

Allegato A

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2005-07 - PIANO DI INTERVENTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITA' REGIONE DEL VENETO.

1 Le dimensioni del problema nel Veneto

1.1 Obesità e sovrappeso

La frequenza delle condizioni di sovrappeso ed obesità è andata aumentando negli ultimi decenni, al punto che, secondo l'**Organizzazione Mondiale della Sanità**, l'obesità è diventata un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche in tutti i Paesi occidentali, e la sua prevenzione rappresenta un obiettivo prioritario. Nella **Unione Europea**, nutrizione attività fisica e obesità rientrano come "priorità chiave" nella politica di sanità pubblica e sono incluse nel programma di azioni 2003-2008 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/nutrition_en.htm)

L'OMS stima che gli stili di vita non salutari spieghino, nei Paesi europei più sviluppati, quasi il 50% delle malattie negli uomini e il 25% nelle donne. Il "Rapporto 2002 sulla salute nel mondo" dell'OMS indica l'inattività fisica, la scorretta alimentazione, il sovrappeso e/o l'obesità, l'ipercolesterolemia ed il tabagismo come i principali fattori di rischio per lo sviluppo di malattie non trasmissibili, quali la malattia coronarica, gli accidenti cerebrovascolari, il diabete di tipo 2, alcune forme di cancro, l'osteoporosi e molte altre patologie.

In particolare il rapporto WHO "Preventing and managing the global epidemic; Report of the WHO consultation of obesity. WHO Geneva, 1997" rileva che il diabete tipo 2, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari correlano fortemente con l'indice di massa corporea e con la circonferenza addominale, indicatori di obesità viscerale. L'associazione della ridotta tolleranza glucidica o diabete tipo 2 con l'obesità viscerale o con altre entità metaboliche quali la dislipidemia o l'ipertensione viene definita nel 1998 dalla commissione consultiva del WHO come sindrome metabolica la cui prevalenza nella popolazione generale viene stimata intorno al 23,7% (Ford ES, et al. JAMA 2002)

Anche in **Italia**, il sovrappeso e l'obesità (anche se scarsi sono i dati a disposizione quanto a prevalenza dell'obesità viscerale) rappresentano un problema di sanità pubblica (Piano Sanitario Nazionale 2003-2005); 4-5 abitanti su 10 soffrono di sovrappeso o sono obesi senza alcuna significativa differenza fra uomini e donne; i tassi più elevati sono nelle regioni meridionali e nelle fasce della popolazione adulta con un basso titolo di studio.

L'indagine Multiscopo condotta dall'ISTAT sugli stili di vita e condizione di salute anno 2003 evidenzia che sovrappeso e obesità risultano più diffusi nei piccoli comuni fino a 2 mila abitanti (rispettivamente 35,6% e 9,1%) e da 2 a 10 mila abitanti (35,1% e 10,5%), mentre l'incidenza del fenomeno è minore nelle grandi città (31,9% e 7,5%).

Come sottolineato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, l'obesità e, in particolare quella infantile, è tra i problemi di salute prioritari; il rapporto IOTF "Obesity in Europe Childhood" riporta per l'Italia una prevalenza media del 36% di bambini di circa 9 anni in sovrappeso e obesi (**Caroli, 2001**).

Secondo i dati pubblicati dall'ISS e dall'ISTAT, sono circa il 4 % dei bambini a essere obesi e il 20 % in sovrappeso. Il problema interessa soprattutto la fascia di età 6-13 anni e i maschi rispetto alle femmine. Nel **Veneto** lo stesso studio riporta una prevalenza di sovrappeso ed obesità del 21,4%. Nel **Veneto**, inoltre, i dati epidemiologici indicano per la popolazione adulta che il 16% degli uomini e il 17% delle donne è obeso e ha in media un IMC (indice di massa corporea) di 27 per gli uomini e 26 per le donne (Progetto cuore, <http://www.cuore.iss.it/pubb/pubb.asp>), e nell'indagine Multiscopo condotta dall'Istat sugli stili di vita e condizione di salute anno 2003 risulta che la popolazione adulta indagata è per il 9% obesa e per il 33,2% in sovrappeso.

Per quanto attiene l'età evolutiva nell'ambito delle azioni di sorveglianza nutrizionale di cui al Piano triennale sicurezza alimentare 2004-05, è stato svolto dalla rete regionale dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione lo "Studio multicentrico per la rilevazione della crescita staturale e dello stato nutrizionale della popolazione infantile del Veneto" che ha evidenziato su un campione di popolazione indagato di 12.853 bambini delle classi terze e

quinte elementari (nati nel 1995 e nel 1993) residenti nel territorio regionale, una notevole tendenza al sovrappeso e all'obesità:

- maschi nati nel 1995, il 19,07% in sovrappeso e 6,05% obesi;
- femmine nate nel 1995, 21,80% in sovrappeso e 5,59% obese;
- maschi nati nel 1993, il 23,14% in sovrappeso e 5,79% obesi;
- femmine nate nel 1993, 20,79% in sovrappeso e 4,70% obese.

Anche se le fonti di dati sono diverse, frammentate e spesso con esclusiva rilevanza locale, è evidente una tendenza all'aumento negli ultimi anni, segno preoccupante che il fenomeno è in fase di rapida evoluzione se non efficacemente contrastato.

1.2 I determinanti ambientali dell'obesità

I fattori ambientali in grado di condizionare lo stato di salute della popolazione influenzando l'evoluzione del sovrappeso e quindi l'obesità, sono correlati all'**attività fisica** e all'**alimentazione**. Tali fattori interagiscono tra loro e rafforzano dannose sinergie. La disaffezione all'attività fisica è in parte correlabile all'uso eccessivo del **mezzo televisivo**, i cui messaggi pubblicitari, come rilevato dall'indagine presentata recentemente a Pisa dalla Società Italiana di Pediatria (2005), possono indurre ad errori dal punto di vista nutrizionale. Nel dettaglio:

1.2.1 Per quanto riguarda le **abitudini alimentari** e l'assunzione di alimenti, essi dipendono dalle scelte individuali (influenze culturali, preferenze alimentari), nonché da fattori socioeconomici e ambientali (economicità e disponibilità di alimenti, qualità e sicurezza dei prodotti ecc.).

I fattori socioeconomici e ambientali sono a loro volta influenzati da politiche che rientrano nelle responsabilità degli Stati membri e della Comunità. (Relazione sullo stato dei lavori della Commissione europea nel campo della nutrizione in Europa, Ottobre 2002).

Diseguaglianze e scelte alimentari: nonostante la generale abbondanza degli alimenti disponibili, alcuni segmenti della popolazione non hanno una dieta sufficientemente sana.

Le persone dei gruppi a basso reddito spendono per gli alimenti una proporzione maggiore del loro reddito, ma hanno una dieta dalla qualità nutrizionale più scarsa rispetto alle persone dei gruppi a reddito più alto (**Determinants of consumer food choice, C. Geissler e B. Traill, in Nutrition in Europe, European Parliament Scientific and Technological Options Assessment, Directorate General for Research, PE No 166.481, 39-51, 1997.**)

Per certe persone in condizioni disagiate anche le politiche di assistenza alimentare ai gruppi svantaggiati possono ripercuotersi sulla loro dieta. Il prezzo e la disponibilità della frutta, della verdura e del pesce (alimenti spesso carenti nella attuale alimentazione e importanti per la prevenzione dell'obesità e delle malattie cardiovascolari) possono rappresentare fattori determinanti specie nelle fasce di popolazione a più basso reddito e livello socio-culturale.

Anche se fattori culturali, educativi, sociali e individuali in relazione alle scelte alimentari possono spiegare in parte la differenza nelle diete e negli apporti nutrizionali anche altri fattori entrano in gioco.

La conoscenza degli alimenti, delle tecniche di cottura e la disponibilità di tempo sufficiente per preparare gli alimenti, assieme ai modelli lavorativi e a quelli delle relazioni domestiche, influiscono sui modelli dietetici. Anche le informazioni — da fonti ufficiali, dai media e dal settore alimentare — oltre che gli stereotipi di genere e altri condizionamenti pubblici influiscono sui tipi di alimenti consumati.

Le scelte alimentari sono anche determinate dall'accesso a punti di vendita al dettaglio, dal reddito e dai prezzi relativi degli alimenti.

I settori della produzione primaria, industriale, artigianale e del commercio possono influenzare la tipologia e la qualità degli alimenti nonché la loro disponibilità, inoltre di fondamentale importanza risulta la pubblicità televisiva.

La distribuzione commerciale e il prezzo del cibo a basso valore nutrizionale ed alto apporto calorico (junk food), costituiscono ulteriori determinanti nelle scelte alimentari della popolazione, così come la diffusione di tali alimenti nei distributori automatici.

Il rapporto sullo Stato di Salute e gli stili di vita dei giovani veneti in età scolare (HBSC-2000) ha rilevato che gli stili alimentari sono influenzati dal livello socioeconomico, con differenze nella

frequenza e nell'assunzione di certi alimenti; i ragazzi i cui genitori hanno lavori più remunerativi consumano mediamente più frutta, più verdura e più latte dei colleghi appartenenti a fasce occupazionali più basse.

Analizzando il consumo medio di junk food ("cibo spazzatura") si è osservato che questi cibi vengano consumati in maniera più assidua dai ragazzi appartenenti a famiglie con livelli socioeconomici più bassi.

Anche la ristorazione collettiva e la qualità del cibo distribuito con particolare riguardo alle mense scolastiche è un importante determinante e il luogo in cui si consuma il pranzo riflette le diverse fasi del ciclo di vita delle persone.

Per i bambini tra 3 e 10 anni è molto frequente mangiare nelle mense scolastiche: lo fanno ben il 55 % dei bambini tra 3 e 5 anni d'età e il 26,2 % di quelli con età compresa tra 6 e 10 anni.

Allo stesso modo le donne, ma soprattutto gli uomini in età lavorativa sono tra i maggiori fruitori dei servizi di ristorazione e mensa durante il pranzo (Stili di vita e condizioni di salute *Indagine multiscope sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003 pubblicata 11/2005*).

1.2.2. Per quanto riguarda l'**attività fisica**, i dati relativi all'**Italia** sono scarsi e si riferiscono sostanzialmente all'attività sportiva, che rappresenta solo una parte dell'attività fisica.

Secondo i più recenti dati ISTAT, basati sulle dichiarazioni del capofamiglia, su un campione rappresentativo di famiglie italiane, nel 2002 solo il 20% della popolazione di 3 anni e più praticava con continuità uno o più sport, mentre il 10% lo praticava saltuariamente. Nel complesso la pratica sportiva ha interessato il 30% della popolazione di 3 anni e più, per un totale di oltre 16 milioni e 600 mila persone.

Gli individui che, pur non praticando un'attività sportiva, hanno dichiarato di svolgere qualche attività fisica (come fare passeggiate per almeno 2km, nuotare, andare in bicicletta) sono circa 16 milioni, pari al 29% della popolazione di 3 anni e più. La quota di sedentari, cioè di coloro che non svolgono né uno sport né un'attività fisica è risultata pari al 41%, per un totale di oltre 22 milioni e 900 mila persone.

Le donne risultano più sedentarie degli uomini (47% contro 35%), gli anziani più dei giovani. In particolare, tra le donne di 65 anni e più, il 72% non praticava né sport né attività fisica, mentre fra gli uomini tale quota si attestava al 55%.

Nel nostro Paese solo una piccola parte della popolazione adulta pratica attività fisica secondo i livelli minimi raccomandati (30 minuti di attività moderata almeno 5 giorni/settimana oppure 20 minuti di attività intensa 3 o più volte per settimana).

Secondo i dati del Progetto Cuore dell'ISS nel Veneto il 28 % delle femmine ed il 23% dei maschi non svolge alcuna attività fisica nel tempo libero, con punte rispettivamente del 41% delle femmine nella provincia di Rovigo.

La sedentarietà, come è stato dimostrato, raddoppia il rischio di morte per malattie cardiovascolari, 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 evidenziato come le industrie che hanno investito in strategie/iniziative per combattere la sedentarietà e promuovere uno stile di vita attivo hanno portato ad un risparmio di 513 dollari lavoratore/anno riportabile a cambi in produttività, assenteismo, turnover, traumi.

Particolare urgenza riveste quindi il coinvolgimento nelle campagne di lotta alla sedentarietà di tutta la popolazione e di alcuni sottogruppi particolari, cioè anziani e diabetici (cui finora si è prevalentemente rivolta la campagna di promozione dell'AF nel Veneto) ma anche alcune altre fasce finora insufficientemente coinvolte negli interventi preventivi: i bambini, gli adolescenti, le donne, le persone in sovrappeso od obese e gli adulti in età critica.

Per quanto riguarda il **bambino** il movimento riveste un ruolo ancor più vitale, se possibile, rispetto all'adulto in quanto costituisce uno dei nuclei fondamentali su cui si struttura l'intero processo di sviluppo, contribuendo in maniera determinante alla conquista dell'identità, dell'autonomia e delle competenze. Da un lato infatti l'attività fisica contribuisce al benessere psicologico (migliora l'autostima e il senso di benessere, favorisce la socializzazione, il rispetto delle regole e l'apprendimento, permette di acquisire autonomia e identificazione con l'ambiente in cui vive), dall'altro contribuisce allo sviluppo della massa magra a scapito di quella grassa ed aumenta l'agilità e la forza.

L'acquisizione dell'abitudine ad una attività fisica regolare in età infantile consente di prevenire efficacemente molte malattie dell'età adulta: obesità, diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, malattie cardiache, depressione, alcuni tumori. Intervenire sui bambini riveste quindi un ruolo insostituibile per la prevenzione di molte malattie croniche dell'adulto, cardiovascolari e metaboliche.

Per quanto riguarda i livelli di AF praticata dai **ragazzi**, uno studio effettuato nel 2002 per conto della Regione del Veneto (che indagava essenzialmente sulla pratica sportiva, agonistica e non) ha evidenziato una percentuale di sedentari fra i giovani pari al 38 %, con un progressivo decremento con l'aumentare dell'età (si passava dal 65% di giovani tra i 15 e i 19 anni che praticavano sport al 63% tra i 20 e i 24 anni al 60% tra i 25 e i 29 anni; in tutte queste fasce di età l'inattività era più marcata nelle femmine – v. avanti).

Un altro importante settore di intervento per la promozione dell'attività fisica, finora relativamente trascurato in Italia, è quello degli **adulti in età critica**, i quali probabilmente sono raggiungibili principalmente mediante campagne di promozione dell'AF realizzate nel contesto dell'ambiente lavorativo. Gli adulti trascorrono al lavoro mediamente il 60% delle ore di veglia e ciò condiziona pesantemente la quantità di tempo dedicato ad attività sedentarie.

Nel gruppo degli adulti in età critica, infine, un sottogruppo di particolare interesse è rappresentato dalle **donne sopra i 50 anni**, che rappresentano una fascia di popolazione in cui, in seguito alle alterazioni ormonali correlate con la menopausa, il rischio di obesità e di malattie cardiovascolari aumenta sensibilmente. Inoltre, come sottolineato in precedenza, le donne di tutte le fasce d'età sono più suscettibili di sviluppare comportamenti sedentari dei coetanei maschi. Infine alcuni soggetti di sesso femminile possono essere più difficili da raggiungere da parte di campagne educative di tipo tradizionale, quindi è importante progettare campagne ad hoc per questo specifico target.

2. Le strategie per la salute pubblica

A fronte di tali dati ed in particolare dei criteri proposti dal National Cholesterol Education programme (NCEP ATP –III) che indica l'obesità come fattore di rischio maggiore della sindrome metabolica, numerose evidenze scientifiche³⁴⁻⁴⁷ dimostrano gli effetti benefici prodotti sulla salute da una corretta alimentazione e da un'attività fisica moderata, ma regolare.

La promozione di comportamenti alimentari e stili di vita protettivi finalizzati al mantenimento del buono stato di salute ed alla prevenzione delle principali patologie correlate al life-style e la promozione della sicurezza alimentare e nutrizionale, si realizzano mediante strategie multisettoriali, con particolare attenzione anche alla ristorazione delle scuole e degli asili nido, all'informazione ed educazione alimentare nel contesto scolastico e familiare e alla sorveglianza nutrizionale.

Per quanto riguarda invece l'attività fisica, il semplice camminare ad andatura spedita per 30-60 minuti al giorno per più giorni alla settimana è associato ad una significativa riduzione dell'incidenza di mortalità per malattie cardiovascolari. L'attività fisica, inoltre, aiuta a controllare il peso e riduce lo stress, l'ansia e il senso di depressione. In età anziana i benefici dell'attività motoria non sono solo di natura sanitaria, ma anche sociali (mantenimento da parte degli anziani di un ruolo più attivo nella società) e della comunità (ridotti costi di assistenza sanitaria e sociale e promozione di una immagine dell'anziano positiva ed attiva).

La responsabilità per la scelta di stili di vita salutari non può essere lasciata esclusivamente agli individui, ma deve diventare una responsabilità condivisa da tutta la Comunità.

Le condizioni ambientali devono essere pianificate ed eventualmente modificate in modo tale da facilitare l'integrazione dell'attività fisica nella vita di tutti i giorni. Di conseguenza l'intervento preventivo non può limitarsi agli aspetti comportamentali dei singoli individui appartenenti ai gruppi target, ma è viceversa indispensabile approntare un modello più articolato mediante una **campagna di comunità** che, oltre all'intervento di advocacy (v. Allegato – scheda 6), intervenga sia sulle componenti sociali che sull'ambiente fisico in cui le persone si ritrovano a vivere.

E' noto ad esempio che i livelli di AF nella popolazione sono direttamente correlati con una serie di determinanti ambientali come presenza o carenza di aree verdi e di spazi accessibili o attrezzati per l'attività fisica (palestre e centri sportivi ma anche luoghi in cui sia possibile camminare, correre o andare in bicicletta in sicurezza), costo e distanza di tali spazi dall'abitazione delle persone, rete stradale e problemi legati al traffico, trasporti pubblici, livelli di inquinamento, sicurezza delle strade -

in termini di traffico ma anche di rischio di aggressioni, livelli di utilizzo di macchine o dispositivi che riducono la spesa energetica (es. ascensore, telecomando TV), cartelli che invitino a usare le scale anziché l'ascensore, oltre a fattori di ordine sociale come il senso di appartenenza alla comunità locale, il capitale sociale, l'equità (costo per l'accesso alle strutture e loro presenza in quartieri di diverso tenore sociale).^{16,17,18} Molti di questi fattori possono risultare determinanti specie nelle fasce di popolazione a più basso reddito e livello socio-culturale. Questo presuppone che l'intervento preventivo non si limiti ai gruppi target ma si estenda a coinvolgere anche amministratori, politici e istituzioni e associazioni locali.

Da quanto sopra esposto appare evidente che è necessario lo sviluppo di una strategia che porti all'adozione di corrette abitudini alimentari e ad un aumento del livello di attività fisica all'interno della popolazione, mediante l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia.

La creazione di una rete di Istituzioni ed Enti che condividano obiettivi comuni e definiscano ruoli, regole e modalità di azione e valutazione, rappresenta, quindi un momento fondamentale per poter sviluppare interventi che abbiano carattere di sostenibilità e continuità.

Pertanto, la progettazione, la pianificazione e la valutazione della presente strategia prevede il coinvolgimento di vari partner fra Istituzione regionali, amministratori locali, scuola, servizi sanitari e sociali, Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta, strutture aziendali, produttori e reti di distribuzione di prodotti alimentari, strutture di ristorazione, palestre, associazioni di volontariato, come delineato dalla pianificazione regionale specifica in corso.

3. Aree progettuali:

Prevenzione primaria e secondaria, di Comunità e dell'individuo.

3.1 Obiettivi generali:

- 1) Disporre di informazioni su obesità, sovrappeso, pattern nutrizionali ed attività fisica della popolazione veneta in età infantile ed adulta, per quest'ultima con particolare riferimento all'obesità viscerale quale fattore di rischio maggiore della sindrome metabolica
- 2) Pianificare, a livello regionale e locale, interventi integrati di prevenzione nutrizionale, multicomponenti, promuovendo contestualmente la sicurezza alimentare e nutrizionale nella produzione alimentare e nella ristorazione collettiva, e di promozione dell'attività fisica regolare
- 3) Definire ed attuare piani di intervento per il controllo dell'obesità e del sovrappeso quale fattore di rischio maggiore della Sindrome metabolica in sottopopolazioni di soggetti a rischio e con malattie cardiovascolari

3.2 Obiettivi specifici:

1. Consolidare il sistema di sorveglianza coordinato a livello regionale (già avviato nel 2004) su sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica su gruppi target della popolazione in età evolutiva, finalizzato a monitorare gli andamenti temporali e le differenze territoriali anche rispetto alle altre realtà extraregionali (nazionali ed europee);
2. Favorire, nelle scuole, la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette, con speciale riguardo all'eccessivo introito energetico da spuntini calorici e bevande dolcificate, attraverso interventi che prevedano una maggiore attenzione:
 - ai capitolati d'appalto dei servizi di ristorazione scolastica,
 - alla composizione dei menù delle mense scolastiche,
 - all'eliminazione di spuntini e bevande caloriche dai distributori automatici,
 - alla distribuzione di spuntini a base di frutta o verdura fresche;
3. Sviluppare, per i bambini, attività educative multicomponenti su nutrizione, educazione al gusto ed attività fisica, come parti integranti di programmi di educazione alla salute, tendenti anche a migliorare la capacità dei giovani a individuare le pressioni sociali, incluse quelle pubblicitarie (collaborazione SISP-SIAN);
4. Favorire la creazione presso le Az. ULSS di staff operativi che garantiscano una specifica consulenza dietetico-nutrizionale di tipo preventivo (dietetico-nutrizionale e sull'attività fisica) a fasce di popolazione in particolari situazioni fisiologiche e/o a rischio;
5. Ridurre il sovrappeso e l'obesità in sottopopolazioni con sindrome metabolica e con pregressi episodi di malattia cardiovascolari (intervento di prevenzione secondaria)

6. Promuovere l'attività fisica nei seguenti gruppi di popolazione: soggetti in sovrappeso/obesi; bambini/adolescenti + insegnanti e genitori; diabetici e anziani con malattie cronico degenerative; donne dai 50 anni in su; operatori delle ulss;
7. Aumentare/riqualificare il tempo dedicato all'attività motoria all'interno del curriculum scolastico
8. Realizzare un intervento di comunità per la promozione dell'attività fisica (sviluppo di ambienti urbani idonei – percorsi pedonali e piste ciclabili; promozione di un clima che supporti l'attività fisica; promozione dell'uso delle scale; organizzazione di eventi sportivi)

4. Estremi e riferimenti dei referenti regionali del progetto:

Dott. Piero Vio	U.P. Sanità animale e igiene alimentare, <u>Direttore Scientifico Piano Triennale Sicurezza Alimentare (PTSA)</u> , Responsabile Comitato Guida PTSA 2005-07
Dott. Antonio Ferro	Servizio Sanità Pubblica e Screening – Direzione Regionale per la Prevenzione, Dorsoduro, 3493 Venezia

5. Piano operativo:

5.1 Consolidare un sistema di sorveglianza finalizzato a definire prevalenza di sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica su gruppi target della popolazione in età evolutiva.

DESTINATARI INTERVENTO: popolazione in età evolutiva

AMBITO TERRITORIALE: regione Veneto

COLLABORAZIONI:

- Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione Aziende ULSS del Veneto
- **Servizi Igiene e Sanità Pubblica Aziende ULSS del Veneto**
- Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare Regione del Veneto
- Direzione per la Prevenzione Regione del Veneto
- Università degli Studi di Padova - Facoltà di medicina (Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica) - Scuola di specialità in scienza dell'alimentazione
- Università degli Studi di Verona (Facoltà di medicina - Pediatria)
- Servizio di Epidemiologia Regionale del Veneto (SER)
- Pediatri di Libera Scelta,
- Centro Servizi Amministrativi (Scuola),
- Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute.
- I servizi di medicina sportiva e i servizi di educazione alla salute delle Az.ULSS
- Osservatorio regionale dell'area pediatrica della Clinica pediatrica di Padova
- ufficio europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

METODOLOGIA D'INTERVENTO

Realizzazione di un sistema di sorveglianza regionale su sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica della popolazione in età infantile, finalizzato a monitorare gli andamenti temporali e le differenze territoriali e a stabilire obiettivi realistici degli interventi preventivi e verificarne gli impatti.

A tale scopo si prevede la creazione di un Team di lavoro che dovrà progettare la fattibilità del consolidamento organizzativo della rete di sorveglianza nutrizionale avviata a livello regionale, con lo studio di rilevazione dello Stato nutrizionale della popolazione infantile svolto dai SIAN nel 2004 (documento disponibile), innovandola secondo la strategia del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07.

Al fine di condividere azioni e progettualità risulta indispensabile che nel Team di lavoro vi siano i referenti per:

- Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione Aziende ULSS del Veneto,
- Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare - Regione del Veneto.
- Università degli Studi di Padova - Facoltà di medicina (Dipartimento di Sanità Pubblica) - Facoltà di psicologia.

- Università degli Studi di Verona (Facoltà di medicina) Pediatria ,
- Servizio di Epidemiologia Regionale del Veneto (SER)
- Pediatri di Libera Scelta,
- Centro Servizi Amministrativi (Scuola),
- Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute.
- I servizi di medicina sportiva e i servizi di educazione alla salute delle Az.ULSS
- Osservatorio regionale dell'area pediatrica della Clinica pediatrica di Padova
- Ufficio europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
- Direzione per la Prevenzione - Regione del Veneto

La progettazione partirà dall'analisi dell'esperienza dello studio di rilevazione dello Stato nutrizionale della popolazione infantile condotto dai SIAN nel 2004 e di altre esperienze svolte su scala regionale prevedendo:

- l'integrazione sperimentale del sistema di sorveglianza nutrizionale di cui allo studio multicentrico del Veneto, con la ricerca transnazionale "Health Behaviour in School-aged Children" HBSC, realizzata dalla Regione Veneto in collaborazione con l'ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'integrazione degli studi consentirà di collegare i dati oggettivi sulla prevalenza di sovrappeso ed obesità con i comportamenti legati alla salute dei giovani in età scolare ed indagare i fattori che li possono influenzare, individuando inoltre una serie di indicazioni scientificamente fondate che potranno costituire uno dei criteri su cui strutturare le politiche sociali e sanitarie a favore dei giovani adolescenti. Detta sperimentazione è stata svolta anche nella Regione Piemonte col progetto PNP (Progetto Nutrizione Piemonte), con l'obiettivo di valutare stili alimentari e diffusione di sovrappeso e obesità;
- la valutazione della fattibilità e la realizzazione sperimentale della rete regionale di sorveglianza nutrizionale finalizzata alla raccolta di dati primari e all'elaborazione di un protocollo operativo che stabilisce:
 - a. lo sviluppo dell'integrazione del sistema informativo regionale con quello nazionale;
 - b. i flussi informativi
 - c. la metodologia della ricerca
 - d. il programma regionale di rilevazioni riferite a fasce d'età per un periodo almeno di sei anni
 - e. Avvio della rete di Sorveglianza sul territorio (anno 2007)

Descrizione attività	Indicatori di attività	Risultati attesi
Realizzazione Team di studio multidisciplinare	Individuazione soggetti referenti e avvio del team	Stesura di un documento d'intesa
Realizzazione studio di fattibilità	Stesura project work e protocollo operativo	Condivisione a livello territoriale (SIAN) e regionale (Comitato Guida)
Avvio della rete di Sorveglianza sul territorio	N° SIAN che aderiscono alla sorveglianza/N° SIAN totali	100%

5.2 Favorire nelle scuole la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette con interventi nella produzione alimentare e nella ristorazione collettiva.

DESTINATARI DELL'INTERVENTO: età evolutiva, alunni delle scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di I grado e utenti asili nido, fruitori del servizio di ristorazione scolastica, loro famiglie e

insegnanti, Amministrazioni Comunali e/o Enti Locali (Cittadini Competenti), Ditte di Ristorazione Scolastica.

AMBITO TERRITORIALE: regione Veneto

COLLABORAZIONI:

- Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione Aziende ULSS del Veneto
- Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare Regione del Veneto.
- Direzione per la Prevenzione Regione del Veneto
- Direzione Servizi Sociali Regione del Veneto
- ITZS
- Direzione e promozione agroalimentare Regione del Veneto
- Centro Servizi Amministrativi (Scuola),
- Asili nido, Scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado,
- IPSSAR Istituti Professionali di Stato per i servizi alberghieri e della ristorazione
- Amministrazioni Comunali e/o Enti Locali (Cittadini Competenti),
- Ditte di Ristorazione Scolastica
- Ditte distribuzione automatica di alimenti
- Pediatri di Libera scelta,
- Enti Regionali di Formazione
- Associazioni di consumatori
- Altre Associazioni Scientifiche e di categoria

METODOLOGIA:

Favorire la disponibilità di scelte alimentari corrette ed assicurare livelli di eccellenza della qualità nutrizionale della ristorazione scolastica e degli asili nido, proseguendo le azioni svolte dai SIAN delle Aziende ULSS del Veneto col precedente PTSA (2002-04) attraverso interventi multilivello e sostenendo localmente reti di alleanze con la scuola e le comunità:

- Diffusione e verifica dell'applicazione delle linee guida regionali in materia di miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica (allegato 5), per quanto attiene i capitolati d'appalto e le scelte dei menù;
- redazione di specifiche procedure per la validazione dei menù e per la gestione delle diete speciali nelle scuole;
- formazione dei cittadini competenti e personale addetto alla ristorazione scolastica;
- eliminazione di spuntini e bevande caloriche dai distributori automatici, e distribuzione di spuntini a base di frutta e verdura fresche;
- attivazione di un progetto sperimentale di marketing sociale sulla distribuzione automatica di alimenti e promozione della salute.

5.3 Sviluppare, per i bambini, attività educative su nutrizione, educazione al gusto ed attività fisica, come parti integranti di programmi di educazione alla salute, tendenti anche a migliorare la capacità dei giovani a individuare le pressioni sociali, incluse quelle pubblicitarie

DESTINATARI DELL'INTERVENTO: età evolutiva, alunni delle scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di I grado e utenti asili nido, fruitori del servizio di ristorazione scolastica, loro famiglie e insegnanti, Amministrazioni Comunali e/o Enti Locali (Cittadini Competenti), Ditte di Ristorazione Scolastica.

AMBITO TERRITORIALE: regione Veneto

COLLABORAZIONI:

- Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione Aziende ULSS del Veneto
- Servizi Igiene e Sanità pubblica Aziende ULSS del Veneto
- Servizi Educazione alla Salute Aziende ULSS del Veneto

- Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare Regione del Veneto.
- Direzione per la Prevenzione Regione del Veneto
- Direzione Servizi Sociali Regione del Veneto
- Direzione e promozione agroalimentare Regione del Veneto
- Centro Servizi Amministrativi (Scuola),
- Asili nido, Scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado,
- IPSSAR Istituti Professionali di Stato per i servizi alberghieri e della ristorazione
- Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute,
- Pediatri di Libera scelta,
- Enti Regionali di Formazione
- Associazioni di consumatori
- Altre Associazioni Scientifiche e di categoria
- Amministrazioni Comunali e/o Enti Locali (Cittadini Competenti),
- Ditte di Ristorazione Scolastica.

METODOLOGIA D'INTERVENTO:

Sviluppare per i bambini e utenti del servizio di ristorazione scolastica e le famiglie attività educative riguardanti nutrizione, educazione al gusto ed attività fisica, finalizzate alla prevenzione di sovrappeso ed obesità attraverso interventi mirati e multilivello, sostenendo la promozione di corrette abitudini alimentari e dell'attività motoria, privilegiando:

- gli approcci multisettoriali nella realizzazione di iniziative di educazione al gusto, di educazione nutrizionale, con approccio esperienziale, con laboratori sensoriali e percorsi di conoscenza delle filiere dei prodotti alimentari, in continuità col precedente PTSA (2002-04) sostenendo localmente reti di alleanze con la scuola e le comunità,
- la prosecuzione e l'innovazione degli interventi educativi attuati nelle scuole, in continuità col precedente PTSA (2002-04), con valutazione di ricaduta delle attività svolte dalle scuole che hanno partecipato ai "Progetti integrati di educazione alimentare".
- l'integrazione con le azioni regionali sulla ristorazione scolastica e sulla promozione dell'attività motoria,
- le azioni che contrastano i fattori di rischio correlati a disuguaglianze sociali, favorendo a livello anche di singole ULSS iniziative quali il "last minute market", o iniziative di promozione commerciale di prodotti ortofrutticoli di stagione a basso costo (Mercati ortofrutticoli).

5.4 Favorire la creazione presso le Az. ULSS di staff operativi che garantiscano una specifica consulenza di tipo preventivo (dietetico-nutrizionale e sull'attività fisica) a fasce di popolazione in particolari situazioni fisiologiche e/o a rischio.

DESTINATARI DELL'INTERVENTO: popolazione in particolari situazioni fisiologiche e/o a rischio, che accede agli ambulatori-consultori nutrizionali dei SIAN.

AMBITO TERRITORIALE: Alcuni SIAN pilota di Aziende ULSS del Veneto

COLLABORAZIONI:

- Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione Aziende ULSS del Veneto
- Servizi Igiene e Sanità Pubblica Aziende ULSS del Veneto
- Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene Alimentare - Regione del Veneto.
- Direzione per la Prevenzione - Regione del Veneto
- Medici di Medicina Generale
- Pediatri di Libera scelta,
- Altre Associazioni Scientifiche e di categoria
- Servizi di dietetica
- Servizi centri antidiabetici

METODOLOGIA:

Sviluppo della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi di consulenza dietetico-nutrizionale e sull'attività fisica nei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione, rivolti a persone, e/o a gruppi di persone, a rischio promuovendo la formazione alla motivazione al cambiamento verso stili di vita sani e la valutazione degli interventi motivazionali per le persone e per la comunità (promozione dell'autoefficacia e l'empowerment).

L'obiettivo si ispira alle strategie del Piano Nazionale della prevenzione 2005/2007 – Sorveglianza e prevenzione dell'obesità- cioè:

- sviluppare a livello regionale e locale interventi per migliorare la nutrizione e promuovere l'attività fisica nella popolazione;
- sostenere presso i soggetti in sovrappeso ed in età critica, in particolare le donne dai 50 anni in su, lo svolgimento ed il mantenimento di un'adeguata attività motoria;
- sviluppare per la comunità campagne di informazione nutrizionale.
- formazione SIAN delle Aziende ULSS alla metodologia del "Colloquio motivazionale"
- elaborazione di strumenti volti a valutare le motivazioni al cambiamento verso stili di vita sani nelle persone e nella comunità:
elaborazione di due strumenti, uno volto a valutare le motivazioni al cambiamento verso un'alimentazione più sana in persone in sovrappeso; l'altro volto a valutare le motivazioni al cambiamento verso uno stile di vita più attivo. Gli strumenti, *pre e post intervento*, si svilupperanno da quelli in corso di sperimentazione presso il SIAN della ULSS n° 6 "Vicenza"

5.5 Riduzione del sovrappeso e obesità come fattore di rischio postinfarto e/o pregresso ictus in soggetti diabetici e non diabetici (intervento di prevenzione secondaria)

DESTINATARI DELL'INTERVENTO: Soggetti con pregresso infarto od ictus (diabetici.e non diabetici)

AMBITO TERRITORIALE: regione Veneto, in particolare, le Aziende ULSS (UO di Dietetica e Nutrizione Clinica, oppure Sezioni di Dietetica e Nutrizione Clinica, oppure Team Nutrizionali).

COLLABORAZIONI:

- Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione clinica (ADI)
- Operatori professionali Ruolo: Dietisti
- SIAN
- Servizi Igiene e Sanità Pubblica Aziende ULSS del Veneto
- Società di Cardiologia
- Società di Neurologia
- Società di diabetologia
- Università
- Istituzioni nazionali
- Enti e Amministratori locali
- Servizi sanitari e sociali
- Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta
- Specialisti ambulatoriali: cardiologi
- CONI ed altri club sportivi
- Associazione di pazienti (Amici del cuore)
- Soggetti privati
- Servizi di dietetica
- Servizi centri antidiabetici

METODOLOGIA:

Riduzione del sovrappeso e obesità come fattore di rischio postinfarto (Intervento di prevenzione secondaria) attraverso un piano terapeutico dietologico adeguato alle esigenze cliniche del paziente ed educazione alimentare e motoria rivolta a pazienti che hanno già avuto accidenti cardio- o cerebrovascolari adeguata alla loro situazione clinica, mediante:

- presa in carico dei soggetti presso cardiologie e U.T.I.C. e Centri Ictus
- analisi dello stile di vita e di alimentazione
- valutazione dello stato nutrizionale e dei livelli di AF praticata nella vita quotidiana
- Valutazione del Rischio CV
- preparazione di un protocollo che consenta di formulare un piano terapeutico (farmacologico, dietologico e motorio) adeguato alle esigenze cliniche del singolo paziente
- programmi di rieducazione su alimentazione, attività fisica e fumo (6 visite di controllo) con monitoraggio alimentare e motorio e rinforzo motivazionale.
- valutazione degli indicatori di rischio prima e dopo l'intervento
- fornitura manualistica.

Educazione del coniuge e dei conviventi ad attuare per il paziente e per sé un sano ed adeguato regime alimentare nell'ambito più generale di un sano stile di vita (alimentazione, attività fisica, fumo).

5.6 Promozione dell'Attività Fisica

DESTINATARI DELL'INTERVENTO

L'intervento è destinato a tutta la collettività, privilegiando interventi specifici rivolti a:

- Soggetti in sovrappeso/obesi
- Bambini/adolescenti + insegnanti e genitori
- Donne afferenti alla rete per lo screening dei tumori dell'utero e della mammella
- Donne in gravidanza/puerperio
- Diabetici, anziani con malattie cronico-degenerative
- Operatori delle Az.ULSS

AMBITO TERRITORIALE:

Tutte le Az.ULSS del Veneto, tenendo conto del fatto che per quanto riguarda la promozione dell'AF nel piano triennale 2002/4 sono già state coinvolte 21 ULSS su 21, anche se con diverso grado di impegno (in 12 sono stati finanziati nuovi progetti, 15 hanno partecipato alla campagna di promozione dell'uso delle scale, tutte sono state coinvolte nella formazione degli operatori).

Eventuali progetti guida saranno sperimentati in tre Az.ULSS pilota.

COLLABORAZIONI:

- Dipartimenti di Prevenzione: SIAN, SISP
- Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
- Specialisti territoriali
- Distretti
- Strutture residenziali
- Servizi sociali ULSS
- Settore personale e settore formazione ulss
- Centri anti diabetici
- Consultori
- Comuni (settore sociale e politiche giovanili, ecologia, urbanistica, traffico, uffici tecnici...)
- Associazioni anziani
- Associazioni di pazienti (diabetici, cardiopatici ecc.)
- Associazioni ecologiste
- Scuole
- Genitori (attraverso le scuole)
- Mass media

- Servizi di medicina sportiva
- Servizi di educazione alla salute delle Az.ULSS

METODOLOGIA:

Sul territorio regionale sono state sviluppate attività, sia all'interno dei Piani triennali che dell'attività dipartimentale, volte alla lotta alla sedentarietà: ad esempio nell'Az.ULSS n.20, le attività principali del progetto hanno riguardato la promozione dell'attività motoria negli anziani e nei diabetici, la costituzione di gruppi di cammino di quartiere, la formazione degli operatori sanitari dei SISP e degli insegnanti di educazione fisica, la collaborazione con le istituzioni sanitarie e con i principali stakeholders (associazioni di pazienti, volontariato, gruppi ambientalisti ecc.), la collaborazione con i comuni (strumenti urbanistici, modifica delle barriere ambientali all'attività fisica).

Finora l'intervento ha coinvolto principalmente la fascia di popolazione di età avanzata e i diabetici, ma l'intervento educativo e promozionale dovrà, a questo punto, essere esteso ad altre fasce "critiche" di popolazione, in particolare ai gruppi target sopra elencati.

Il seguente elenco delinea schematicamente le attività di promozione dell'AF da realizzare nel triennio 2005/7, espandendo e completando quelle già in corso nell'ambito del piano triennale SISP (v. Allegato 6), e andrà integrato con quello degli interventi sull'alimentazione (v. Allegati 1-5).

1. realizzazione di un sistema di monitoraggio della sedentarietà
 - in collaborazione con i SIAN
 - bilanci di salute – pediatri
 - flussi informativi regionali ADI e RSA
 - definizione dei sistemi di tutela nell'ambito dell'AF (certificazione/sorveglianza)
2. scuole elementari/medie
 - promozione dell'attività fisica (insegnanti, ragazzi, genitori) – integrata con il progetto di educazione alimentare
 - integrazione con progetto regionale "Piùsport@scuola"
 - pedibus: percorso casa-scuola a piedi*
 - percorso casa-scuola in bicicletta*

* integrazione con Amministrazioni Comunali per la sistemazione dei percorsi pedonali e ciclabili

3. famiglia (in collegamento con la scuola)
promozione di stili di vita sani a scuola e in famiglia (genitori-figli) relativamente a:
 - attività fisica
 - televisione
 - videogiochi
4. gravidanza-puerperio (in collaborazione con i SIAN), promozione di stili di vita sani da parte di ostetriche nei corsi di preparazione al parto:
 - allattamento
 - alimentazione
 - attività fisica
5. adulti in sovrappeso e in età critica
 - messa a punto di un sistema di raccolta dati
 - formazione di medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali (coinvolgimento della rete di formatori interni al gruppo)
 - formazione ASV
 - campagna di promozione nei dipendenti Az.ULSS
 - realizzazione di materiali informativi
 - formazione insegnanti educazione fisica

6. donne in età critica
promozione dell'attività fisica nelle donne che afferiscono allo screening per tumore mammario e uterino
promozione dell'attività fisica nelle donne che frequentano i corsi di preparazione al parto (v. sopra gravidanza e puerperio)

7. intervento di comunità

- advocacy
- interventi urbanistici (percorsi pedonali e piste ciclabili, aree verdi, percorsi casa-scuola e casa-campo giochi sicuri)
- altri progetti di promozione del cammino:
 - gruppi di cammino di quartiere
 - adozione di cani
- collaborazione con settore Pubblica Istruzione dei comuni
- partecipazione a progetti per lo sviluppo sostenibile: Città Sane e Agenda 21

5.7 Aumentare/riqualificare il tempo dedicato all'attività motoria all'interno del curriculum scolastico

L'intervento dovrà essere sviluppato mediante la modifica delle normative regionali.

5.8 Intervento di comunità per la promozione dell'attività fisica

DESTINATARI DELL'INTERVENTO

L'intervento è destinato a tutta la collettività, privilegiando interventi specifici rivolti ai gruppi target specificati al punto 5.6

AMBITO TERRITORIALE

Tutte le Az.ULSS del Veneto, tenendo conto del fatto che per quanto riguarda la promozione dell'AF nel piano triennale 2002/4 sono già state coinvolte 21 ULSS su 21.

COLLABORAZIONI

- Dipartimenti di Prevenzione: SIAN, SISP
- Mass media
- Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
- Distretti
- Strutture residenziali
- Servizi sociali ULSS
- Centri anti diabetici
- Comuni (settore sociale e politiche giovanili, ecologia, urbanistica, traffico, uffici tecnici...)
- Associazioni anziani
- Associazioni di pazienti (diabetici, cardiopatici ecc.)
- Associazioni ecologiste
- Scuole
- Genitori (attraverso le scuole)
- Servizi di educazione alla salute delle Az.ULSS

METODOLOGIA

- advocacy e promozione di un "clima culturale" che supporti l'attività fisica
- interventi urbanistici (sviluppo di ambienti urbani idonei: percorsi pedonali e piste ciclabili, aree verdi, percorsi casa-scuola e casa-campo giochi sicuri)
- promozione del cammino: gruppi di cammino di quartiere, gruppi di cammino nei centri anziani, adozione di cani

- collaborazione con settore Pubblica Istruzione dei comuni
- partecipazione a progetti per lo sviluppo sostenibile: Città Sane e Agenda 21
- promozione dell'uso delle scale

6. Monitoraggio

Sia gli indicatori di processo che quelli di efficacia saranno definiti nel corso della progettualità, essendo essi stessi compresi negli obiettivi specifici del progetto (Obiettivo n. 1: Consolidare il sistema di sorveglianza regionale su sovrappeso e obesità, patterni nutrizionali e attività fisica). Verranno pesate le diverse informazioni in modo da trarre evidenze che non rispondono solo a bisogni strettamente tecnici o biomedici, ma anche a tutte le istanze sociali collegate agli interventi di comunità, al fine di valutarne l' *effectiveness*, ossia la capacità del programma, di essere efficace nel contesto in cui è stato calato.

Modalità acquisizione dei dati per la costruzione degli indicatori e valutazione del progetto

Invio e raccolta semestrale o annuale dati dalla rete SIAN delle singole ULSS tramite apposite griglie ai Soggetti responsabili delle schede tematiche dell'area Nutrizione 2 del Piano triennale sicurezza alimentare 2005-07; loro inoltro al Responsabile Area Tematica 2 e successiva trasmissione al Comitato Guida PTSA Regione Veneto:

Valutazione progetto Comitato Guida PTSA Regione Veneto, CCM

7 Definizione modalità coordinamento del progetto presso la Regione

Il progetto regionale prevede due aree di attività (alimentazione e attività fisica) con uno sviluppo indipendente ma strettamente coordinato mediante un tavolo comune tra rappresentanti del Comitato Guida del Piano triennale Sicurezza Alimentare e Comitato Guida del Piano Triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica. I Dirigenti Regionali di riferimento sono rispettivamente il dott. Piero Vio e il dott. Antonio Ferro.

Il **coordinamento tecnico-scientifico**, viene realizzato dai Comitati Guida dei rispettivi Piani Triennali e si avvale di **team operativi locali** per l'attuazione locale delle attività individuate. Sono, inoltre, previsti **gruppi di lavoro specifici** per ogni obiettivo del presente programma.

Altri contributi necessari allo sviluppo del programma saranno possibili con incarico specifico (Università, Associazioni di Volontariato, clinici, nutrizionisti, ecc.) Il **team locale** potrà avere un adattamento nella composizione sulla base delle peculiarità di ogni singola Az. ULSS e relativo Dipartimento di Prevenzione.

8. Cronogramma

Tempi per la realizzazione

Il cronogramma di lavoro può essere riassunto nei seguenti punti:

1. Decreto regionale di formalizzazione del coordinamento tecnico scientifico (mese 0-1);
2. scelta delle Az. ULSS pilota (mesi 1-4);
3. istituzione dei gruppi di lavoro specifici (mesi 1-4)
4. riunioni con i rappresentanti di tutti gli stakeholder per la condivisione del programma di dettaglio (mesi 1-12);
5. contemporanea contrattazione di categoria per inserimento nei gruppi di lavoro e accordo attività previste (mesi 3-12);
6. analisi epidemiologica, progettazione interventi di mkt sociale, strategie di prevenzione primaria e definizione linee guida e protocolli operativi (mesi 3-36);
7. formazione operatori ULSS (mesi 3-36);
8. avvio del programma con riunioni per stabilire calendari di attività (ULSS capofila) (mesi 6-12);
9. avvio delle azioni (mesi 3-36);
10. verifica attività al 6° mese e poi ad intervalli regolari di 12 mesi;
11. miglioramenti organizzativi e di performance sulla base della verifica e monitoraggio dell'attività a 6 mesi dall'avvio del programma (tempi da stabilire).

9. Bibliografia

1. Mokdad AH, Serdula MK, Dietz WH et al. The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998. *JAMA* 1999;282:1519-1522.
2. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *New Engl J Med* 1999;341:1097-1105.
3. Aronne LJ 2001. Epidemiology, morbidity and treatment of overweight and obesity. *J Clin Psychiatry* 62 (suppl 23), 13-22.
4. Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2003. Istat n.25, 2005.
5. Lo sport che cambia. Istat, Argomenti n.29, 2005
6. I.O.T.F. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity reviews* 2004;5, Suppl.1:1-104.
7. Yusuf S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, Published online September 3, 2004
8. G. Schlierf, L. Arab, B. Schellenberg, et al. Salt and hypertension: data from the "Heidelberg 2 - *Am. J. Clin. Nutr.* 33: 872-875, 1980.
9. Gould K, Ornish D, Scherwitz L, Brown S, Edens RP, Hess MJ, Mullani N, Bolomey L, Dobbs F, Armstrong WT, Merritt T, Ports T, Sparler S, Billings J: Changes in myocardial perfusion abnormalities by positron emission tomography after long-term, intense risk factor modification. *JAMA* 1995;274:894-901.
10. [Gould KL](#), [Ornish D](#), [Kirkeeide R](#), et al., - Improved stenosis geometry by quantitative coronary arteriography after vigorous risk factor modification.- [Am J Cardiol.](#) 1992 Apr. 1;69(9):845-53
11. Istituzione della rete interospedaliera per il trattamento dei pazienti affetti da infarto miocardico acuto nell'ambito di una strategia terapeutica integrata (fibrinolisi ed angioplastica) a cura della commissione tecnica per la gestione in urgenza dell'infarto miocardico acuto (IMA). Coordinatore: Dr. Daniele Frezza, CREU – Direzione dei Servizi Sanitari della Regione Veneto. Allegato alla dgr n. 4299 del 29 DIC. 2004
12. Gnesotto R e Forni S - La mortalità e le sue cause nel Veneto –*Bollettino Epidemiologico Regionale* n. 0 - Novembre 2000
13. Fondazione Corazzin. I giovani e lo sport nel Veneto. 2002
14. DGR Veneto n. 345 – 11.2.05. Linee di indirizzo regionali in materia di medicina dello sport
15. Zoppini G et al. Afferenza ai servizi di diabetologia e mortalità per tutte le cause in diabetici di tipo 2 trattati con ipoglicemizzanti orali. IV Congresso interassociativo della Società Italiana di Diabetologia dell'Alto Adige, Trentino e Veneto, Mestre, 26.11.2004
16. Gombacci. Trieste donna: un progetto per la donna con la donna. Convegno nazionale "La promozione dell'attività fisica nelle diverse età della vita", Bologna, ottobre 2004
17. Comunicato OMS 11 novembre 2004
18. Health promotion in the workplace. In J Naidoo, J. Wills. *Health promotion. Foundations for practice.*
19. Regione Veneto. Statistiche 2004. <http://www.regione.veneto.it/Temi+Istituzionali/ Statistica/ Pubblicazioni/Sfoggia+il+Veneto+2004.htm>
20. Dati Ministero Sanità. <http://www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=usl>
21. Regione Veneto. VIII censimento dell'industria e dei servizi. 2004. <http://www.regione.veneto.it/Temi+Istituzionali/Statistica/Pubblicazioni/Statistiche+Flash.htm>
22. Groundbreaking study links physical activity with lower costs. *Disease Management Advisor*, April 2004
23. De Feo P. Comunicazione presentata al XXXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Endocrinologia, giugno 2005.
24. 12. Ministero della Salute. Relazione sullo stato sanitario del paese. 2001/2002

25. Burton WN et al. The role of health risk factors and disease on worker productivity. J Occupational Environmental Medicine 1999 ;41 :863
26. Edington DW et al. The financial impact of changes in personal health practices. J Occupational Environmental Medicine 1997 ;39:1037
27. Gold DB et al. Impact of a telephone-based intervention on the reduction of health risks. Am J Health Promotion 2000 nov-dec: 97
28. Takano T. Urban residential environment and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. Journal of Epidemiology and Community Health, December 2002
29. Giles-Corti B et al. The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. Social Science and Medicine, 2002;54:1793
30. Wing RR et al. Behavioral science research in diabetes. Diabetes Care, 2001;24:117
31. Atti convegno "Verona città in forma", Verona 15.5.05 (in press)
32. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet. 2002 Aug 10;360(9331):473-82
33. Ministero della salute. Relazione sullo stato sanitario del paese 2001-2002
34. S.Z. Yanovzski et al. Obesity. The New England Journal of Medicine, February 21, 2002.
35. Sandvik Leiv et al. Physical fitness as a predictor of mortality among healthy, middle-aged Norwegian men. N Engl J Med, 1993;328:533
36. Hu FB et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. N Engl J Med 2001;345:790
37. Clinical Evidence, edizione italiana n.1, 2001: Prevenzione primaria, pag 48-74.
38. Eurodiet - Nutrition & Diet for Healthy Lifestyles in Europe Science & Policy Implications (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf)
39. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, (WHO Technical Report Series 916 Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation
40. The management of obesity and overweight An analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches Evidence briefing 1st Edition, October 2003 Caroline Mulvihill and Robert Quigley NHS Health Development Agency
41. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002.
42. Conclusioni del Consiglio sull'obesità, l'alimentazione e l'attività fisica (adottate il 3.6.2005). http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20050602_en.pdf
43. LiGIO'99 Linee guida italiane obesità.
44. Dieta, attività fisica e salute - una piattaforma d'azione europea. International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity March 15 2005 Brussels http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/eu_platform_en.pdf
45. Relazione sullo stato dei lavori della Commissione europea nel campo della nutrizione in Europa Ottobre 2002 Commissione europea Direzione generale per la Salute e la tutela dei consumatori
46. Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III).
47. COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES Brussels, 08.12.2005 COM(2005) 637 final GREEN PAPER "Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases"

10. Allegati

1. Piano triennale sicurezza alimentare 2005-07 Regione del Veneto*
2. Progettualità Area Tematica 2 Piano triennale sicurezza alimentare 2005-07*
3. Report "Studio multicentrico per la rilevazione della crescita staturo-ponderale e dello stato nutrizionale della popolazione infantile del Veneto"*

4. "Linee Guida in materia di miglioramento della sicurezza e della qualità nutrizionale della ristorazione scolastica" (Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 3883 del 31.12.2001 e successivo aggiornamento Decreto Regionale n. 517 del 30.12.2003 della Direzione per la Prevenzione)*
5. "Riduzione del sovrappeso ed obesità come fattori di rischio postinfarto e/o dopo pregresso ictus in soggetti diabetici e non diabetici" Progetto ADI *
6. Progettazione in area AF**

***Documenti prodotti ed attualmente disponibili c/o Comitato Guida**

****Documentazione disponibile presso la Direzione della prevenzione**

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEI SOGGETTI CHE HANNO GIÀ AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI

Responsabile scientifico:

Dott. Massimo Valsecchi

Direttore, Dipartimento di Prevenzione ULSS 20, Verona

Referente progetto "Promozione dell'attività fisica", Piano triennale SISP 2005-7

Tel 045.8075924 - email massimo.valsecchi@ulss20.verona.it

Dimensioni del problema

Le malattie cardiovascolari sono al I posto tra le cause di morte in Italia, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi oltre che di una rilevante quota di invalidità permanente; in particolare la cardiopatia ischemica è responsabile del 28% di tutte le morti. Il 23.5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1.34% del prodotto interno lordo) è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare.¹

Nel Veneto² le malattie cardiocircolatorie rappresentavano nel 1996 la I causa di morte negli anziani e la II negli adulti (25-64 anni); la cardiopatia ischemica era responsabile di un decesso su 6 per i maschi e uno su 7 per le femmine; oltre i 65 anni sono stati rilevati 2604 decessi nei maschi e 2689 nelle donne per cardiopatia ischemica.

Per quanto riguarda i fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, in Veneto secondo i dati del Progetto Cuore³ il 33% degli uomini e il 28% delle donne è affetto da ipertensione (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico) e rispettivamente il 23% e il 15% è in una condizione a rischio (pressione sistolica fra 140 e 159 mmHg, diastolica fra 90 e 95 mmHg); il 22% degli uomini e il 18% delle donne ha una ipercolesterolemia (valore superiore a 240 mg/dl) e rispettivamente il 33% e il 34% è in una condizione di rischio (valore compreso fra 200 e 239 mg/dl); il 16% degli uomini e il 17% delle donne è affetto da obesità; infine, il 6% degli uomini e il 7% delle donne è affetto da diabete (glicemia superiore a 126 mg/dl) e rispettivamente il 9% e il 3% da pre-diabete (glicemia compresa fra 110 e 125 mg/dl).

Per quanto riguarda la sedentarietà solo il 22% della popolazione veneta (circa 1.000.000 di persone) pratica regolarmente una qualche forma di AF,⁴ e nel 2001 il 28% risultava totalmente sedentario⁵ mentre fra i giovani il 37.6% nel 2002 non praticava alcuno sport;⁶ i fumatori in Veneto sono risultati il 21,1% della popolazione di 14 anni o più.⁷

Piano operativo

1. Linee generali

Il progetto di prevenzione delle recidive cardiovascolari riguarda i soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica. In questi casi le società scientifiche raccomandano un adeguato intervento di riabilitazione cardiovascolare, che oltre a influenzare in maniera

determinante la qualità di vita consente in molti casi di ritardare o impedire l'occorrenza di un secondo episodio con una riduzione di oltre il 25% della mortalità.^{8,9}

Ciononostante, è stato documentato che gli interventi efficaci sono sottoutilizzati nella prevenzione secondaria post infarto acuto del miocardio, coinvolgendo meno del 20% dei pazienti infartuati, e persino la sola prevenzione secondaria basata sul trattamento farmacologico risulta gravemente carente.⁸ Ad esempio, in un importante survey multicentrico (che ha coinvolto 9 nazioni europee compresa l'Italia) su oltre 3000 pazienti ricoverati in seguito ad un evento coronarico la prevalenza di alcuni dei principali fattori di rischio, a distanza di 6 mesi, risultava aumentata (obesità), immutata (ipertensione, fumo di sigaretta) o insufficientemente ridotta (colesterolo plasmatico).⁹

La maggior parte dei programmi riabilitativi (comprendenti programmi strutturati di esercizio fisico, interventi educativi sulla modifica dello stile di vita, supporto psicologico e trattamento farmacologico dei fattori di rischio) è stata realizzata in ambiente ospedaliero, anche se di recente viene sottolineata sempre più l'importanza di un ruolo maggiore del territorio e di una adeguata integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera,¹⁰ anche allo scopo di renderla più accessibile alle fasce di popolazione socialmente svantaggiate.¹¹

Le aree di maggior interesse terapeutico e preventivo nel post-infarto sono rappresentate, oltre che dalla terapia chirurgica coronarica e dal trattamento farmacologico successivo (con anti aggreganti piastrinici, ACE inibitori, statine, beta bloccanti eccetera), dalla riabilitazione e dagli interventi sullo stile di vita.¹² Mentre nella fase acuta i pazienti hanno bisogno di una presa in carico in un contesto assistenziale ospedaliero ad alta densità tecnologica, successivamente rivestono importanza crescente la riabilitazione, il supporto psicologico, la presa in carico da parte del medico di famiglia, gli interventi di tipo comportamentale per la modifica dello stile di vita (riguardanti alimentazione, attività fisica, fumo eccetera), il coinvolgimento dei familiari e della rete sociale del paziente, la qualità della consulenza specialistica e l'integrazione fra quest'ultima e l'assistenza di base. Altre aree di importanza cruciale per la prevenzione secondaria sono la messa a punto di sistemi di raccolta dati per il follow-up dei pazienti e il monitoraggio epidemiologico, la definizione di linee guida standardizzate per gli interventi preventivi e l'implementazione di modelli preventivi e assistenziali di provata efficacia nell'ambito delle cure primarie.⁸

Per quanto riguarda in particolare la prevenzione, un tempo le raccomandazioni erano sostanzialmente focalizzate sul trattamento dei singoli fattori di rischio (in particolare PA e colesterolo). Successivamente, gli studi epidemiologici hanno spostato l'attenzione sul rischio globale e su programmi di prevenzione basati su un intervento integrato sugli stili di vita anziché mirati ai singoli fattori.

E' quindi necessario realizzare una progettualità unitaria, con riorganizzazione delle varie attività correlate alla prevenzione delle patologie cardiovascolari già considerate nella pianificazione triennale dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto; in particolar modo vanno ricondotte in tale contesto la promozione dell'attività fisica, la prevenzione del tabagismo e la promozione di una alimentazione sana.

Appare di conseguenza indispensabile implementare un intervento integrato che tenga conto di queste considerazioni oltre che dei diversi attori in gioco nelle campagne preventive (dipartimenti di prevenzione, strutture ospedaliere, medici di medicina generale eccetera).

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-7 prevede, per quanto riguarda la prevenzione cardiovascolare, quattro distinti ambiti d'azione:¹³ la prevenzione primaria mediante la diffusione della carta del rischio a gruppi target predefiniti; la prevenzione dell'obesità; la prevenzione attiva delle complicanze del diabete; la prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari. Quest'ultima a sua volta prevede tre aree principali di intervento: la terapia interventistica (chirurgia coronarica); gli interventi sullo stile di vita e di riabilitazione fisica-psicologica; la terapia farmacologica.¹²

Nella Regione Veneto un'interessante esperienza nell'ambito della prevenzione secondaria, in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione, è stata effettuata nell'ULSS 4 "Alto Vicentino", nell'ambito del progetto europeo EuroAction (che ha coinvolto anche Francia, Polonia,

Spagna, Svezia e Inghilterra). Si tratta di un programma multidisciplinare per la riduzione del rischio di recidive cardiovascolari mediante il coinvolgimento di un team formato da infermieri e terapisti della riabilitazione (con la supervisione del cardiologo e dello psicologo) e successivamente, nella fase domiciliare, anche da insegnanti laureati in scienze motorie. In seguito ai risultati ottenuti dal progetto, descritto in dettaglio nell'Allegato 1, è ipotizzabile esportarne il modello e adattarlo anche ad altre ULSS pilota della Regione Veneto.

Il progetto dovrà essere integrato con gli altri progetti già esistenti (per la prevenzione primaria cardiovascolare, dell'obesità e del diabete e per la lotta alla sedentarietà e al tabagismo) e con le azioni preventive a livello di assistenza primaria. Inoltre, per quanto riguarda la riabilitazione motoria, dovrà essere potenziato, dopo una fase di esercizio in palestra (sotto la guida di un fisioterapista e successivamente di un laureato in Scienze Motorie), l'incremento dell'attività fisica autogestita ed inserita nelle normali abitudini quotidiane.

2. Obiettivo generale

Ridurre la mortalità e la morbosità per recidive e migliorare l'autonomia e la qualità di vita nei soggetti affetti da cardiopatia ischemica.

3. Obiettivi specifici

1 Produrre/implementare linee guida standardizzate per gli interventi di riabilitazione (sia fisica che psicologica) e prevenzione secondaria nei soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica.

2 Favorire nei pazienti ricoverati per episodi di cardiopatia ischemica interventi riabilitativi efficaci e integrati con le successive fasi post-dimissione.

3 Ottimizzare gli interventi di assistenza e prevenzione secondaria dopo la dimissione: reinserimento del paziente a domicilio, implementazione di un follow-up strutturato, prevenzione delle recidive attraverso la modifica dello stile di vita e la terapia farmacologica.

4 Potenziare la formazione degli operatori e la comunicazione/integrazione fra territorio ed ospedale per una gestione ottimale del paziente.

5 Monitorare e valutare gli interventi di cui ai punti precedenti.

4. Destinatari dell'intervento

Soggetti che hanno avuto un ricovero per malattia coronarica, prima e dopo la dimissione dall'ospedale.

5. Ambito territoriale di effettuazione del progetto (Aziende sanitarie in cui verrà realizzato)

Tre aziende ULSS, da individuare successivamente.

6. Collaborazioni

- dipartimenti di prevenzione (SISP, SIAN)
- strutture ospedaliere: reparti di cardiologia, riabilitazione...
- operatori professionali: dietisti, fisioterapisti, laureati in scienze motorie
- medici di medicina generale
- società scientifiche (mmg, cardiologi)
- centri anti diabetici
- assistenza specialistica territoriale (cardiologi; fisiatri)

- sistema epidemiologico regionale
- servizi di educazione e promozione della salute
- eventuali associazioni di pazienti
- volontariato

7. Metodologia di intervento

	Obiettivo specifico	Metodologia
1	Produrre/implementare linee guida standardizzate per gli interventi di riabilitazione (sia fisica che psicologica) e prevenzione secondaria nei soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica.	<p>La produzione e l'implementazione delle linee guida per la prevenzione secondaria delle patologie cardiovascolari procederà secondo le metodologie sviluppate nell'ambito dell'EBM e dell'EBP. Le linee guida dovranno dare indicazioni sulle migliori raccomandazioni disponibili relativamente alla prescrizione farmaceutica e all'intervento preventivo globale (stili di vita ecc.).</p> <p>A questo scopo dovrà essere costituito un comitato di coordinamento tecnico-scientifico che coinvolga: dipartimenti di prevenzione (SISP, SIAN), cardiologi ospedalieri e territoriali, medici di medicina generale, fisiatrici, dietisti e fisioterapisti.</p> <p>Alcuni punti critici da affrontare saranno: l'indicazione di accompagnare la terapia farmacologica con "prescrizioni" relative agli stili di vita sani e/o protettivi; l'integrazione dell'assistenza primaria con il secondo livello; la realizzazione di materiali informativi per i pazienti (riguardanti il rischio di recidive e le indicazioni sulle modifiche dello stile di vita, sulla terapia farmacologica, sulla riabilitazione e sui controlli periodici da eseguire), da utilizzare sia al momento della dimissione che durante il follow-up.</p>
2	Favorire nei pazienti ricoverati in fase post-acuta interventi riabilitativi efficaci e integrati con le successive fasi post-dimissione.	A tale scopo verrà utilizzato il modello operativo messo a punto presso l'ULSS 4 "Alto Vicentino" (v. Allegato 1), adattandolo alle singole realtà delle ULSS pilota e potenziando gli aspetti relativi all'integrazione fra assistenza specialistica e cure primarie.
3	Ottimizzare gli interventi di assistenza e prevenzione secondaria dopo la dimissione: reinserimento a domicilio, inserimento del paziente in un processo di follow-up strutturato, prevenzione delle recidive attraverso la modifica dello stile di vita.	Per i fattori di rischio individuati sarà effettuato, sia da parte del medico di famiglia che in occasione delle visite di controllo cardiologiche, un intervento di counselling individuale personalizzato con discussione dei fattori di rischio specifici individuati mediante la carta del rischio cardiovascolare (in particolare per quanto riguarda fumo, alimentazione, attività motoria) e verrà consegnato materiale informativo esplicativo sulla prevenzione delle recidive.
4	Potenziare la comunicazione e l'integrazione fra territorio ed ospedale e la formazione degli operatori per una gestione ottimale del paziente.	<p>V. "Integrazione fra assistenza territoriale ed ospedaliera"</p> <p>Per quanto riguarda la formazione degli operatori verranno messi a punto specifici interventi formativi con la partecipazione congiunta del personale ospedaliero e territoriale, anche allo scopo di potenziare la comunicazione fra operatori di primo e secondo livello.</p>
5	Monitorare e valutare gli interventi di cui ai punti precedenti	V. "Monitoraggio del progetto"

**Integrazione fra assistenza territoriale ed ospedaliera*

Gli aspetti di implementazione organizzativa di cui all'obiettivo specifico 4 costituiscono un punto fondamentale per la fattibilità e sostenibilità nel tempo del programma. Gli aspetti interessati riguarderanno la formazione del personale sanitario coinvolto (diffusione delle metodologie e di procedure evidence based); il potenziamento della comunicazione ospedale-territorio con la creazione di gruppi di lavoro misti rappresentativi delle équipes assistenziali di primo e secondo livello; l'introduzione nei patti aziendali di specifici pacchetti di attività preventive, diagnostiche e terapeutiche comprensivi di questa attività.

Per quanto riguarda l'attività preventiva del MMG, si farà riferimento al modello delineato nel piano di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari "Prevenzione del diabete e delle cardiovasculopatie nella Regione del Veneto - PREDICAPARVE", che prevede l'implementazione di sessioni dedicate al counselling sul rischio cardiovascolare da parte del medico di medicina generale, con la rilevazione di parametri fisici (peso, pressione, circonferenza addominale, glicemia) e dati sullo stile di vita (fumo, alimentazione, attività fisica).

Monitoraggio del progetto

Nel monitoraggio del progetto verranno pesate le diverse informazioni in modo da trarre evidenze che non rispondano solo a bisogni strettamente tecnici o biomedici, ma anche a tutte le istanze sociali collegate agli interventi di comunità, al fine di valutarne l' *effectiveness*, ossia la capacità del programma di essere efficace nel contesto in cui è calato.

1. Indicatori

Sia gli indicatori di efficacia che gli indicatori di processo saranno definiti nel corso del progetto ad opera di un comitato di coordinamento tecnico-scientifico che coinvolga dipartimenti di prevenzione (SISP, SIAN), cardiologi ospedalieri e territoriali, medici di medicina generale, fisiatri, dietisti e fisioterapisti.

2. Modalità di acquisizione dei dati

Al fine di aumentare le conoscenze epidemiologiche saranno messe in rete le informazioni provenienti dai MMG, dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e dalle schede di morte ISTAT. Il ruolo di coordinamento e analisi epidemiologica sarà svolto dal Sistema Epidemiologico Regionale (SER), in collaborazione con il Servizio Sanità Pubblica della Direzione Regionale per la Prevenzione ed i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. Relazione sullo stato sanitario del paese. 2000
2. Regione del Veneto. Bollettino Epidemiologico Regionale n. 0, novembre 2000
3. www.cuore.iss.it
4. DGR Veneto n. 345 – 11.2.05. Linee di indirizzo regionali in materia di medicina dello sport
5. Ministero della salute. Relazione sullo stato sanitario del paese 2001-2002
6. Fondazione Corazzin. I giovani e lo sport nel Veneto. 2002
7. ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute, 1999-2000
8. Dalal H et al. Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *BMJ* 2004;328:693
9. Euroaspire I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001;357:995
10. Marchionni N et al. Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction : results of a randomized, controlled trial. *Circulation* 2003;107:2201
11. Mayer O et al. Educational level and risk profile of cardiac patients in the EUROASPIRE II substudy. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:47
12. Linee operative per la programmazione regionale nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-7. II parte, ottobre 2005
13. Intesa Stato-Regioni 23.3.05

SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO IN VENETO

1 Introduzione

- 1.1 La sorveglianza dei rischi e dei danni da lavoro in Veneto. I dati
 - 1.1.1 L'andamento degli infortuni
 - 1.1.2 Gli infortuni nei vari settori produttivi.
 - 1.1.3 Gli indici di frequenza e i comparti produttivi.
 - 1.1.4 Le malattie professionali in Veneto.
- 1.2 Sistemi informativi del Veneto per la sorveglianza e la prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro.
 - 1.2.1 Centro di Riferimento Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale (COREO).
 - 1.2.2 Centro di Riferimento Regionale per l'Ergonomia Occupazionale (CRREO).
 - 1.2.3 Sistema informativo "Sbagliando s'impara" per il monitoraggio degli infortuni sul lavoro gravi e mortali.
 - 1.2.4 SpisalNet e il monitoraggio regionale delle attività SPISAL.
 - 1.2.5 Dal monitoraggio sullo stato di attuazione del D.Lgs. 626/94 in Veneto alla valutazione dei SGS per la prevenzione degli infortuni.
- 1.3 La Pianificazione regionale.

2 Il Miglioramento del Sistema Informativo - Attività per il triennio 2005-2007.

- 2.1 COREO – Centro Operativo Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale.
- 2.2 Sistema informativo Linea Infortuni.
- 2.3 Sistema informativo Linea Malattie Professionali.

3 Interventi di prevenzione - Attività per il triennio 2005 – 2007.

- 3.1 Vigilanza
- 3.2 Valutazione dei Sistemi di Gestione Sicurezza Aziendali.
- 3.3 Promozione della Salute - Attività di sostegno alle PMI
- 3.4 Formazione
- 3.5 Comunicazione e Formazione con Tecnologie Internet based.

Introduzione

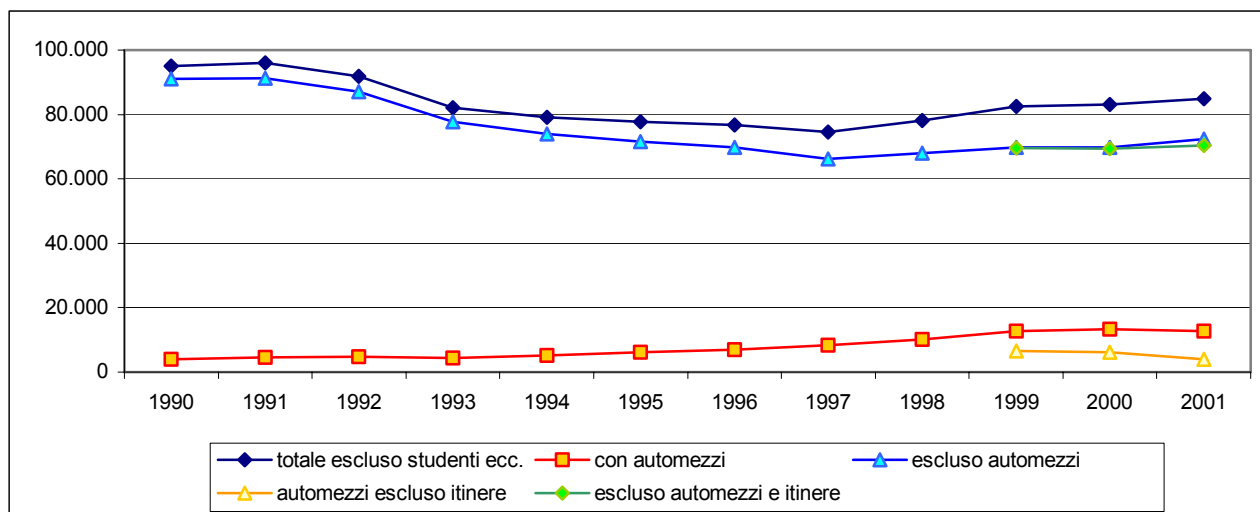
La sorveglianza dei rischi e dei danni da lavoro in Veneto. I dati

L'andamento degli infortuni

Dal 1990 al 2001 gli infortuni sul lavoro in Veneto non hanno mantenuto un andamento costante, bensì hanno registrato una diminuzione, molto marcata tra il 1991 e il 1993 e poi più lieve, ma continua, fino al 1997; in seguito si è verificata un'inversione di tendenza e una crescita lieve ma ininterrotta fino al 2001, anno più recente per cui si hanno dati a disposizione.

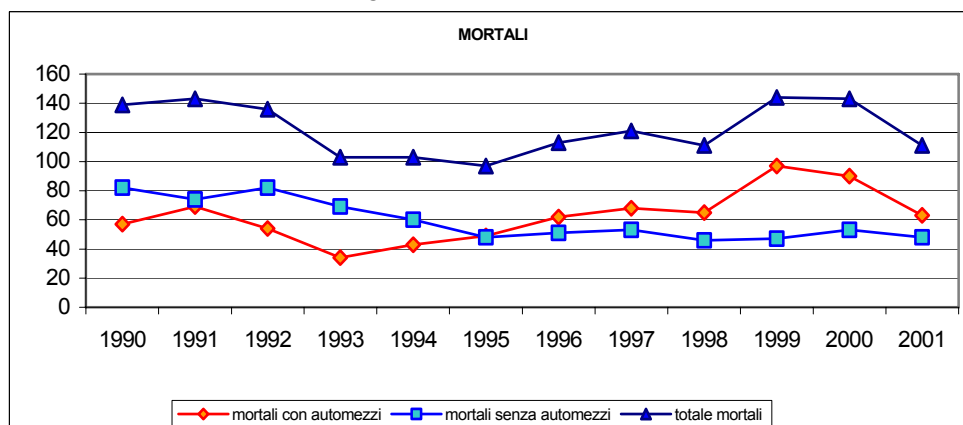
I fattori chiamati in causa per spiegare questo andamento sono molteplici: innanzitutto le flessioni del mercato del lavoro, conseguenti alla crisi economica dei primi anni '90 e alla successiva ripresa; poi le modifiche alle normative sull'assicurazione sugli infortuni, che è stata ampliata a nuovi soggetti e a nuove tipologie di rischio nel corso degli anni; infine un altro elemento importante è l'incremento degli infortuni stradali, triplicati nel decennio esaminato (**figura 1**; gli stradali sono identificati dalla dicitura "con automezzi"). L'aumento degli infortuni stradali è anch'esso da ricondurre in parte all'allargamento dei criteri assicurativi per il riconoscimento degli infortuni, poiché a partire dal 1998 si è iniziato a riconoscere con maggior facilità gli infortuni "in itinere".

Figura 1: Andamento degli infortuni avvenuti in regione Veneto dal 1990 al 2001; sono esclusi gli infortuni occorsi a studenti, sportivi professionisti e domestici.



Per quanto riguarda gli infortuni mortali essi seguono un andamento irregolare (**figura 2**), che riproduce abbastanza bene quello degli infortuni complessivi. A partire dal 1995 gli incidenti stradali costituiscono oltre il 50% degli infortuni mortali e sono essi a influenzare l'andamento poiché gli infortuni mortali senza coinvolgimento di automezzi sono stabili.

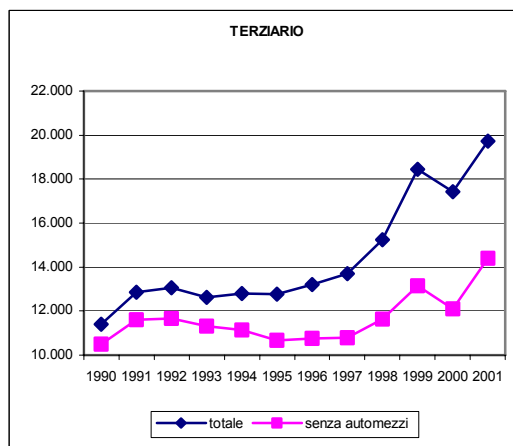
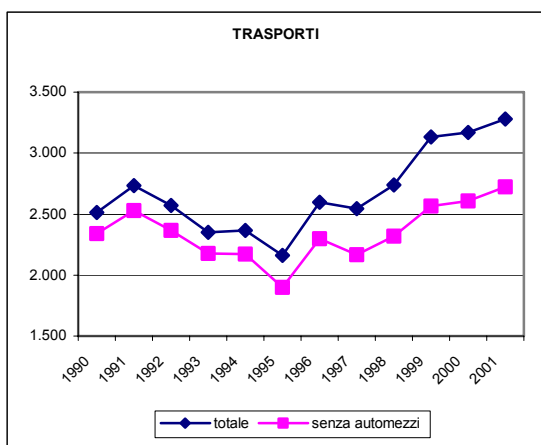
Figura 2: Infortuni mortali avvenuti in regione Veneto dal 1990 al 2001.



Gli infortuni nei vari settori produttivi.

Le tendenze descritte per il complesso degli infortuni non valgono all'interno di singoli settori produttivi, poiché in alcuni settori gli infortuni sul lavoro nel decennio sono diminuiti costantemente di migliaia di unità (agricoltura: -61%, industria del legno: -36%, industria tessile: -41%); in altri comparti, come il settore metalmeccanico e l'edilizia, dopo il calo vistoso dei primi anni Novanta, la diminuzione non è più così evidente; invece i settori del terziario (servizi, commercio, trasporti, sanità) negli anni recenti hanno registrato una consistente crescita di infortuni, non del tutto attribuibile al citato aumento di incidenti stradali (vedi **figura 3**).

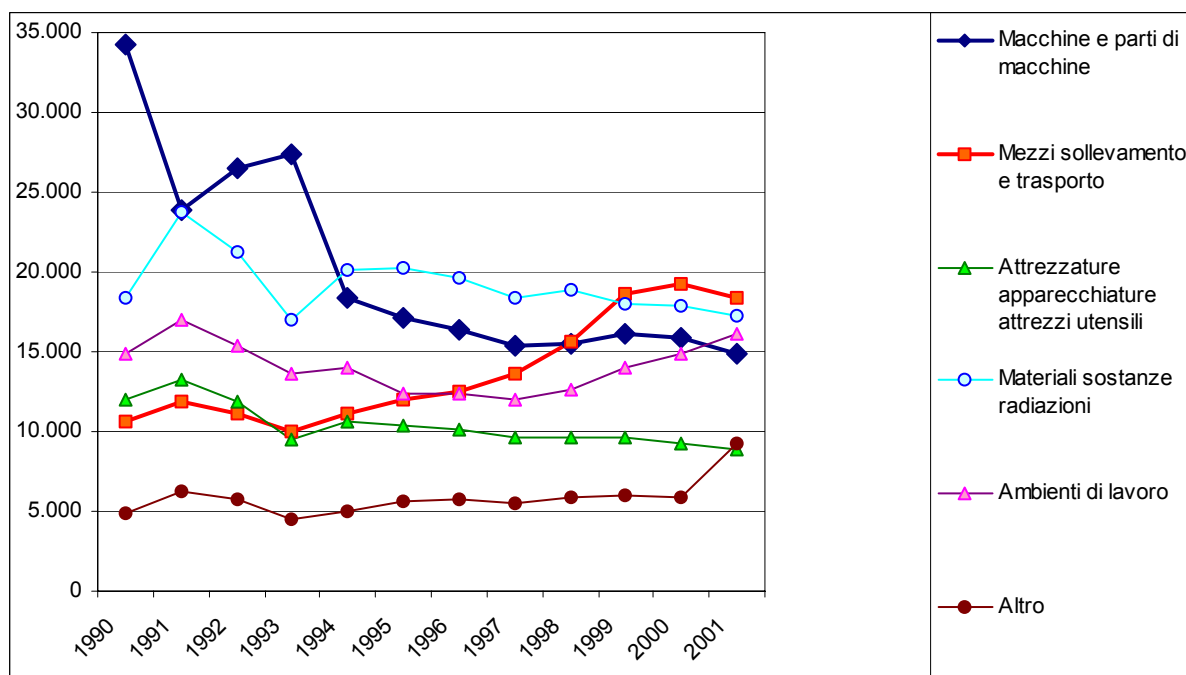
Figura 3: Andamento degli infortuni accaduti in Veneto nei settori produttivi trasporti e terziario (1990-2001)



Le cause dei diversi andamenti sono svariate, e non tutte note, come già si è detto riguardo al complesso degli infortuni. Sicuramente un ruolo chiave è giocato dalla diversa distribuzione della forza lavoro, diminuita in agricoltura e in industria e aumentata nel settore terziario; non è da escludere che la prevenzione e le norme di sicurezza abbiano favorito la diminuzione degli incidenti nell'industria, in particolare per quanto riguarda gli infortuni causati da macchine.

Si osserva infatti nella **figura 4** che nel decennio considerato gli infortuni dovuti a macchine utensili sono passati da circa 35.000 nel 1990 a 15.000 nel 2001 (-56%); sono diminuiti anche gli infortuni causati da sostanze, materiali, radiazioni e da attrezzature e utensili. Al contrario sono aumentati gli eventi causati da mezzi di sollevamento e trasporto: +73% (all'interno di questa categoria si trovano gli stradali) e quelli connessi all'ambiente di lavoro.

Figura 4: Andamento dal 1990 al 2001 dei principali gruppi di agente materiale



Gli indici di frequenza e i comparti produttivi.

Per gli anni 2000 e 2001 è possibile calcolare degli indici di frequenza per i singoli comparti poiché è disponibile un numero di addetti assicurati stimato dall'INAIL. Il calcolo degli indici di frequenza deve essere fatto con alcune cautele, tenendo conto del fatto che il numero di addetti è una stima e non comprende determinate categorie di lavoratori per motivi amministrativi; per esempio mancano gli addetti dell'agricoltura, e quindi per questo settore non si può calcolare l'indice di frequenza.

Il risultato è in **tabella 1**, in cui è riportato anche il numero di addetti e di infortuni (esclusi quelli in itinere) di ogni comparto produttivo; l'indice è espresso come numero di infortuni per 1000 addetti, ma non è direttamente ricavabile rapportando infortuni e addetti, per via delle attenzioni accennate sopra.

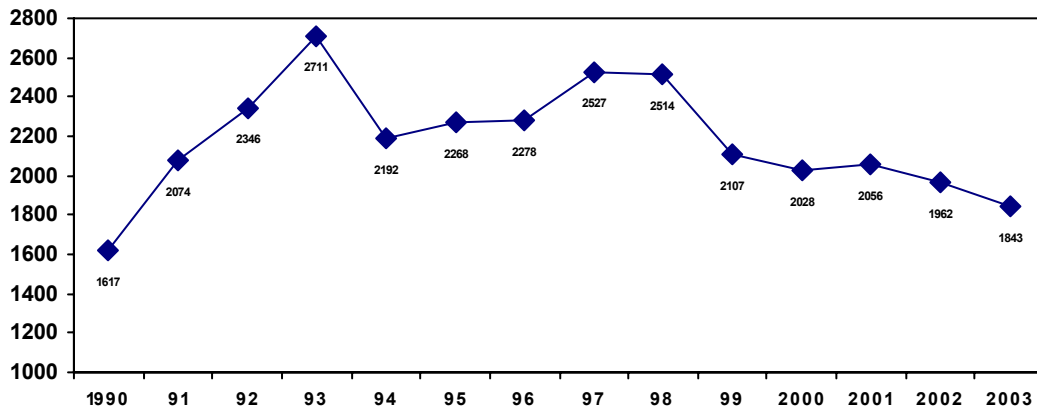
Nel 2001 l'incidenza è inferiore rispetto al 2000 (38,74 nel 2000 contro 35,93 nel 2001), poiché l'aumento di infortuni è compensato dall'aumento degli addetti. I comparti con le incidenze più elevate sono l'industria metallurgica, l'industria di trasformazione dei materiali non metalliferi (ad es. cementifici), l'agrindustria (cioè agricoltura industriale), le estrazioni minerali. Si tratta tuttavia di comparti poco diffusi sul territorio regionale. Dopo questi comparti nella graduatoria però vengono settori decisamente più diffusi e con indici di frequenza comunque elevati: l'industria del legno, l'edilizia, la metalmeccanica.

Tabella 1: Numero di addetti stimato, infortuni (esclusi infortuni in itinere, studenti, domestici e sportivi) e indici di frequenza per comparto, anni 2000 e 2001.

COMPARTI	2000			2001		
	Addetti stimati	Infortuni	Incidenza x 1000 addetti	addetti stimati	infortuni	Incidenza x 1000 addetti
Metallurgia	11913,2	1.333	105,26	12012,9	1.377	106,80
Ind. Trasformazione non metalliferi	29292,1	2.820	84,29	29165,5	2.790	83,83
Agrindustria e pesca	6573,1	646	88,54	7079,1	683	81,65
Estrazioni minerali	1880,5	185	85,08	1941,9	169	78,79
Industria Legno	51563,6	4.457	71,93	53082,1	4.153	66,52
Edilizia	127610,6	11.469	70,70	135809,8	11.406	65,41
Industria Gomma	2640,2	220	70,83	2597,7	196	65,06
Metalmeccanica	175244,3	14.862	70,44	180982,4	14.422	64,45
Industria Chimica e Petrolio	36769,5	2.404	53,71	38596,8	2.472	52,96
Altre industrie	59283,7	3.660	52,71	59343,2	3.519	48,82
Trasporti	42922,3	3.170	53,77	49226	3.277	46,85
Industria Alimentare	31558	1.841	49,43	32040,8	1.778	46,44
Industria Carta	25137,1	1.389	47,98	25195,4	1.382	46,08
Industria Conciaria	12752,9	754	51,05	12623,1	694	44,20
Elettricità Gas Acqua	3198,1	380	48,15	3605,3	352	41,61
Industria Elettrica	21936,9	1.021	32,68	22836,8	936	27,85
Commercio	107211,2	3.856	26,81	110216,4	4.090	26,26
Sanita'	80915,2	2.506	25,55	81651,6	2.510	23,39
Industria Tessile	92809,6	2.998	24,63	94891	3.057	23,22
Servizi	566176,1	13.576	15,60	616731	15.651	15,27
Agricoltura	n.d	5.742	n.d	n.d	5.554	n.d
Per conto stato	n.d	824	n.d	n.d	909	n.d
Non specificato	n.d	3.020	n.d	n.d	3.533	n.d
TOTALE	1.492.891,4	83.133	38,74	1.571.249,1	84.910	35,93

Le malattie professionali in Veneto.

Di seguito è riportato, l'andamento delle malattie professionali segnalate agli Spisal in Veneto, dal 1990 al 2003. (Figura 5)



L'ipoacusia da rumore rappresenta ancora la patologia professionale maggiormente rappresentata (80%) anche se in calo. Seguono la patologia cutanea (5%), la patologia articolare da sovraccarico funzionale (2.3%) e le neoplasie (2%). Da segnalare che negli ultimi anni vi è stato un aumento delle segnalazioni di neoplasie e delle malattie da amianto, ciò anche a seguito dello specifico progetto regionale di sorveglianza degli ex esposti ad amianto e c.v.m.

a) Sperimentazione di un modello di sistema di sorveglianza e di assistenza sanitaria ai lavoratori con pregresse esposizioni professionali a cancerogeni”.

Il progetto è intervenuto sulla delicata materia della sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a cancerogeni: amianto e cloruro di vinile monomero [DGR n. 5094 del 28 dicembre 1998; DGR 3241 del 6 ottobre 2000; DGR 397 del 1 marzo 2000] nell'ambito del Programma Speciale ex art. 12 comma 2 lett. B) del D.Lgs. 502/92.

I principali risultati sono stati:

Amianto

Sono stati esaminati 1105 lavoratori ex esposti: 366 (33.1%) presentavano placche pleuriche, 18 (1.6%) asbestosi, e 242 (21.9%) noduli polmonari. Sono stati trovati 9 casi (0.8%) di tumore polmonare, tutti in fumatori o ex-fumatori. Rispetto ai soggetti con esposizione cumulativa inferiore a 25 fibre/ml×anni, il rischio di tumore polmonare è 2.36 nei soggetti esposti a più di 200 fibre/ml×anni.

Cloruro di Vinile Monomero (CVM)

Sono stati esaminati 889 ex-esposti a CVM, i casi di epatocarcinoma sono stati 3/271 e 2/619 nei soggetti con esposizione cumulativa a CVM superiore o inferiore a 1000 ppm×anni, rispettivamente; il rischio relativo era 3.4. I casi di tumore polmonare sono stati 7/213 e 1/676 negli insaccatori e non-insaccatori di poli-vinilcloruro, rispettivamente; il rischio relativo è risultato di 21,9.

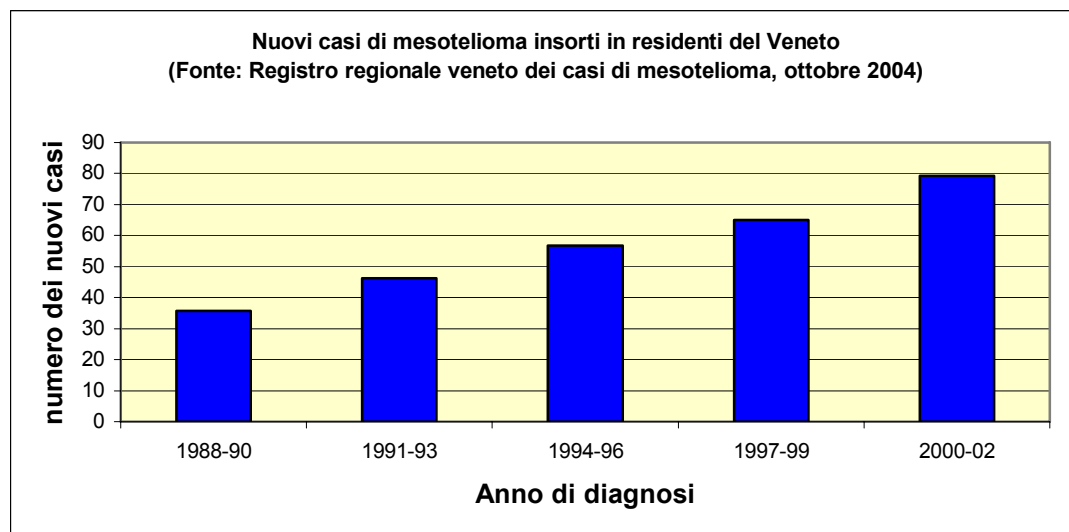
In conclusione lo studio ha permesso di definire i protocolli più adeguati alla sorveglianza sanitaria sviluppando metodologie, strumenti e criteri di indagine secondo i principi dell'evidenza. In tale maniera è possibile garantire la continuazione dello screening, estendendolo a tutti i lavoratori ex esposti individuati ad alto rischio, rispettando criteri di economia e di etica.

La prosecuzione della sorveglianza sanitaria sugli ex esposti a cvm ed amianto è stata definita a con la DGR 4033 del 19 dicembre 2003, secondo il protocollo di efficacia definito con la ricerca .

b) Mesoteliomi

L'andamento in Veneto nel periodo 1988 - 2002 è indicato nella figura di seguito dove vengono raggruppati i nuovi casi di mesotelioma insorti ed indagati dal sistema Spisal.

Figura. 6: casi di mesotelioma in Veneto



Nell'82.3% dei soggetti affetti da mesotelioma viene rilevata una pregressa esposizione ad amianto (lavorativa o ambientale), percentuale che risulta maggiore nei maschi tra i quali è prevalente il peso di esposizioni lavorative ad amianto.

Sistemi informativi del Veneto per la sorveglianza e la prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro.

Centro di Riferimento Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale (COREO).

Con DGRV n. 4078 del 30/12/03 è stato istituito il Centro di Riferimento Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale nell'ambito del Centro operativo regionale (COR) per la tenuta del Registro regionale dei casi di mesotelioma, previsto dall'art. 2 del DPCM 10.12.2002 n. 308. Tra l'altro il COREO si occupa dei flussi degli infortuni del gruppo nazionale di lavoro INAIL ISPESL REGIONI e PROVINCE AUTONOME.

Queste le attività svolte dal COREO utilizzando i dati INAIL dei Nuovi Flussi al 05/12/2005

- Riepilogo infortuni anno 2000 (ed. 2004)
- Infortuni nei trasporti (ed. 2004)
- Infortuni connessi con mezzi di sollevamento a trasporto (esclusivo per Dir. Reg. Prevenzione ed. anno 2004)
- Infortuni interinali e parasubordinati (ed. 2004)
- Le ricadute degli infortuni per la salute (ed. 2004)
- Riepiloghi per le province di Verona e Padova
- Infortuni addetti piscicoltura (per indagine ISPESL ed. 2004)
- Riepilogo dati regionali (per Dir. Reg. Prevenzione) ed. 2004
- Riepilogo infortuni anno 2000-2001 ed. 2005
- Riepilogo dati infortuni in agricoltura ed. 2005
- Atlante regionale infortuni 1900-2001 (in corso di pubblicazione con Direzione Reg. Statistica)
- Infortuni mortali anni 1999-2001 (in corso di pubblicazione)
- Riepilogo dati aziende del legno (ed. 2005) a supporto delle attività del gruppo di lavoro
- Linea guida per l'individuazione delle aziende a maggior rischio di infortuni.

Tra le linee di lavoro del COREO si segnala quella relativa alla tenuta del Registro regionale dei mesoteliomi ed altri tumori professionali attraverso:

- studio degli adenocarcinomi delle fossa nasali in relazione al ruolo etiologico, estremamente marcato, giocato dalla esposizione professionale a polveri di legno e polveri di cuoio;
- identificazione dei decessi di angiosarcoma epatico e di tumore primitivo epatico che sono insorti e quelli che potranno insorgere, prospetticamente, nei lavoratori addetti alla produzione di CVM;
- mantenimento, su fonte INAIL, del data base dei dati nominativi relativi ai riconoscimenti per silicosi in residenti del Veneto;
- identificazione dei decessi per tumore polmonare per una attività prospettica.

Centro di Riferimento Regionale per l'Ergonomia Occupazionale (CRREO).

Con DGRV n. 1397 del 16 maggio 2003 è stato istituito presso lo SPISAL di Monselice (Pd) il Centro di Riferimento Regionale per l'Ergonomia Occupazionale con funzioni di capofila e coordinamento a livello regionale dell'azione degli SPISAL in materia di ergonomia raccogliendo ed elaborando dati, curando la produzione, la diffusione e il monitoraggio sull'applicazione di linee guida e protocolli operativi condivisi e avviando iniziative specifiche di promozione del miglioramento della salute dei lavoratori esposti a rischi ergonomici.

Tra le linee di lavoro del CRREO si segnala *l'implementazione del Sistema Regionale di Registrazione dei casi di patologie da rischi ergonomici e sviluppo dei rapporti con l'INAIL regionale:*

- implementazione, in accordo con l'Osservatorio di Epidemiologia Occupazionale, del Sistema Regionale dei casi di patologia segnalati/denunciati ai Servizi SPISAL;
- realizzazione di momenti ufficiali di incontro e di confronto sui dati e sulle possibili iniziative formative comuni con l'INAIL.

Sistema informativo "Sbagliando s'impara" per il monitoraggio degli infortuni sul lavoro gravi e mortali.

Dal progetto nazionale INAIL-ISPEL Coordinamento Regioni: "Sbagliando si impara, infortuni gravi e mortali" a cui il Veneto ha preso parte, è scaturito, come da tabella 2 che tre comparti comprendono più del 60 % degli eventi (Edilizia 40%; Agricoltura 17%; Fabbricazione e lavorazione di prodotti in metallo 8%).

Tabella 2. Comparti in cui avvengono gli infortuni mortali.

ATECO	Mortali		Gravi		tot.
	Val Ass.	%	Val Ass.	%	
01 Agricoltura, caccia e relativi servizi	22	17%	8	6%	30
02 Silvicultura e utilizzazione di aree forestali e servizi connessi	0	0%	1	1%	1
05 Pesca, piscicoltura e servizi connessi	1	1%	0	0%	1
15 Industrie alimentari e delle bevande	1	1%	2	1%	3
16 Industria del tabacco	0	0%	2	1%	2
17 Industrie tessili	0	0%	2	1%	2
19 Preparazione e concia del cuoio	2	2%	0	0%	2
20 Industria del legno e dei prodotti in legno e sughero, esclusi i mobili	2	2%	11	8%	13
21 Fabbricazione della pasta-carta, della carta e...	2	2%	3	2%	5
24 Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche e artificiali	3	2%	1	1%	4
25 Fabbricazione di articoli in gomma e materie plastiche	0	0%	4	3%	4
26 Fabbricazione di prodotti della lavorazione di minerali non metalliferi	3	2%	4	3%	7
27 Produzione di metalli e loro leghe	1	1%	8	6%	9
28 Fabbricazione e lavorazione dei prodotti in metallo, escluse macchine e impianti	10	8%	15	10%	25
29 Fabbricazione di macchine ed apparecchi meccanici, compresi l'installazione, il montaggio, la riparazione e la manutenzione	6	5%	6	4%	12
31 Fabbricazione di macchine ed apparecchi elettrici n.c.a.	1	1%	5	3%	6
33 Fabbricazione di apparecchi medicali, di apparecchi di precisione, di strumenti ottici e di orologi	0	0%	1	1%	1
34 Fabbricazione di autoveicoli, rimorchi e semirimorchi	1		0		
35 Fabbricazione di altri mezzi di trasporto	2	2%	1	1%	3
36 Fabbricazione di mobili; altre industrie manifatturiere	3	2%	6	4%	9
37 Recupero e preparazione per il riciclaggio	1	1%	2	1%	3
45 Costruzioni	53	40%	42	29%	95
51 Commercio all'ingrosso e intermediari del commercio, autoveicoli e motocicli esclusi	1	1%	0	0%	1
52 Commercio al dettaglio, escluso quello di autoveicoli e di motocicli	2	2%	0	0%	2
60 Trasporti terrestri; trasporti mediante condotte	5	4%	7	5%	12
63 Attivita' di supporto ed ausiliarie dei trasporti	5	4%	5	3%	10
70 Attivita' immobiliari	1	1%	0	0%	1
74 Altre attivita' professionali ed imprenditoriali	1	1%	5	3%	6
80 Istruzione	0	0%	1	1%	1
90 Smaltimento dei rifiuti solidi, delle acque di scarico e simili	1	1%	1	1%	2
92 Attivita' ricreative, culturali e sportive	3	2%	1	1%	4
	133	100%	144	100%	277

Utilizzando la definizione di incidente proposta dal metodo "Sbagliando s'impara" (evento che trasforma-libera nuova energia o permette il contatto con energia già presente) è stato evidenziato che il 23% degli eventi (28% di quelli mortali) avviene per cadute dall'alto; il 14% per contatto della mano...(in genere organi di lavorazione o trasmissione del moto delle macchine), il 13% per cadute di materiali (11% mortali); il 13% per movimenti improvvisi e inaspettati di macchine o utensili vari (15% dei mortali); il 12% per altri contatti, generalmente tra una parte del corpo e una macchina (ruote, forche spigoli) o parte di essa (17% dei mortali).

SpisalNet e il monitoraggio regionale delle attività SPISAL.

Sviluppato in MS Access 2000 e in fase di programmazione in versione MS SQL Server / MS Access 2000, l'applicativo impiegato per la registrazione dell'attività SPISAL Veneto, a decorrere dall'anno 2000, è SPISALNET.

Con il supporto di SPISALNet è stato attivato dal 1999 un sistema di monitoraggio regionale delle attività dei Servizi SPISAL che consente una sistematica azione di benchmarking per misurare quanto il sistema è omogeneo e per valutare anche i volumi di attività che i Servizi sono in grado di garantire con le risorse a disposizione. Questa continua azione di verifica ha anche il senso di garantire che i Livelli Essenziali di Assistenza vengano erogati in maniera uniforme in tutta la Regione. In **tabella 3** si evidenzia la dimensione di organico complessiva dei 21 Servizi SPISAL regionali, pressochè costante dall'avvio del I° Piano Triennale e con leggera diminuzione nel 2004.

Tabella 3. Organico SPISAL AULSS Veneto– anni 2003- 2004.

CATEGORIE	ANNO 2003	ANNO 2004
Dirigenti medici	75	70
Dirigenti Tecnici	20	21
Tecnici della Prevenzione	133	142
ASV	55	48
Amministrativi	30	28
Altre figure	6	5
TOTALE PERSONALE SPISAL	319	314

La **tabella 4** evidenzia invece come a parità di risorse il sistema Spisal si sia orientato verso interventi di maggior efficacia (calo delle visite ai minori, aumento delle inchieste inf. con verbale di prescrizione) e di incremento dell' efficienza dato dall'aumento degli interventi di prevenzione in aziende e cantieri, addirittura il numero di verbali ex art. 20 D.Lgs 759/94 è aumentato di oltre il 50%. Unico dato in controtendenza è rappresentato dal calo dei soggetti formati (anche se non è indicativo in termini assoluti, in quanto il dato misura la partecipazione dei servizi ai processi di formazione).

Tabella 4 Indicatori di attività degli Spisal del Veneto, 1999 – 2004

Prodotti	Anno attività					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Indagini infortuni	5552	3377	3448	3661	3736	2898
Con verbale di prescrizione	mancante	620	613	612	644	674
Indagini malattie professionali	2038	2028	2056	1962	1843	1842
Interventi di prevenzione in aziende	2619	3961	5970	5919	6702	7175
Controllo cantieri	2166	2597	2367	2289	2925	2998
Visite di Minori/Apprendisti	34912	32891	27871	24745	23016	5604
Verbali con prescrizione art. 20 D.Lgs. 758/94	2407	2589	2573	2804	2655	3708

Dal monitoraggio sullo stato di attuazione del D.Lgs. 626/94 in Veneto alla valutazione dei SGS per la prevenzione degli infortuni .

Le Aziende interessate nei tre anni sono state 1983, per un terzo con meno di 10 addetti, inoltre le Aziende appartengono per oltre la metà al settore Meccanico.

Dall'analisi quantitativa dei dati raccolti si può concludere che rispetto alla qualità dell'organizzazione per la sicurezza le Aziende hanno soddisfatto gli adempimenti formali (redazione del documento di valutazione dei rischi, nomina del RSPP e degli addetti ai compiti speciali) e sono stati fatti investimenti in macchine, impianti, edifici. Tuttavia è ancora poco presente la collaborazione tra l'Imprenditore, il RSPP, il Medico Competente, il RLS, ed è raro il coinvolgimento sistematico degli uomini chiave della produzione (dirigenti, capireparto) sugli aspetti della sicurezza sul lavoro.

L'esperienza del Progetto "Vigilanza sullo stato di attuazione del DLgs. 626/94" ha consentito di delineare il Progetto "Azienda Sicura" per il triennio 2002 – 2004.

L'obiettivo generale di "Azienda Sicura" è stato di promuovere, in collaborazione con le categorie economiche, l'implementazione di SGS nelle realtà produttive del Veneto attraverso lo sviluppo di un modello di vigilanza "evidence based" che, a seconda della realtà aziendale in cui si interviene, sappia associare al controllo degli aspetti tecnici della sicurezza, la valutazione dei sistemi organizzativi e gestionali.

La Pianificazione regionale.

Dal 1999 è in corso una specifica pianificazione regionale per la prevenzione e la promozione della salute negli ambienti di lavoro sviluppatasi secondo le linee definite da programmazioni

triennali (**DGR n.5083 del 28/12/98 e DGR n.2811 del 3/8/99 Piano 1999-2001, DGR n.3811 del 31/12/01 e DGR n. 2200 del 9/8/02 Piano 2002-2004**), entro lo scenario delineato dai seguenti elementi:

1. I vincoli e le criticità evidenziati dalla Commissione d'indagine del Senato presieduta dal Senatore Smuraglia, in particolare la disomogeneità dell'azione di vigilanza delle ulss, la mancanza di politiche nazionali e regionali;
2. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 con precisi obiettivi di intervento per il contrasto degli infortuni e le malattie professionali;
3. Il quadro epidemiologico regionale, gli infortuni prevalenti per comparto e settore;
4. La necessità di incrementare i livelli di efficacia ed efficienza del sistema regionale di prevenzione negli ambienti di lavoro, attraverso l'azione coordinata degli Spisal, a parità di risorse;
5. La necessità di promuovere la partecipazione delle parti sociali quali espressione diretta dei protagonisti del mondo del lavoro.

L'esperienza di apprendimento organizzativo attuato con la pianificazione regionale 1999–2004 ha permesso di giungere alla condivisione di obiettivi e pratiche di lavoro attraverso azioni progettuali mirate a:

- il miglioramento delle condizioni di salute psico – fisica dei lavoratori in comparti, che da indagini epidemiologiche sono stati individuati come comparti a rischio (edilizia, metalmeccanica, legno, agricoltura, trasporti, ...), attraverso azioni di informazione, formazione, assistenza, vigilanza;
- la condivisione e l'omogeneizzazione delle conoscenze e delle pratiche di lavoro dei Servizi;
- la valorizzazione delle competenze delle professionalità presenti negli SPISAL (personale tecnico e sanitario);
- lo sviluppo di buone pratiche e strumenti operativi per la promozione della salute nelle aziende;
- l'istituzione ed il consolidamento di "reti di lavoro" con il coinvolgimento di tutti i soggetti/Enti/Istituzioni/Centri che a vario titolo contribuiscono alla promozione della salute negli ambienti di lavoro. In particolare: Associazioni Datoriali, Organizzazioni Sindacali, Istituti Universitari, Servizi delle Aziende ULSS, ISPEL, INAIL, Centri Regionali del Veneto (SER, CRP, CRREO, COREO), Direzioni Regionali e Provinciali del Lavoro.

L'esperienza ha evidenziato come la pianificazione per progetti abbia permesso di raggiungere i risultati sopra indicati, tuttavia il consolidamento delle pratiche di lavoro e la capitalizzazione dei risultati ha richiesto il passaggio a forme di lavoro maggiormente integrate e coordinate in grado di superare la settorialità tipica del progetto (area vigilanza, area formazione, area promozione della salute).

Con DGRV n. 3846 del 03.12.04 la Regione Veneto ha approvato le linee di indirizzo per la pianificazione delle attività di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro per il periodo 2005 - 2007.

La politica della Regione Veneto in materia di salute e sicurezza del lavoro si è ispirata alle politiche di intervento sociale promosse dall'Unione Europea per il periodo 2002-2006 e si basano sulla consapevolezza che le condizioni di sicurezza del lavoro dipendono principalmente da determinanti di natura politica, culturale, economica e sociale, solo in parte modificabili con interventi di prevenzione sanitaria.

Nel contesto istituzionale indicato, la Direzione per la Prevenzione esercita il proprio potere di programmazione attraverso la pianificazione ed il monitoraggio delle attività degli Spisal nel Piano per il triennio 2005- 2007 anche al fine di garantire il raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza così come definiti dal DPCM 29/11/01.

Il Miglioramento del Sistema Informativo - Attività per il triennio 2005-2007.

Il miglioramento del sistema informativo del Sistema Regionale di prevenzione negli ambienti di lavoro prevede l'integrazione dei vari sottosistemi informativi con le seguenti azioni.

COREO – Centro Operativo Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale.

Le attività che si intendono realizzare per questa linea sono:

- predisposizione banca dati sugli infortuni indagati dagli SPISAL con report annuale;
- predisposizione banca dati delle malattie professionali indagate dagli SPISAL con report annuale;
- elaborazione annuale dei flussi INAIL sugli infortuni e sulle malattie professionali;
- elaborazione mappa esposti a sostanze cancerogene nel Veneto;
- implementazione del sistema informatico di gestione ed archiviazione delle malattie professionali (collaborazione tra COREO e gruppo ad hoc)
- gestione del Registro Regionale dei casi di mesotelioma
- strutturazione di un sistema di monitoraggio ed analisi dei costi di infortuni e malattie professionali attraverso le SDO in collaborazione con il SER(Sistema Epidemiologico Regionale).
- redazione degli atlanti sugli infortuni e sulle malattie professionali,
- report sulla struttura produttiva del Veneto
- identificazione di tumori polmonari in ex esposti ad amianto e di tumori delle fosse nasali
- report e convegno su 1000 casi di mesoteliomi nel Veneto.

Nella tabella che segue è riportata la pianificazione operativa.

	Attività	Collaborazione	Tempi	Indicatori	Standard
BANCA DATI INCHIESTE INFORTUNI	Costituzione gruppo di lavoro su Banca dati regionale sulle inchieste infortuni e sulle soluzioni.	Direzione per la Prevenzione	Ottobre 2005	Gruppo formalizzato coordinato con linea Infortuni e gruppo sicurezza tecnica	Si
	Definizione obiettivi (rendere disponibili i dati per fini epidemiologici; migliorare ed omogeneizzare l'attività investigativa, l'individuare le cause, le soluzioni preventive) e metodi di lavoro	Gruppo di lavoro	Maggio 2006	Documento elaborato	Si
	Condivisione del progetto dagli SPISAL.	Direzione per la Prevenzione SPISAL	Giugno 2006	% Spisal con condivisione	Sup. 80%
	Alimentazione banca dati. Gestione banca dati.	Gruppo di lavoro SPISAL Gruppo di lavoro	Permanente a partire da novembre 2006	% SPISAL che inviano dati Banca dati aggiornata disponibile in rete	Sup. 80% Si
Uso di Epiwork	Elaborazione annuale da parte del Coreo dei flussi INAIL sugli infortuni e sulle malattie professionali.	Gruppo di lavoro	Permanente	Elaborato trasmesso agli Spisal	Si
	Uso da parte degli Spisal del CD sui nuovi flussi	SPISAL	Permanente	SPISAL che utilizzano i nuovi flussi su infortuni e MP	80% Servizi entro il triennio
Statistiche di supporto per SPISAL	Redazione Atlanti monografici infortuni	Gruppo di lavoro	Permanente su richiesta degli SPISAL	Atlanti monografici redatti	Atlanti richiesti dagli SPISAL

	Attività	Collaborazione	Tempi	Indicatori	Standard
AZIENDE AD ALTO (BASSO) RISCHIO DI INFORTUNI	Realizzazione di un manuale per estrarre le aziende ad "alto (basso) rischio" di infortunio dal CD Flussi Informativi. Assistenza all'uso.	Gruppo di lavoro	Giugno 2005	Manuale elaborato e diffuso	Sì
	Verifica sull'adozione da parte dei Servizi del metodo. Definizione di eventuali azioni di rinforzo.	Direzione per la Prevenzione Gruppo di lavoro SPISAL	Entro dicembre 2005	% SPISAL censiti	100%
	Supporto nella pianificazione delle attività di vigilanza/assistenza/promozione dei Servizi nelle aziende ad "alto (basso) rischio" di infortunio sulla base dell'evidenza dei dati.	Direzione per la Prevenzione Gruppo di lavoro	Permanente	n. SPISAL che operano secondo le indicazioni fornite	Almeno 3 SPISAL su base regionale
	Definizione e condivisione del metodo per il monitoraggio dell'efficacia degli interventi di vigilanza/assistenza/promozione attuati dai Servizi nelle aziende ad "alto (basso) rischio" di infortunio.	Direzione per la Prevenzione Gruppo di lavoro SPISAL	1 ^a semestre 2006	Soggetti coinvolti nella condivisione del metodo	Coordinatori di area, Referenti di Linea e Resp. Centro coinvolti nella pianificazione regionale delle attività di vigilanza, assistenza e promozione.
	Produzione di una guida per realizzare l'obiettivo precedente	Gruppo di lavoro	Giugno 2006	Guida diffusa e spiegata ai servizi	Sì
MP SEGNALATE/INDAGATE	Elaborazione report annuale sulle MP segnalate/ indagate.	Gruppo di lavoro	Permanente	Report annuale elaborato	Sì
SISTEMA INFORMATIVO MP	Analisi sistema informativo gestionale delle MP integrato con banca dati ISPESL	Gruppo di lavoro	Analisi entro ottobre 2005	Analisi effettuata	Sì
	Implementazione del programma informatico. (In collaborazione con PrevNet e gruppo Linea Malattie Professionali).	Gruppo di lavoro	Vedi PrevNet	Vedi PrevNet	Vedi PrevNet
ATLANTE MP	Elaborazione Atlante sulla struttura produttiva del Veneto e sulle MP.	Gruppo di lavoro	Entro novembre 2005	Documento elaborato e diffuso.	Sì
ESPOSTI A CANCEROGENI	Elaborazione e diffusione documento Esposti a cancerogeni.	Gruppo di lavoro Direzione per la Prevenzione	Dicembre 2005	Documento elaborato e diffuso.	Sì

Attività	Collaborazione	Tempi	Indicatori	Standard	
REGISTRO MESOTELIOMI	- Gestione del Registro Regionale dei casi di mesotelioma.	Gruppo di lavoro	Permanente	Spisal che eseguono indagini sui casi di mesotelioma e altri tumori professionali segnalati	100% dei Servizi
	- Report su 1000 casi di mesotelioma approfonditi nel Veneto	Gruppo di lavoro	Dicembre 2005	Report redatto	Si
	- Convegno sui risultati ottenuti	Direzione per la Prevenzione Gruppo di lavoro	Giugno 2006	Convegno effettuato	almeno 6 report redatti
	- Contributo alla realizzazione di un report nazionale sui risultati del Registro Nazionale Mesoteliomi	Gruppo di lavoro	Gennaio 2007	Report redatto	si
	- Approfondimenti su argomenti tematici (sopravvivenza, consanguineità, esposizioni a radiazioni ion., settori produttivi, ecc)	Gruppo di lavoro	Giugno 2007	Report redatti	si
TUMORI POLMONARI IN ESPOSTI AD AMIANTO	Prima identificazione di tumori polmonari in ex esposti ad amianto	Gruppo di lavoro	Entro marzo 2006	Report inviato agli spisal	Si
TUMORI EPITELIALI DELLE FOSSA NASALI	Prima identificazione dei casi di adenocarcinoma delle fossa nasali in Veneto 1987-1999	Gruppo di lavoro	Entro 2006	Report inviato agli spisal	Si

Sistema informativo Linea Infortuni.

Attività	Collaborazione	Tempi	Indicatori	Standard
Verifica dell'applicazione da parte dei Servizi della procedura regionale "Gestione degli infortuni"	Direzione per la Prevenzione	Entro ottobre 2005	Documento di commento dei risultati del questionario somministrato ed elaborato	Si
Eventuali azioni correttive	Direzione per la Prevenzione SPISAL	Novembre 2006	Riunioni o circolari	Almeno 1
Sbagliando s'impara: Elaborazione rapporto finale sui casi esaminati con valutazioni progetto coinvolgendo tutti i Servizi	Gruppo di lavoro Area formazione – Linea editoriale	Novembre 2005	Rapporto finale con risultati dei casi descritti	1 invio a 21 Spisal
Eventuali iniziative conseguenti alle valutazioni del progetto	Gruppo di lavoro	Entro marzo 2006	Incontro con i Responsabili di Servizio	1 incontro
Eventuali iniziative conseguenti alle valutazioni del progetto	Gruppo di lavoro	Entro marzo 2006	Da decidere sulla base del punto precedente	Da decidere sulla base del punto precedente
Banca dati regionale sulle inchieste infortuni e sulle soluzioni. In collaborazione con COREO.	Gruppo di lavoro	Ottobre 2005	Partecipazione al gruppo di lavoro del COREO	Si
Rendere disponibili i dati a fini epidemiologici, migliorare ed omogeneizzare l'attività investigativa, individuazione delle cause e delle soluzioni preventive. In collaborazione con COREO.	Gruppo di lavoro SPISAL	Maggio 2006	Contributo fornito (esperienza fatta con sbagliando s'impara) al progetto operativo	Si
Alimentazione banca dati	Gruppo di lavoro SPISAL	Da novembre 2006	Spisal che inviano i dati	Sup 80%

Sistema informativo Linea Malattie Professionali.

Attività	Collaborazione	Tempi	Indicatori	Standard
Condivisione nel gruppo di lavoro degli obiettivi e della pianificazione delle attività	Gruppo di lavoro	Settembre – ottobre 2005	Soggetti coinvolti Documentazione elaborata	Almeno 1 referente/provincia relazione scritta in cui sono chiariti e condivisi gli obiettivi del gruppo, i compiti da svolgere, le strategie per il raggiungimento degli obiettivi, il metodo di lavoro.
Censimento delle procedure MP attualmente in uso negli SPISAL	Gruppo di lavoro SPISAL	Entro novembre 2005	n° SPISAL con procedure MP censiti/n° Spisal con procedura MP scritta	atteso 80%
Definizione standard di qualità della procedura	Gruppo di lavoro	Entro il 1 ^a semestre 2006	Documento elaborato	griglia di riferimento per la definizione della procedura
Definizione della procedura regionale MP	Gruppo di lavoro	Entro dicembre 2006	Documento elaborato	Documento scritto che definisca la procedura di inchiesta MP secondo gli standard di qualità definiti
Definizione flussi informativi in input al processo MP	Gruppo di lavoro	Entro 1 ^a semestre 2006	Documento elaborato	elenco di indicatori che definiscano i crediti informativi, cioè le informazioni necessarie a descrivere il fenomeno "malattia professionale" nel territorio di competenza, utili alla attività di governo locale e regionale (identificazione dei problemi prioritari, definizione degli obiettivi di intervento, pianificazione dell'attività).
Progettazione e implementazione sistema informativo gestionale MP (in collaborazione con COREO e PrevNet)	Gruppo di lavoro	Entro dicembre 2006	Documento elaborato	elenco di indicatori che definiscano i debiti informativi rispetto al processo MP, cioè le informazioni necessarie a valutare gli interventi fatti, i risultati ottenuti, le criticità di processo, le risorse impiegate.

Interventi di prevenzione - Attività per il triennio 2005 – 2007.

Nel piano regionale triennale 2005-2007 sono individuate cinque aree operative, con relative linee di sviluppo riguardanti, oltre alle attività del CRREO e COREO, la vigilanza, la promozione della salute, la formazione, l'attività sanitaria e l'area ricerca e sviluppo.

Vigilanza

Per la vigilanza si evidenziano le attività pianificate per i seguenti settori di intervento prioritario rinviando alla DGR n.935 del 18.3.05 per il completamento degli altri interventi.

La pianificazione delle attività si basa sulla disponibilità di risorse attuali, tuttavia, in questo contesto, si ritiene necessario incrementare i livelli di vigilanza in edilizia, passando dalla attuale copertura del 10 % dei cantieri notificati al 15 % , oltre che incrementare i livelli di copertura delle inchieste per infortuni gravi che attualmente coprono il 20 % del fabbisogno teorico, oltre che disporre di competenze specifiche per il controllo dei SGS. Tali incrementi produttivi potrebbero essere raggiunti con l'acquisizione di circa 12 unità tecniche laureate o diplomate.

Comparto Edilizia.

Attività	Collaborazione	Tempi	Indicatori	Standard
Condivisione degli indicatori di qualità per monitorare l'omogeneità e l'efficacia degli interventi in cantiere: - % verbali con prescrizione e/o disposizione/cant.	Direzione per la Prevenzione SPISAL	Entro dicembre 2005	Indicatori condivisi.	100% Spisal

<p>Ispezionati</p> <ul style="list-style-type: none"> - % contravvenzioni a coordinatori, committenti, lav. Autonomi - tipologia contravvenzioni (articoli violati) - n. di sequestri di cantieri sotto il minimo etico di sicurezza elementi 				
Elaborazione e commento indicatori precedentemente formulati	Gruppo di lavoro	Annuale	Relazione di commento e incontri di discussione dei risultati	Almeno 1 incontro per anno
Elaborazione di linee guida regionali: 1. fascicolo tecnico 2. appalti pubblici 3. vigilanza sugli aspetti di igiene del lavoro.	Gruppo di lavoro Direzione per la Prevenzione SPISAL Area formazione – Linea editoriale e comunicazione interna	Entro dicembre 2005: vigilanza sugli aspetti di igiene del lavoro. Entro marzo 2006: fascicolo tecnico. Entro fine 2006: appalti pubblici.	Documenti elaborati e formalizzati con atto regionale	3 linee guida
Predisposizione del libretto formativo dei lavoratori	Direzione per la Prevenzione SPISAL Area formazione - Progettazione e comunicazione interna ed esterna (in particolare, Direzione Regionale Formazione)	Entro fine 2006	n. province in cui il libretto viene istituito	5 province nel 2006. 7 province nel 2007.
Rafforzamento del ruolo tecnico nel gruppo di lavoro del Coordinamento Interregionale	Direzione per la Prevenzione	Triennio 2005 – 2007	% documenti recepiti da Regione Veneto/documenti elaborati dal Coordinamento sottogruppi di lavoro a cui partecipa personale SP veneto	100% almeno appalti pubblici, formazione per lavori in quota D. Lgs. 235
Attivazione tavolo tecnico SPISAL – Società Autostrade BS–PD per: revisione protocollo d'intesa cantieri autostradali, definizione linee guida operative per la sicurezza.	Gruppo di lavoro Direzione per la Prevenzione	Entro dicembre 2005 Ottobre 2006	Tavolo istituito Protocollo licenziato	Si si
Definizione delle competenze in merito a sicurezza in edilizia nelle opere ferroviarie e programma Linea Alta Velocità.	Gruppo di lavoro Direzione per la Prevenzione	Entro giugno 2006	Attivazione coordinamento SPISAL – Trenitalia – RFI Protocollo d'intesa definito	Si si

Comparto Metalmeccanica.

Attività	Collaborazione	Tempi	Indicatori	Standard
Verifica volumi di attività di vigilanza (copertura almeno del 15% delle aziende del comparto)	Gruppo di lavoro Direzione per la Prevenzione	Entro ottobre 2005	% SPISAL che hanno raggiunto almeno il 15% di aziende ispezionate	Sup al 90%
Valutazione qualitativa dei risultati in termini di omogeneità dell'intervento SPISAL (dati fino al 1° semestre 2005)	Gruppo di lavoro Direzione per la Prevenzione	Entro marzo 2006	Workshop con responsabili spisal e partecipanti al progetto	si

Comparto Agricoltura.

Attività	Collaborazione	Tempi	Indicatori	Standard
Predisposizione e condivisione del manuale (comprensivo di check list) per vigilanza (az. Agricole e rivenditori) da parte degli SPISAL aderenti	Gruppo di lavoro Direzione per la Prevenzione SPISAL	Ottobre 2005	N. spisal presenti agli incontri N. check list elaborate	100% SPISAL aderenti al progetto* 2*
Definizione elenco dei rivenditori da coinvolgere	Gruppo di lavoro	Settembre 2005	Province con elenco rivenditori definito	Tutte le province del Veneto
Elaborazione indicazioni (Circolare) per la vigilanza semplificata presso i rivenditori	Gruppo di lavoro	Agosto 2005	Documento prodotto	Circolare regionale per vigilanza rivenditori
Completamento incontri con associazioni	SPISAL	Dicembre	n. SPISAL che completano gli	100% SPISAL

di categoria e rivenditori		2005	incontri n. associazioni invitate n. rivenditori partecipanti	aderenti al progetto* 100%* almeno 40%*
Condivisione manuale con parti sociali	Direzione per la Prevenzione	Ottobre 2005	n. incontri	Almeno 1 incontro su base regionale
Prosecuzione evasione inchieste secondo procedura regionale per tutti gli infortuni gravi e mortali con priorità per az. con dipendenti fissi e/o a tempo determinato.	SPISAL	2005 - 2007	n. inchieste/n. inf. Gravi e mortali	Almeno 70% gravi 100% mortali
Vigilanza e controllo nelle az. Agricole con dipendenti fissi e/o a tempo determinato e nelle quali si sono verificati infortuni gravi	SPISAL	2005 2006 2007	n. aziende ispezionate con infortuni gravi o mortali con dipendenti	20 aziende / anno, per spisal aderente
Vigilanza e controllo presso rivenditori secondo indicazioni da circolare regionale	SPISAL	2005 2006 2007	rivenditori ispezionati/n. rivenditori censiti n. rivenditori ispezionati/n. rivenditori censiti n. rivenditori ispezionati/n. rivenditori censiti n. attrezzature adeguate/tot. Attrezzature vendute	Fino al 25% Fino al 55% 100% 100%
Definizione delle tipologie edilizie/strutturali/ impiantistiche (delle aziende agricole di produzione, e non di trasformazione) di competenza degli SPISAL nella valutazione dei NIP.	Gruppo di lavoro	Entro dicembre 2006	SPISAL con applicazione linee guida	100%*

*standard di riferimento per gli SPISAL con adesione formalizzata al progetto; standard non valido per i Servizi che aderiscono su base volontaria.

Comparto Legno

Attività	Collaborazione	Tempi	Indicatori	Standard
Informazione ed assistenza alle aziende	SPISAL Area formazione – Comunicazione esterna	Entro dicembre 2005	n. copie materiale distribuito	100% materiale ricevuto
Vigilanza nelle aziende	SPISAL	Attività permanente	n. aziende controllate/anno	10-30 aziende/anno per SPISAL partecipante (secondo rappresentatività comparto)
Verifica disponibilità CD e questionari presso i Servizi per eventuale redistribuzione	Gruppo di lavoro	Entro luglio 2005	% SPISAL sottoposti all'indagine	100% SPISAL partecipanti
Predisposizione schede raccolta dati attività SPISAL (indicatori di processo)	Gruppo di lavoro	Entro luglio 2005	schede	si
Raccolta dati attività SPISAL nel comparto (2004 e primo semestre 2005)	Direzione per la Prevenzione Gruppo di lavoro	Entro settembre 2005	% SPISAL che inviano dati attività	100% SPISAL partecipanti
Raccolta dati attività SPISAL nel comparto	Direzione per la Prevenzione Gruppo di lavoro	Da gennaio a marzo di ogni anno a partire dal 2006	% SPISAL che inviano dati attività	100% SPISAL partecipanti
Predisposizione di schede sulle condizioni di lavoro in azienda e sulle conseguenze delle azioni di informazione ed assistenza (indicatori di risultato)	Gruppo di lavoro	Entro settembre 2005	Schede	si
Raccolta schede di cui sopra	Direzione per la Prevenzione Gruppo di lavoro	Entro settembre 2006 per il primo semestre stesso anno ed entro marzo 2007 per il secondo semestre 2006	% SPISAL che inviano schede	Almeno 60% SPISAL partecipanti
Sperimentazione sull'efficacia degli interventi di formazione attivata dallo SPISAL 15 (trial di comunità)	SPISAL 15	Dicembre 2007	Vedi SPISAL 15	Vedi progetto SPISAL 15

randomizzato controllato)				
---------------------------	--	--	--	--

Linea Trasporti/Movimentazione merci

Attività	Collaborazione	Tempi	Indicatori	Standard
Elaborazione linee guida	Gruppo di lavoro	Luglio 2005	Presentazione al Comitato Guida	si
Eventuale revisione/integrazione delle linee guida	Gruppo di lavoro	Nel corso del biennio 2006 – 2007	Recepimento di osservazioni pertinenti	si
Rilevazione esperienze SPISAL già attivate	Gruppo di lavoro SPISAL	Entro settembre 2005	% SPISAL coinvolti nella rilevazione	100%
Definizione priorità e criteri di scelta delle aziende in cui intervenire in vigilanza	Gruppo di lavoro SPISAL	Entro ottobre 2005	Documento elaborato	si
Predisposizione scheda raccolta dati SPISAL	Gruppo di lavoro	Entro dicembre 2005	% SPISAL che condividono la scheda	100%
Informazione alle aziende del comparto per gruppi	SPISAL Area formazione – Comunicazione esterna	Da ottobre 2005	n. incontri n. ditte invitate % ditte presenti rispetto al totale delle convocate	100% del comparto sup. al 20%
Vigilanza nelle aziende “selezionate”	SPISAL	Da febbraio 2006	n. ditte controllate	10-20 aziende/triennio per SPISAL. 100% interporti nelle province di PD, VR, VI, RO, VE.
Utilizzo delle linee guida in altre aziende nelle quali è rilevante il rischio movimentazione di merci.	SPISAL	Da gennaio 2007	n. interventi nei quali si utilizzano le linee guida	5 all'anno
Raccolta dati attività SPISAL di vigilanza	Direzione per la Prevenzione SPISAL	Da gennaio a marzo di ogni anno a partire dal 2007	% SPISAL che inviano dati attività	100%
Definizione dei criteri per la verifica nell'organizzazione aziendale degli elementi di prevenzione degli infortuni da incidente stradale	Gruppo di lavoro SPISAL Area formazione – Comunicazione interna	Settembre 2005	Check elaborata	si
Vigilanza sull'organizzazione aziendale e implementazione degli elementi carenti (secondo lo schema/procedura di cui sopra) o in occasione di azioni di vigilanza in aziende di autotrasporto	SPISAL	Da gennaio 2006	% aziende di autotrasporto con vigilanza sull'organizzazione aziendale	100% delle aziende ispezionate

Valutazione dei Sistemi di Gestione Sicurezza Aziendali.

Nell'ambito dello sviluppo tendenziale del sistema Spisal da un approccio per comparto ad un approccio per azienda, ogni intervento di prevenzione e promozione della salute attuato dagli SPISAL prevederà la valutazione degli aspetti di sicurezza gestionale (SGS), ivi compreso il benessere organizzativo e gli stili di vita, il lavoro atipico, i rischi psicosociali, le neoplasie professionali e le patologie da movimenti ripetitivi e del rachide, e di sicurezza prettamente tecnica.

L'avvio operativo delle attività di vigilanza e promozione della salute riguarderà aziende identificate sulla base dell'evidenza risultante dall'analisi degli indici di frequenza e gravità di infortuni e malattie professionali. In particolare, dai dati dei flussi INAIL risulta che *circa il 5% delle aziende del Veneto occupa il 60% della popolazione lavorativa e copre il 60% degli eventi infortunistici*. La programmazione per priorità delle attività SPISAL non può prescindere da tali evidenze al fine di garantire l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni dei Servizi.

Promozione della Salute - Attività di sostegno alle PMI

L'implementazione della promozione della salute e degli SGS delle aziende viene effettuata dai Servizi con azioni integrate.

Le linee di lavoro di promozione della salute che si intendono sviluppare nel triennio 2005 – 2007 sono:

- workshop regionale per responsabili Spisal per la condivisione della politica, del metodo e degli strumenti e la pianificazione degli interventi di promozione della salute;
- attivazione di interventi di promozione della salute nei confronti delle aziende pubbliche e private, privilegiando le realtà nelle quali si intende sensibilizzare l'implementazione di un SGS.
- pianificazione a livello provinciale di interventi coordinati di vigilanza e promozione della salute in edilizia rispetto ai temi di prevenzione alcolologica, insegnamento della lingua, in collaborazione con Edilscuola, Collegio Costruttori, OPP, OOSS. I soggetti destinatari di tale azione sono: imprese, RLS, Medici Competenti, Coordinatori per la Sicurezza;
- attivazione degli SPISAL su base provinciale per la costruzione della rete delle aziende per la promozione della salute, anche attraverso il finanziamento di specifici progetti/iniziativa aziendali;
- attivazione degli SPISAL su base provinciale per la costruzione della rete degli interlocutori privilegiati (Medici competenti, RLS in sinergia con il progetto regionale RLS, e RSPP), anche tramite azioni di educazione alla salute e formazione ad essi dedicate;
- attivazione degli SPISAL su base provinciale per la realizzazione di interventi sui media (stampa, radio, tv) e sulle Parti Sociali per la comunicazione sociale;
- integrazione delle azioni di promozione della salute SPISAL, nelle aziende e negli istituti scolastici, con le attività del Dipartimento di Prevenzione e degli altri Dipartimenti delle Aziende ULSS con particolare riferimento all'educazione alla salute per i corretti stili di vita.
- sviluppo di iniziative di facilitazione alle aziende finalizzate all'implementazione di sistemi aziendali di gestione della sicurezza (SGSA), all'attivazione di iniziative di promozione della salute, in linea anche con i principi fondamentali della responsabilità e certificazione sociale di impresa (norma SA 8000).

Formazione

Lo sviluppo del Piano 2005-2007 prevede azioni specifiche nel campo della formazione sia interna, per gli operatori SPISAL in funzione degli obiettivi del Piano, che esterna, verso i lavoratori e i soggetti sensibili del sistema di gestione della sicurezza aziendale. In particolare è previsto un progetto di formazione per potenziare la rete della sicurezza degli RLS e RLST del Veneto con queste finalità:

Obiettivi generali.

Promuovere il miglioramento delle condizioni di salute, sicurezza e benessere organizzativo negli ambienti di lavoro attraverso la rete regionale degli r.l.s., r.l.s.t.

Obiettivi specifici

- realizzare la rete dei tutor della formazione per RLS e RLST e condividere il linguaggio comune con il sistema regionale di prevenzione degli Spisal;
- aggiornare le conoscenze teorico - pratiche degli RLS e RLST e implementare l'utilizzo di strumenti operativi di supporto allo svolgimento della loro attività in ambito aziendale;
- rilevare i fabbisogni formativi degli RLS e RLST per la predisposizione di programmi di aggiornamento rispondenti alle caratteristiche delle singole realtà operative;

Il progetto è stato realizzato e definito unitamente ai rappresentanti delle OO.SS. regionali del tavolo di coordinamento regionale del piano triennale 2002-2004. I risultati attesi sono definibili nella creazione di una rete regionale di supporto e assistenza agli rls curata da tutor provinciali delle OO.SS, adeguatamente formati per la condivisione dei contenuti tecnici e metodologici, in grado di erogare e sviluppare interventi occasionali o strutturati di assistenza agli rls, anche attraverso gli strumenti e le tecnologie internet.

Comunicazione e Formazione con Tecnologie Internet based.

A sostegno dei progetti sulle PMI, RLS e lavoratori si prevede di consolidare l'utilizzo delle piattaforme telematiche (Safetynet e sito istituzionale della Regione) per garantire la circolazione delle informazioni entro il sistema (intranet) e fuori dallo stesso (internet) e per erogare formazione a distanza (e-learning) a lavoratori ed ai soggetti esterni sensibili, secondo l'esperienza regionale

ed è applicato in interventi tuttora in corso e che secondo gli obiettivi del piano 2005-2007 continueranno o saranno implementati :

- corsi per RLS della Sanità
- corsi per RLS ed RLST per la creazione di una rete regionale degli RLS
- corsi per i coordinatori della sicurezza in edilizia
- corsi per lavoratori.