stroke, diabete di tipo II ed obesità ed aumenta significativamente il rischio per tumore del colon (40-50%), tumore della mammella, ipertensione, dislipidemia, osteoporosi, stress, ansietà e depressione.

La spesa sanitaria dei soggetti affetti da queste patologie (ospedalizzazioni, cure mediche, assenze lavorative) è tripla rispetto ai non affetti. (L'esperienza Canadese ha dimostrato come le industrie che hanno investito in strategie/iniziative per combattere la sedentarietà e promuovere una "active living" hanno portato ad un risparmio di \$ 513 lavoratore/anno riportabile a cambi in produttività, assenteismo, turnover, traumi).

## **3. Gli obiettivi del Piano**

- Riconoscere all'attività fisica e sportiva un importante ruolo nella prevenzione e cura della malattie croniche (cardiovascolari, osteoarticolari, metaboliche e neoplastiche)
- Aumentare il livello di attività fisica quotidiana nella vita di ogni giorno, in tutte le fasce di età, in particolare tra i giovani, ragazze, donne e persone anziane, per contrastare le patologie di tipo cronico-degenerativo;
- Promuovere l'attività fisica nelle scuole, negli ambienti di lavoro e nelle istituzioni sanitarie;
- Favorire la pratica sportiva organizzata dalle Federazioni Sportive, Discipline sportive Associate ed Enti di promozione e non.
- Monitorare il rischio connesso alla pratica dello sport (patologie da usura, patologie cardiovascolari, assunzione di sostanze dannose, morte)

## **4. La medicina dello sport**

La promozione della salute attraverso l'attività fisica e sportiva nella popolazione sana e in quella affetta da patologie croniche dovrà accompagnarsi ad uno sviluppo delle strutture territoriali all'uopo identificate ed in particolare le strutture di medicina dello sport, gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Le strutture di medicina dello sport dovranno svilupparsi su campi di applicazione e di ricerca riguardanti:

- a) la valutazione dei soggetti "a rischio" per l'attività sportiva: cardiopatici, vasculopatici, diabetici, broncopneumopatici cronici, per i quali peraltro l'attività sportiva può essere considerata un utile presidio "terapeutico";
- b) la valutazione degli effetti dell'attività fisica e sportiva prolungata nei giovani in fase di accrescimento e nei "master";
- c) la messa a punto di nuovi protocolli di valutazione medico-sportiva in funzione anche delle differenze di genere;
- d) la valutazione dello stato di forma degli atleti al fine di identificare eventuali rischi per la salute, ivi compresi segni di sovrallenamento o cattivo allenamento; lotta al doping
- e) messa in rete con i MMG e PLS per la corretta prescrizione dell'attività fisica e sportiva

## Azioni

**Sviluppare** iniziative, da attivare con il coinvolgimento degli enti locali, scuole, imprese, industrie, organizzazioni sportive ed associazioni di volontariato, al fine di aumentare le conoscenze della popolazione in merito ai benefici dell'attività fisica e favorire la consapevolezza del ruolo dell'attività fisica nella prevenzione ed il controllo delle malattie cardiovascolari, osteo-articolari, metaboliche e neoplastiche;

**Attivare** indagini epidemiologiche specifiche sui determinanti, sui trends e sugli ostacoli all'attività fisica;

**Elaborare** linee guida per una strategia multidisciplinare per la realizzazione di programmi di promozione dell'attività fisica soprattutto nei giovani, donne ed anziani;

**Attivare** collaborazioni e reti di collegamento con agenzie regionali, nazionali ed internazionali al fine di aumentare la partecipazione della popolazione in programmi di attività fisica e sportiva, con particolare focus alla popolazione giovanile.

**Assicurare** equità nell'accessibilità alla pratica sportiva promuovendo la realizzazione di infrastrutture sportive ed, in particolare, di quelle di base quali percorsi attrezzati, piste ciclabili ed itinerari escursionistici facilitandone in particolare l'accesso alle persone anziane e ai disabili;

**Garantire** la tutela della salute di chi pratica o intende praticare dello sport organizzato e non, in particolare i giovani, gli anziani ed i disabili, con una equa distribuzione territoriale di strutture ed operatori di medicina dello sport ;

**Promuovere** campagne di informazione per la lotta al doping e all'utilizzo di sostanze dannose alla salute, in collaborazione con l'Università, la scuola, le organizzazioni sportive e le associazioni di volontariato.

### 6.13. Progetto: Integrazione delle politiche sanitarie e sociali per la disabilità

### 6.14. Progetto: Sistema per le dipendenze dalle sostanze d'abuso

#### 1. Premessa

L'uso di sostanze psicoattive collegato al mercato illecito ed allo sfruttamento di fasce sociali deboli o giovanili sta assumendo proporzioni sempre più ampie e preoccupanti, soprattutto se si considera la forte diffusione che negli ultimi anni vi è stata di nuove sostanze con rituali di consumo socialmente più accettati e, assai di frequente, associati ad alcool e psicofarmaci. Resta grande, inoltre, la percentuale di persone che presenta tossicodipendenza da eroina e che, ad un'analisi tecnica approfondita, appare tutt'altro che ridotta od in via di contenimento.

Ad oggi, quindi, risulta molto aumentata la quota totale di persone che fa ricorso a sostanze psicoattive, con modalità di utilizzo nel tempo spesso sequenziali oltre che caratterizzate dall'uso contemporaneo di varie sostanze. Queste situazioni portano, sovente, all'instaurarsi di vere e proprie forme di dipendenza, con una lunga serie di gravi conseguenze fisiche, psichiche e sociali. Il fenomeno assume confini sempre meno delimitati. Basti pensare al notevole incremento di uso di sostanze alcoliche tra le fasce giovanili (spesso accompagnate dall'assunzione di droghe anfetaminosimili), all'aumento dell'uso non terapeutico di farmaci sedativi ed ipnotici, all'ampliamento del range dell'età di primo utilizzo di droga con abbassamento dell'età di primo utilizzo e contemporaneo investimento di soggetti che iniziano ad utilizzare tali sostanze ad un'età compresa tra i 35 e i 40 anni.

Vi è, pertanto, la necessità di continuare nella lotta alla droga gli sforzi che, con molta generosità ed intelligenza, sono stati fatti sinora, definendo ancora meglio il modello non solo organizzativo ma

anche, in primis, scientifico, culturale e valoriale che si vorrebbe stesse alla base degli interventi contro le tossicodipendenze.

## **2. Il Sistema per le dipendenze**

La Regione Veneto persegue la realizzazione di un Sistema Integrato Preventivo Assistenziale delle tossicodipendenze e dell'alcolismo formato da varie componenti (pubbliche e private) con pari dignità, con compiti, responsabilità e ambiti di intervento diversi, ma necessariamente coordinate e integrate per garantire una linea di continuità assistenziale che si sviluppa su quattro livelli:

1. prevenzione primaria;
2. prevenzione secondaria e primo contatto di strada;
3. inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali,
4. inserimento in programmi residenziali e semi-residenziali;
5. attivazione di specifici programmi di reinserimento e prevenzione delle ricadute.

### *2.1. Gli obiettivi del Sistema delle dipendenze*

Gli obiettivi del Sistema delle dipendenze includono:

1. Far aumentare la consapevolezza delle persone e degli amministratori relativamente al bisogno di sviluppare politiche intersettoriali e programmi specifici in grado di promuovere la salute e, nel contempo, di agire attivamente contro l'uso incongruo di ogni tipo di sostanza stupefacente e psicoattiva utilizzate a fini non terapeutici (Droghe, farmaci d'abuso, alcool e tabacco compresi).
2. Assicurare e rendere disponibile al cittadino, quanto più possibile, un'informazione obiettiva e permanente sulle modalità preventive e sui rischi connessi ai particolari stili di vita conseguenti all'uso di droghe o di altre sostanze psicoattive.
3. Fornire ai cittadini con problemi di droga od a forte rischio un equo e precoce accesso al sistema socio-sanitario, garantendo idonee infrastrutture di prevenzione, cura e riabilitazione.
4. Eseguire valutazioni qualitative e quantitative costanti sull'impatto delle scelte politiche sulla promozione della salute (con particolare riguardo alle misure assunte per ridurre e contrastare l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive), oltre che sulla cura e riabilitazione delle persone che presentino il problema.
5. Promuovere la formazione e la ricerca di nuove forme di prevenzione primaria e secondaria, cura e riabilitazione.
6. Assicurare congrui e permanenti finanziamenti alle iniziative ed ai sistemi specifici per la lotta alla droga ed alle sue conseguenze.
7. Consolidare e sostenere le forme già operanti.

### *2.2. Le priorità nel settore delle dipendenze*

- Il Dipartimento delle Dipendenze (la pari dignità): Promuovere politiche regionali ed aziendali che incentivino la realizzazione di organizzazioni efficienti quali i Dipartimenti delle Dipendenze, finalizzati soprattutto a creare un "sistema di sinergie" pubblico – privato sociale accreditato – volontariato in un contesto di pari dignità;
- L'enfasi sulla prevenzione primaria e secondaria:

Primaria: Incentivare la creazione di campagne informative ed iniziative permanenti contro l'uso di sostanze, coinvolgendo soprattutto le scuole, le associazioni sportive, gli ambienti di divertimento con particolare rilievo per i programmi sulla vulnerabilità

da dipendenza da sostanze; incentivare e sviluppare solo programmi e progetti con piani di valutazione quantitativa degli effetti ottenuti;

Secondaria: prendere "in carico" la persona tossicodipendente il più precocemente possibile anche se non ha ancora fatto la scelta di smettere di usare le sostanze stupefacenti, operare prioritariamente al fine di agganciare precocemente le persone tossicodipendenti a programmi di prevenzione finalizzati ad evitare infezioni mortali e pericolose, episodi di overdose, l'inserimento nelle attività criminali e il ricorso alla prostituzione. Assicurare la sopravvivenza della persona, agganciarla rompendo la sua solitudine e il suo isolamento e iniziare con lui, anche in strada se necessario, un percorso di sicurezza e successivamente cura e riabilitazione

- La qualità dei servizi: Ristrutturare la rete dei servizi pubblici (Sert) e delle Comunità Terapeutiche, con criteri di qualità uniformi su tutta la Regione, fortemente coordinati tra loro all'interno dei Dipartimenti, creando un sistema di accreditamento regionale;
- Lo sviluppo tecnologico e la formazione permanente: introdurre innovative forme di tecnologia informatica in modo da aumentare le potenzialità comunicative tra le varie componenti del sistema delle dipendenze con piani di formazione ed aggiornamento permanente degli operatori;
- L'integrazione con gli enti locali: Incentivare il coordinamento e la compartecipazione attiva delle Amministrazioni Comunali e Provinciali alle politiche locali sulle tossicodipendenze con specifici programmi di comunità.

### *2.3. Competenze della Regione*

La Regione, nell'ambito degli indirizzi generali della programmazione e in conformità agli obiettivi dei piani socio-sanitari regionali:

- elabora un piano regionale triennale per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool;
- promuove e favorisce le iniziative volte alla prevenzione, cura, riabilitazione anche attraverso il coinvolgimento delle autorità statali, delle istituzioni scolastiche, delle forze sociali, del volontariato e sostenendo e valorizzando le iniziative degli enti locali;
- indirizza, coordina e vigila sulle attività delle aziende ULSS;
- promuove e favorisce le iniziative per l'aggiornamento e la qualificazione del personale socio-sanitario impegnato nel settore.

### *2.4. Compiti dei Comuni*

In conformità alla normativa vigente e nello spirito della presente legge, per una più efficace azione nella lotta al traffico della droga, nonché di prevenzione delle cause molteplici che favoriscono il fenomeno, i Comuni - di concerto con le aziende ULSS, le autorità statali, le istituzioni scolastiche e le forze sociali - esercitano una azione di promozione sull'insieme degli interventi previsti dalla presente legge.

Per i problemi connessi all'assistenza alle persone in situazioni di grave marginalità sociale e per il reinserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti e degli alcolisti i Comuni esercitano inoltre un ruolo di iniziativa e di stimolo nei confronti delle parti sociali, e operano in forma coordinata e integrata con le Aziende ULSS.

### *2.5. Competenze delle aziende ULSS*

Gli interventi delle aziende ULSS nel settore delle dipendenze sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool si articolano su tre livelli: a) prevenzione, b) cura, e c) riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo.

In particolare, le aziende ULSS ai fini della prevenzione:

- promuovono iniziative di informazione ed educazione sanitaria con particolare riferimento ai problemi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool e tabacco;
- promuovono attività di sensibilizzazione e di informazione per la riduzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze stupefacenti ed alcool in particolare per quei soggetti che non afferiscono ai servizi di cura;
- sostengono le iniziative dei consigli di quartiere, le associazioni delle famiglie e di volontariato, degli enti locali a realizzare occasioni di aggregazione sociale dei giovani anche nell'ambito di più ampi programmi per la gioventù utilizzando le leggi regionali in armonia con questi obiettivi;
- collaborano ad attività di prevenzione con gli organismi della scuola, le aziende e in generale gli ambienti di lavoro le autorità militari e gli altri organismi cui la legge attribuisce competenze nella materia;
- provvedono all'aggiornamento del personale sanitario e sociale di base e alla qualificazione professionale degli operatori direttamente impegnati nel settore, secondo quanto previsto all'art. 8 della presente legge;
- provvedono alla raccolta di dati epidemiologici e statistici in conformità alle norme legislative e alle direttive della Regione;

Ai fini della cura, le aziende ULSS:

- assicurano il trattamento dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool con il coordinato utilizzo di tutti i presidi e servizi sanitari utilizzando le terapie più idonee ivi comprese quelle previste dai decreti del ministro della sanità in data 7 agosto e 10 ottobre 1980, unificando i momenti di intervento sanitario con quelli psicologico e sociale;
- predispongono protocolli operativi fra il Ser.t e i reparti specialistici ospedalieri al fine di assicurare adeguata assistenza in caso di degenze anche ai fini di divezzamento farmacologico;
- predispongono protocolli operativi fra il Ser.t e il servizio di psichiatria per la gestione di casi di comorbilità.;
- al fine di assicurare adeguata assistenza a favore di donne gestanti e/o madri tossicodipendenti con figli e nel contempo assicurare ogni forma di tutela nei confronti del minore promuovono e organizzano protocolli operativi fra il Ser.t, le comunità terapeutiche specialistiche i servizi sociali di base del Comune e il Tribunale per i Minorenni;

Infine, ai fini della riabilitazione e reinserimento sociale:

- sostengono le iniziative occupazionali integrate a carattere cooperativistico a favore di soggetti svantaggiati tossicodipendenti, favorendo le iniziative del volontariato;
- promuovono e organizzano, ove necessario, in forma anche associata, comunità residenziali in cui il dipendente da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool accetti di impegnarsi in definiti programmi di cura e riabilitazione;
- individuano percorsi di sostegno psicologico e relazionale in forme molteplici a favore delle famiglie che chiedono di accogliere anche temporaneamente dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool;
- favoriscono l'inserimento nel mondo del lavoro in collaborazione con le associazioni dei datori di lavoro, le organizzazioni sindacali, il movimento cooperativo e le associazioni di volontariato;

- assicurano, d'intesa con le autorità giudiziarie e carcerarie, l'assistenza e riabilitazione dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool detenuti mediante appositi accordi o convenzioni.

## *2.6. Volontariato*

Le aziende ULSS, per l'attuazione degli interventi di cui al precedente articolo, si avvalgono anche delle associazioni e istituzioni pubbliche e private non aventi fini di lucro, degli obiettori di coscienza, del volontariato singolo favorendo, in particolare, i gruppi di impegno e di solidarietà giovanile.

I rapporti tra le aziende ULSS e i soggetti di cui al precedente comma sono regolati da apposite convenzioni che dovranno essere conformi alle norme previste dalla presente legge.

Il coordinamento, il controllo e la vigilanza sull'attività dei soggetti di cui al primo comma del presente articolo vengono esercitati dalle unità sanitarie locali.

## *2.7. Assistenza ai detenuti tossicodipendenti*

Il DPR 309/90 assegna ai Ser.T. la titolarità dei programmi di trattamento ai tossicodipendenti detenuti; detti interventi sono da svolgere in stretta collaborazione con gli operatori del Presidio per le tossicodipendenze (medici, psicologi ed infermieri). Il D.lgs. 230/99 ha trasferito, a decorrere dal 1° gennaio 2000, le funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione Penitenziaria in riferimento al "settore dell'assistenza ai detenuti ed agli internati tossicodipendenti", prevedendo il passaggio funzionale del personale del Presidio alle Aziende USL con il mantenimento delle procedure operative fino ad allora adottate.

Il direttore del Dipartimento per le dipendenze, in stretta collaborazione con il Direttore dell'Istituto ed il responsabile dell'area sanitaria penitenziaria, formula il programma annuale delle attività da svolgere all'interno, ne verifica l'avvenuta realizzazione e definisce il nuovo assetto funzionale degli operatori del presidio sanitario per detenuti tossicodipendenti ed affetti da infezione da HIV.

Questi ultimi, in collaborazione con l'équipe del Ser.T. e nell'osservanza delle competenze di ogni singolo profilo professionale e delle mansioni previste dalle convenzioni che regolano l'attuale rapporto di lavoro con l'Amministrazione penitenziaria, effettuano gli accertamenti necessari per la certificazione della condizione di tossicodipendenza, la presa in carico ed il relativo trattamento dei soggetti che lo richiedono.

Le diagnosi e le terapie sono definite dal personale delle Aziende ULSS e coordinate con il personale sanitario dell'amministrazione penitenziaria.

## *2.8. Il Modello organizzativo del Sistema per le dipendenze: il Dipartimento*

Il modello organizzativo individuato per il perseguimento degli obiettivi di prevenzione, aggancio precoce, cura e riabilitazione nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive è rappresentato dal Dipartimento per le Dipendenze.

Organi del Dipartimento sono:

1. Il direttore del dipartimento, che sarà scelto dal direttore generale dell'Azienda Ulss tra i responsabili delle unità operative pubbliche e private per le tossicodipendenze che compongono il Dipartimento sulla base di competenze specifiche in ambito organizzativo e manageriale.

2. Il Comitato Operativo ristretto, con finalità di programmazione, coordinamento e verifica delle attività del Dipartimento, formato dai responsabili dei Ser.T, delle comunità terapeutiche accreditate e tutti gli altri "organismi" che in via prevalente si occupano di dipendenze da sostanze psicoattive formalmente accreditate dalla Regione.
3. Il Comitato Allargato di Dipartimento, con finalità consultive e propositive, a cui parteciperanno tutti i responsabili delle unità operative impegnate anche in maniera non prevalente nelle attività di prevenzione cura e riabilitazione alle dipendenze da sostanze psicoattive. Il comitato allargato è l'organo di creazione di consenso.

Gli obiettivi del Dipartimento per le dipendenze includono:

1. Attuare il coordinamento delle unità operative interessate, attraverso lo studio e la definizione delle procedure operative concordate e comuni al fine di far convergere esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali;
2. Coordinare ed integrare le attività di registrazione ed archiviazione centralizzata dei dati;
3. Promuovere l'allineamento con le indicazioni aziendali e regionali;
4. Concorrere al controllo e alla verifica della qualità dell'assistenza fornita e dello sviluppo dei programmi comuni concordati;
5. Studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure con particolare riguardo all'aggancio precoce dei consumatori e tossicodipendenti alla riduzione dei tempi di attesa per l'entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con le strutture competenti della ULSS;
6. Incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie i pazienti e le loro famiglie;
7. Individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi sociosanitari pubblici e privati (Ser.T, Reparti ospedalieri, Comunità, Cooperative sociali).
8. Promuovere le attività di aggiornamento e formazione sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative;
9. Garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra Aziende ULSS e Privato Sociale, Scuola, Enti Locali, Comunità terapeutiche, Volontariato, ecc., sulla scorta degli indirizzi contenuti nel Piano di zona dei Servizi sociali.

### *2.9. La rete alcolologica*

I problemi correlati all'uso di alcol ed all'alcolismo costituiscono temi di primaria rilevanza. Circa trentamila decessi all'anno sono attribuibili alla azione dell'alcol. A questi vanno aggiunti i costi umani ed economici in termini di assistenza, di disagio sociale, di perdita di produttività.

La diffusione dell'Uso di Alcolici nella popolazione impone alcune differenziazioni negli interventi rispetto alle altre Dipendenze.

La Prevenzione comprende:

- Interventi sulla popolazione generale sono a loro volta divisibili in interventi di informazione tramite i mezzi di comunicazione di massa, ed interventi tramite operatori sociosanitari. Gli interventi tramite operatori sociosanitari comprendono interventi informativi ed educativi, condotti nel contesto di attività non connesse direttamente all'alcol. L'esempio più noto e studiato di tale forma preventiva è l'intervento breve condotto dal Medico di famiglia.
- Interventi mirati riguardano aree di popolazione che per le loro caratteristiche potrebbero più facilmente incorrere in problemi alcolcorrelati. Esempi di questi interventi sono quelli su

guidatori o su lavoratori le cui mansioni comportano un rilevante aumento del rischio alcolcorrelato.

E' opportuno che gli interventi preventivi forniscano messaggi uniformi e scientificamente fondati ( ad esempio adottando le posizioni della Organizzazione Mondiale della Sanità in materia) ma nel contempo mirati alle caratteristiche della popolazione target ad alla cultura locale.

In soggetti con Problemi Alcol correlati e/o Alcolismo conclamati sono necessari interventi terapeutici e riabilitativi specifici, coordinati tra le seguenti strutture:

- U.O. di Alcologia: Presso ciascun Dipartimento per le Dipendenze è costituita una unità funzionale di Alcologia;
- Reparti Ospedalieri pubblici e privati accreditati in Algologia.

Inoltre,

- Programmi Residenziali Riabilitativi presso Comunità Terapeutiche;
- Risorse territoriali non professionali:

Associazioni composte da persone con problemi alcolcorrelati o alcolismo in remissione, da familiari, da cittadini interessati al problema. Le più note e diffuse di tali associazioni sono i Club per Alcolisti in Trattamento ed i gruppi Alcolisti Anonimi (insieme ai gruppi familiari Alanon).

#### *2.10. Miglioramento continuo della qualità e verifica dei risultati dei trattamenti*

Un continuo miglioramento del sistema delle Dipendenze non può prescindere, tuttavia, dall'introduzione di tecniche in grado di far aumentare la qualità dei Ser.T e delle Comunità. Al fine, dunque, di promuovere un continuo miglioramento dei servizi pubblici e privati nel campo delle dipendenze, la Regione Veneto intende continuare ad incentivare la costruzione di un sistema organico, che introduca tecniche di miglioramento continuo della qualità, fortemente orientato alla valutazione costante dei risultati sia dei SERT che delle Comunità.

Un tale sistema, centrato sul concetto di qualità valutata mediante l'utilizzo di sistemi di verifica e controllo e di metodologie scientifiche, permette di valutare oltre alle prestazioni erogate (output) anche i risultati finali ottenuti (outcome) a fronte delle risorse impiegate (input). Tutto questo inserendo nei programmi di formazione ed aggiornamento degli operatori, specifici percorsi per l'acquisizione di queste tecniche che permettano di sviluppare un vero know how interno e permanente, orientato al "management clinico e gestionale", indispensabile per garantire efficienza ma soprattutto efficacia.

E' importante, inoltre, valutare gli esiti dei trattamenti puntando soprattutto a determinare, con valutazioni qualitative e quantitative, i risultati su cinque principali aspetti:

- a. discrepanza tra numero di tossicodipendenti stimati presenti sul territorio e numero di tossicodipendenti realmente in carico ai servizi e alle comunità e quelli non assistiti (differenza tra bisogno e reale offerta assistenziale - efficienza allocativa);
- b. durata della sospensione dell'uso delle sostanze stupefacenti valutata in relazione ai trattamenti;
- c. capacità di ridurre l'incidenza delle principali patologie correlate (infezione da HIV, epatiti, malattie sessualmente trasmesse, TBC e overdose) e la presenza di attività sociali devianti (criminalità e prostituzione);
- d. capacità di produrre un reale reinserimento sociale e lavorativo;
- e. costi assistenziali diretti generati con stima degli indiretti.

### **3. Piano di interventi triennale**



La Giunta regionale, sulla base dei programmi presentati dalle aziende ULSS, elabora il piano triennale di interventi contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti, psicotrope e contro l'abuso dell'alcool.

Il piano triennale, che costituisce parte integrante del piano socio-sanitario regionale, stabilisce indirizzi e direttive:

- a) sulle attività di rilevazione epidemiologica e statistica e su programmi di ricerca finalizzata in tema di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool;
- b) sugli interventi sanitari e sociali da attuare per prevenzione, aggancio precoce, cura e riabilitazione della dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool;
- c) sull'organizzazione e funzionamento dei presidi e servizi operanti;
- d) sugli interventi di formazione, qualificazione e aggiornamento del personale.