



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INDIVIDUAZIONE PRELIMINARE DEI PROGRAMMI DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018

In linea con quanto stabilito nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 si ispira ai seguenti principi:

- trasversalità/integrazione;
- intersettorialità;
- sostenibilità;
- Evidence Based Prevention (EBP);
- equità e contrasto delle disuguaglianze;
- centralità dell'individuo e delle comunità;
- costo-efficacia degli interventi;
- monitoraggio e valutazione degli interventi.

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

Nel presente documento sono individuati, in via preliminare, i Programmi; entro maggio del 2015 sarà sviluppata la pianificazione vera e propria con il supporto di appositi Gruppi di Programmazione. I Programmi dovranno essere connotati dalla sostenibilità nel tempo e pertanto le azioni programmate dovranno integrarsi nell'attività ordinaria del Servizio Sanitario Regionale.

Nell'ottica della sostenibilità dovrà essere ottimizzato l'aspetto organizzativo poiché l'organizzazione sanitaria è un determinante della qualità e dell'efficacia degli interventi.

Ai fine di superare le criticità rilevate nel Piano di Prevenzione precedente, di seguito richiamate:

- coinvolgimento limitato degli operatori delle ASL nella fase di pianificazione;
- mancanza di un forte coordinamento delle ASL a livello centrale;
- carente coordinamento a livello locale dei progetti del piano;
- carente attività di monitoraggio,

si è ritenuto fondamentale coinvolgere fin dalla fase iniziale le Aziende sanitarie rispetto ai contenuti ed agli obiettivi del Piano nazionale. A tale riguardo si sottolinea che la pianificazione avverrà con il contributo dei Gruppi di programmazione formati dagli operatori appartenenti sia al settore sanitario, sia ad altri settori, nel rispetto del principio della trasversalità e l'intersettorialità che caratterizza gli interventi di prevenzione e promozione della salute.

Si sottolinea che i Dipartimenti di Prevenzione della ASL dovranno garantire il ruolo di stewardship e governance del Piano a livello locale.

A supporto della pianificazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione del Piano dovranno essere utilizzati e/o approntati i necessari strumenti, quali:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- la rete epidemiologica della Sardegna (Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) e Centri Epidemiologici aziendali (CEA);
- sistemi di sorveglianza;
- registri di patologia, compreso il registro tumori.

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

Per ciascun Macro Obiettivo del Piano Nazionale della Prevenzione è svolta una breve analisi di contesto a livello regionale concernente gli aspetti più salienti utili ai fini della individuazione, in via preliminare, dei Programmi regionali con i quali dovranno essere perseguiti tutti gli obiettivi centrali.

Sono di seguito elencati i Programmi di ciascun Macro Obiettivo tenuto conto del principio della trasversalità.

Macro Obiettivo 1

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

Programmi regionali (P):

P - 1.1 Una scuola in salute

P - 1.2 Comunità in salute

P - 1.3 Identificazione precoce dei soggetti a rischio MCNT e presa in carico sistemica

P - 1.4 Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening

Macro Obiettivo 2

Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

Programma regionale:

P - 2.1 Screening dei disturbi sensoriali neonatali

Macro Obiettivo 3

Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti

Programma regionale:

P - 3.1 Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica

Macro Obiettivo 4

Prevenire le dipendenze da sostanze (vedi Macro Obiettivo 1)



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Macro Obiettivo 5

Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti

Programma regionale:

P - 5.1 Prevenzione degli incidenti stradali

Macro Obiettivo 6

Prevenire gli incidenti domestici

Programma regionale:

P - 6.1 Prevenzione degli incidenti domestici

Macro Obiettivo 7

Prevenire gli infortuni e le malattie professionali

Programmi regionali:

P - 7.1 Prevenzione degli infortuni

P - 7.2 Prevenzione delle malattie professionali

P - 7.3 Consolidamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato

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

Macro Obiettivo 8

Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

Programmi regionali:

P - 8.1 Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali

P - 8.2 Supporto alle politiche ambientali

P - 8.3 Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche

Macro Obiettivo 9

Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

Programmi regionali:

P - 9.1 Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni

P - 9.2 Sviluppo e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e risposta alle emergenze infettive

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

P - 9.4 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico - resistenza



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Macro Obiettivo 10

Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli

Programmi regionali:

- P - 10.1 Integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare**
- P - 10.2 Promozione della sicurezza nutrizionale**
- P - 10.3 Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche**
- P - 10.4 Prevenzione delle malattie trasmissibili tramite vettori animali**
- P - 10.5 Prevenzione del randagismo**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1 Macro obiettivo 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT

La Regione Autonoma Sardegna condivide da anni la visione nazionale ed internazionale corrente secondo cui la promozione della salute e la prevenzione delle MCNT costituiscono non solo attività istituzionali del suo sistema sanitario, ma anche una risorsa per lo sviluppo equo e sostenibile della società, in una prospettiva di allungamento e miglioramento qualitativo della vita. In linea con tale visione il nuovo Piano Regionale di Sviluppo (PRS) 2014-2020 pone la Promozione della Salute tra i suoi obiettivi (obiettivo 3.2) ribadendo espressamente l'impegno a contrastare i quattro principali fattori di rischio modificabili per le MCNT, ossia la scorretta alimentazione, la sedentarietà, il consumo di tabacco e l'abuso di alcol. Lo stesso PRS 2014-2020 individua altresì l'inclusione sociale quale obiettivo strategico per la lotta alle disuguaglianze (obiettivo 3.3) anche nell'ambito della salute.

La promozione della salute e la prevenzione delle MCNT figurano nei precedenti Piani Regionali della Prevenzione (PRP). Il PRP 2010-2012, in particolare, ha visto l'attivazione di programmi riguardanti la medicina predittiva applicata alle malattie cardiovascolari, l'identificazione precoce dei tumori e del diabete, e la promozione dell'attività fisica.

Si sottolinea che il diabete rappresenta anche un fattore di rischio per alcune malattie a carico del sistema cardiovascolare, oltreché per l'insorgere di complicanze oculari, renali e neurologiche che contribuiscono a aumentare il carico di mortalità e morbilità e che, costituiscono una crescente fonte di spesa sanitaria diretta e indiretta, con riduzione della produttività lavorativa e una peggiorata qualità di vita.

Complessivamente hanno beneficiato delle attività ricomprese nel PRP 2010-2012, a seconda delle linee d'attività, ampie fasce di popolazione in età pre-scolare e scolare e negli over 30, principalmente nei settings dei servizi sanitari e della scuola. Le linee d'attività del PRP 2010-2012 sono a tutt'oggi confermate nella loro validità, come evidenziato da alcuni dati ISTAT del 2013 concernenti i principali fattori di rischio per le MCNT, in particolare:

- la prevalenza di fumatori over 14 pari al 21,2% (vs 20,9% dato nazionale),
- la prevalenza di persone che consumano la dose raccomandata di almeno 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura pari al 4,5% (vs 4,8% dato nazionale),
- la prevalenza di adulti (over 18) che presentano un eccesso ponderale pari al 42,8% (vs 45,8% dato nazionale),
- la prevalenza di persone ipertese del 15,4 % (vs 16,7% dato nazionale),
- la prevalenza di persone con diabete del 5,3% (vs 5,4% dato nazionale).

Inoltre, i dati dell'indagine OKkio alla Salute 2012, indicano una prevalenza di bambini (8-9 anni) che presentano un eccesso ponderale pari al 25,4% (vs 32,8% dato nazionale).

Infine, per quanto attiene alla mortalità in Sardegna, oltre 2/3 dei decessi del 2011 risultano attribuibili alle malattie cardiovascolari ed ai tumori (dati Istat- HFA 2011).

L'eziologia multifattoriale delle MCNT richiede l'adozione di una strategia di contrasto che sia intersettoriale e centrata sui bisogni degli individui e delle comunità che devono essere posti nelle condizioni di compiere scelte salutari relativamente ai quattro principali fattori di rischio delle MCNT: fumo, alcol, scorretta alimentazione e sedentarietà.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In ossequio al principio della trasversalità, ed in line con quanto auspicato dal Piano d'azione Globale per le MNCT dell'OMS, si è ritenuto di collocare nel contesto del programma regionale di promozione della salute nella scuola, obiettivo centrale specifico (3.1), del Macro Obiettivo 3, riguardante il benessere mentale dei bambini e degli adolescenti.

Al riguardo lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), riferito ai ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 15 anni, offre una panoramica di alcuni aspetti cruciali della vita dei giovani in grado di influenzarne l'equilibrio psico-sociale; risultano di particolare interesse i dati su: percezione del proprio benessere, relazioni familiari, rapporto con il contesto scolastico.

Gli ultimi dati regionali disponibili (HBSC 2009-2010) indicano che:

- l'87% dei ragazzi sardi (vs. 86% dato nazionale) ha una percezione del proprio benessere psico-fisico medio-alta, con un trend inversamente proporzionale all'età;
- il 36,5% dei ragazzi sardi (vs. 34,5% del dato nazionale) trovano "facile o molto facile" la comunicazione con i genitori su questioni che li preoccupano; è noto che una buona comunicazione con i genitori funge da fattore protettivo nei confronti di sintomi depressivi, comportamenti antisociali, scarsa autostima e insoddisfazione della propria immagine corporea,
- il 45% dei ragazzi sardi si sente "molto o abbastanza stressato" dall'impegno scolastico (vs il 42% del campione nazionale ed il 32% del campione internazionale),
- il 13% dei ragazzi sardo afferma che "piace molto la scuola" (vs 16% del campione italiano ed il 30% del campione internazionale); tale dato è coerente con il dato all'abbandono scolastico che pone la Sardegna in testa alle regioni italiane col 25,8% di ragazzi di età compresa tra 18-24 anni con la sola licenza media (dati Eurostat, Statistics on Education anni 2006, 2010 e 2012).

La strategia multisetoriale necessaria per la lotta alle MCNT e del benessere mentale, richiede l'impegno coordinato di risorse su più fronti, dentro e fuori del sistema sanitario. Il PRP 2010-2012 ha cercato di tradurre questa esigenza con il coinvolgimento, a diversi livelli, di vari comparti delle ASL (dipartimenti di prevenzione, medicina territoriale, comparto ambulatoriale e ospedaliero) e di diversi partners istituzionali (scuole, settore sportivo, forze di polizia etc). Questo modo di lavorare, sostanzialmente nuovo nella sua multidisciplinarietà e trasversalità, ha portato a diverse criticità rilevate in relazione alla gestione dei progetti ed alla loro diffusione capillare ed omogenea su tutto il territorio regionale.

In sintesi, l'esperienza del PRP 2010-2012, limitatamente ai progetti riconducibili all'area della promozione della salute e prevenzione delle MCNT, ha evidenziato le seguenti criticità:

- scarsa trasversalità dei progetti del PRP;
- carenza di un piano di monitoraggio, condiviso fra la Regione e le ASL;
- insufficiente coordinamento regionale dei progetti con conseguente eccessiva eterogeneità di azioni a livello locale;
- mancato endorsement di alcune linee progettuali da parte delle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali, soprattutto laddove fosse necessario un raccordo intra-aziendale (es. coinvolgimento di professionisti appartenenti a strutture organizzative differenti);
- difficoltà nei rapporti interistituzionali (es. scuola, centri sportivi, palastre etc), verosimilmente per una scarsa advocacy del sistema sanitario centrale a favore delle linee di attività proposte;
- difficoltà a coinvolgere attivamente e uniformemente sul territorio regionale i MMG.

Per quanto concerne la promozione dell'allattamento al seno, pur non essendo un obiettivo specifico dei precedenti Piani Regionali della Prevenzione, la regione Sardegna ha istituito, già dal 2012 la Commissione Regionale Perinatologica, con l'obiettivo esplicito, di promuovere la pratica dell'allattamento



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

al seno; dei lavori e le strategie di pianificazione di detta Commissione si terrà conto nello sviluppo della programmazione del PRP 2014-2018.

Nell'ambito del programma nazionale Guadagnare Salute (DPCM del 4 maggio 2007) la regione Sardegna ha sviluppato attività di promozione della salute non incluse nei Piani Regionali della Prevenzione: in particolare è stato istituito uno dei primi network regionali delle scuole promotrici della salute, denominato *NeSS* (Network Scuola e Salute). Il *NeSS*, ispirato ai principi fondanti della rete europea delle scuole promotrici della salute (SHE Network), si prefigge di diventare il punto di riferimento e lo strumento di comunicazione e formazione della rete interistituzionale di operatori che si occupano di prevenzione e promozione della salute nelle scuole. La prima azione realizzata dal *NeSS* è stata quella di diffondere su tutto il territorio regionale *Unplugged*, un programma evidence-based per la lotta alle dipendenze da fumo, alcol e droghe. Ciò è stato possibile anche grazie alla cooperazione con l'Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna, col quale è stato sottoscritto nel 2010 il Protocollo Regionale Scuola-Sanità.

Il *NeSS* ha facilitato la comunicazione e la pianificazione congiunta delle due Istituzioni fondanti, ma il suo potenziale rimane ancora in gran parte inespresso. In particolare si evidenziano le seguenti criticità e le relative opportunità di superamento offerte dal prossimo PRP:

- limitata diffusione del network presso gli operatori che dovrebbero costituire la rete operativa, in particolare i dirigenti scolastici e gli insegnanti.
La programmazione del PRP 2014 – 2018 curerà gli aspetti di diffusione e comunicazione del *NeSS* presso gli operatori scolastici favorendone la loro affiliazione.
- mancata integrazione del *NeSS* nell'ambito della progettualità del PRP 2010 - 2012 riguardante la popolazione scolastica: il *NeSS* è rimasto largamente inutilizzato come risorsa per la formazione e comunicazione da parte dei diversi progetti regionali esistenti.
Il PRP 2014 – 2018 dovrà "utilizzare" il *NeSS* quale strumento di coordinamento e diffusione delle attività di formazione e di comunicazione programmate, in modo tale da favorire la creazione di una comunità di operatori e l'adozione dell'approccio olistico (whole-school approach) per la promozione della salute nelle scuole.

Per quanto concerne i Programmi organizzati di screening oncologico, attivati in modo progressivo, a partire dal 2006, sulla spinta programmatica del Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007, si evidenzia uno stato di attuazione territoriale incompleto, che vede una ASL su 8 non garantire a tutt'oggi lo screening del carcinoma del colon retto.

E' presupposto fondamentale per l'efficacia dei programmi di screening oncologico organizzato che tutte le persone della popolazione target abbiano la possibilità di accedere alle prestazioni (estensione dello screening) e che ciò avvenga secondo una tempistica che rispetti determinati standard definiti nelle linee guida nazionali e internazionali.

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

- per lo screening mammografico, a fronte di una estensione effettiva del 62,25%, il tasso di adesione è pari al 45,64%: ciò significa che solo il 24,73% (29.189 su 118.027) delle donne che nel 2013 avrebbero dovuto usufruire delle prestazioni screening ne ha effettivamente usufruito,
- per lo screening del cervico-carcinoma, a fronte di una estensione effettiva del 62,78%, il tasso di adesione è pari al 40,74%: ciò significa che solo il 25,64% (41.161 su 160.503) delle donne che nel 2013 avrebbero dovuto usufruire delle prestazioni screening ne ha effettivamente usufruito,



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- per lo screening del del colon retto, a fronte di una estensione effettiva del 61,93%, il tasso di adesione è pari al 38,42%: ciò significa che solo il 19,92% (45.426 su 227.997) delle persone che nel 2013 avrebbero dovuto usufruire delle prestazioni screening ne ha effettivamente usufruito.

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

1. insufficiente governance regionale, sia nella fase di pianificazione dei percorsi, sia nelle fasi di monitoraggio e di valutazione dei Programmi, con conseguente:
 - disomogeneità dei percorsi organizzativi avviati dalle ASL nonché delle modalità di reclutamento/utilizzo del personale impiegato;
 - mancata attivazione dei percorsi interaziendali, qualora necessari per garantire la qualità delle prestazioni secondo gli standard nazionali definiti, e dei rapporti di committenza sottostanti;
 - mancata identificazione a livello regionale di centri di riferimento per le prestazioni chirurgiche, dotati degli standard previsti dalle linee guida nazionali;
 - mancata definizione del ruolo delle Aziende Ospedaliere e/o Ospedaliero – Universitarie nell'ambito dei predetti percorsi interaziendali, e dei rapporti di committenza sottostanti;
 - insufficiente programmazione e promozione dell'attività formativa rivolta agli operatori;
 - mancata definizione/implementazione degli strumenti/metodologie di monitoraggio della qualità dei programmi attivati e dei costi di realizzazione degli stessi;
 - mancato avvio di un monitoraggio epidemiologico e di impatto sulla salute della popolazione di riferimento e del sistema informativo di supporto;
 - insufficiente consultazione dei rappresentanti dei cittadini, anche ai fini del loro coinvolgimento attivo nella comunicazione/informazione alla popolazione per favorire una adesione consapevole agli screening;
 - assegnazione dei finanziamenti a prescindere da un'adeguata valutazione dei percorsi organizzativi secondo criteri di qualità e di efficienza;
 - necessità di rivisitazione delle modalità di monitoraggio della spesa in ragione dell'appropriatezza degli interventi e della coerenza con i dati di attività dichiarati e certificati attraverso le survey dell'ONS.
2. insufficiente governance delle Aziende Sanitarie Locali nelle diverse fasi di pianificazione, realizzazione e monitoraggio dei Programmi, con conseguente:
 - percezione dello screening organizzato come attività straordinaria e aggiuntiva, e non come Livello Essenziale di Assistenza;
 - massiccio utilizzo di personale precario o impiego del personale dipendente al di fuori dal normale orario di servizio, nell'ambito di attività straordinaria e aggiuntiva;
 - carente coordinamento dei professionisti e delle strutture organizzative coinvolte nei percorsi da parte delle direzioni aziendali, coordinamento spesso demandato direttamente ai responsabili dei Centri screening non dotati, peraltro, dei poteri di negoziazione sufficienti e necessari a definire e strutturare in modo efficace il complesso percorso di screening in tutte le fasi o processi in cui si articola, fasi e processi distribuiti in differenti strutture organizzative aziendali;
 - insufficiente consapevolezza da parte degli operatori implicati nelle diverse fasi o processi di far parte di un percorso organizzativo unitario che, in quanto tale, richiede il rispetto delle tempistiche



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- stabilite, secondo gli standard e i parametri di qualità, nonché il ritorno informativo delle attività svolte al Centro Screening aziendale per le valutazioni sanitarie e amministrative dei Programmi;
- scarso coinvolgimento della medicina generale, sia nella fase operativa che nei percorsi formativi.

Il PRP 2014-2018 rappresenterà l'opportunità per lo sviluppo di una strategia condivisa di reingegnerizzazione dei Programmi di screening oncologico per migliorare l'estensione effettiva, il livello qualitativo delle prestazioni e la costo – efficacia del sistema regionale, l'informazione e la comunicazione alla popolazione, oltre che per l'introduzione delle innovazioni tecnologiche previste dal Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018 (test HPV-DNA quale test di screening per il tumore della cervice uterina).

Il monitoraggio, la valutazione e la programmazione delle azioni intraprese, più sopra evidenziate, sono state agevolate dai sistemi di sorveglianza sugli stili di vita attivi in Sardegna:

- il "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", attivo in entrambe le sue componenti (OKkio alla Salute e HBSC), che registra in Sardegna consistentemente tassi di risposta tra i più alti in Italia;
- i sistemi di sorveglianza PASSI che è attivo su tutto il territorio regionale,
- e PASSI d'Argento, che all'ultima rilevazione ha registrato la partecipazione di 5 ASL su 8 con conseguenti ricadute sul livello di rappresentatività regionale.

I sistemi sopra citati risentono di limitate risorse dedicate che rendono difficile la raccolta dei dati e ne limitano la diffusione con conseguente scarsa ricaduta sulla programmazione, soprattutto a livello locale. Il PRP 2014-2018 dovrà rinforzare il ruolo ed il profilo dei sistemi di sorveglianza a livello regionale e locale, e sviluppare prodotti di comunicazione dei risultati, per diversi target.

In considerazione del quadro epidemiologico ed organizzativo finora descritto, dell'eterogeneità degli Obiettivi Centrali (O.C.) compresi nel macro-obiettivo 1, delle criticità rilevate dall'esperienza pregressa, ed in applicazione del principio di trasversalità della programmazione, si ritiene opportuno sviluppare il presente macro obiettivo in 4 distinti programmi, così come di seguito illustrato.

Il primo programma persegue gli OC relativi alla promozione della salute nel setting scuola ed è integrato da alcuni OC presenti nei macro obiettivi 3, 4, 6, 7, 8 in quanto pertinenti alla popolazione target.

Il prodotto finale del programma sarà un pacchetto integrato di iniziative evidence-based sviluppate e promosse congiuntamente dal mondo della sanità e quello della scuola. La creazione e la promozione di tale pacchetto si avvarrà dei metodi e degli strumenti dell'esistente Network Scuola e Salute (NeSS) che fungerà da promotore di tutte le iniziative in un'ottica di programmazione olistica per la promozione della salute (whole-school approach). Al fine di contrastare la potenziale creazione di disuguaglianze di salute fra giovani, al fine di raggiungere anche il target dei giovani NEET (Not in Education, Employment or Training), il programma "Una scuola in salute" prevederà iniziative estendibili al setting della "comunità" nell'ottica di raggiungere coloro che, per profilo socio-economico, trarrebbero maggiori benefici dai programmi di promozione dei corretti stili di vita:

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
UNA SCUOLA IN SALUTE	1.1 Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di	1.1.1 Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	1.1.2 Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi
	1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta;	1.3.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica
	3.1 Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	3.1.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute
	4.1 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui;	4.1.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute
	7.6 Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	7.6.1 Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute
	8.11 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	8.11.1 Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica
	8.12 Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	8.12.1 Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV

Il secondo programma ricomprende gli OC di promozione della salute da sviluppare nell'ambito della comunità, ivi compresi i luoghi di lavoro. Oltre alla già citato collegamento programma "Una scuola in salute", comprende un OC del Macro Obiettivo 6 "prevenire gli incidenti domestici" in quanto la comunità rappresenta una risorsa indispensabile per la promozione dell'attività fisica negli anziani. Data la varietà dei partners potenziali nella comunità, la buona riuscita di questo programma è subordinata alla creazione di solide alleanze tra il mondo della sanità ed altri soggetti istituzionali e non coinvolti nelle azioni di promozione dei corretti stili di vita:

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
COMUNITA' IN SALUTE	1.1 Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	1.1.1 Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti
		1.1.2 Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	1.2 Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	1.2.1 Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese
	1.4 Ridurre il numero dei fumatori	1.4.1 Prevalenza di fumatori nella popolazione
	1.5 Estendere la tutela dal fumo passivo	1.5.1 Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato
	1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1 Prevalenza di consumatori di alcol a rischio
	1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1 Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno
	1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1 Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale
		1.8.2 Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale
	1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1 Prevalenza di soggetti fisicamente attivi
		1.9.2 Proporzioni di ultra 64enni fisicamente attivi
		1.9.3 Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)
	6.2 Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1 Proporzioni di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile

Il terzo programma elencato in tabella comprende gli OC relativi all'identificazione precoce e presa in carico sistemica dei soggetti a rischio di MCNT. Partendo dall'analisi del contesto organizzativo e dai risultati finora raggiunti in questo ambito, esso si prefigge di disegnare i percorsi di identificazione precoce dei soggetti a rischio e presa in carico sistemica, previo studio di fattibilità che consentirà di individuare le possibili soluzioni operative.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
IDENTIFICAZIONE PRECOCE E PRESA IN CARICO SISTEMICA DEI SOGGETTI A RISCHIO MCNT	1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.1 Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

		1.10.2 Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)
		1.10.3 Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere
		1.10.4 Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso
		1.10.5 Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo
		1.10.6 Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica
	1.11 Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche;	1.11.1 Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)

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

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI TUMORI OGGETTO DI SCREENING ORGANIZZATO	1.12 Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	1.12.1 Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening sulla popolazione bersaglio
	1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13.1 Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio
	1.14 Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA;	1.14.1 Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

		1.14.2 Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)
	1.15 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	1.15.1 Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)
		1.15.2 Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)

2 Macro obiettivo 2: Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

I deficit uditivi congeniti, se non diagnosticati precocemente, possono gravemente compromettere i processi di sviluppo cognitivo del bambino. I dati di incidenza relativi alla ipoacusia neurosensoriale bilaterale sono pari a 1 - 1,5 ogni 1000 nati, pertanto in Sardegna, si stima una incidenza di 18 casi di ipoacusia severa all'anno.

La regione Sardegna ha definito nel 2008 il programma regionale di diagnosi precoce, cura e riabilitazione delle ipoacusie infantili, fondato sullo screening neonatale delle ipoacusie.

Lo screening neonatale delle ipoacusie è effettuato secondo una metodologia standardizzata, basata sulla registrazione delle emissioni otoacustiche (EOA) effettuata in seconda giornata di vita, seguito, se del caso, da un test di conferma con potenziali evocati uditivi del tronco (ABR), effettuato entro i primi tre mesi di vita del bambino.

Il modello regionale ha previsto il disegno del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo articolato in:

- centri di primo livello, deputati alla esecuzione del test di screening,
- centri di secondo livello nei quali sono effettuati i test di conferma (ABR), gli esami di approfondimento diagnostico e l'indicazione per l'eventuale protesizzazione,
- i centri di terzo livello nei quali è confermata la protesizzazione ed effettuato l'intervento.

Nella regione Sardegna sono presenti 17 punti nascita, di cui tre in strutture private accreditate. Attualmente solo alcuni punti nascita hanno attivato lo screening audiologico neonatale.

Il PRP 2014-2018 dovrà prevedere l'attivazione dello screening in tutti i punti nascita della rete regionale e l'implementazione del percorso di cura e riabilitazione.

I dati di incidenza Istat affermano che 4,5 persone ogni 1000 abitanti sono ipovedenti; inoltre, si stima, in rapporto al dato nazionale, che il numero di ciechi in Sardegna sia pari a circa 10.000.

L'identificazione precoce delle cause dei disturbi oftalmologici permettono interventi più efficaci sia nel trattamento sia nella riabilitazione. Lo Stato italiano con la legge n. 284 del 1997 ha riconosciuto l'utilità della prevenzione della ipovisione e della cecità e l'OMS, nel Global Action Plan 2014 – 2019 ha sollecitato gli Stati ad attivare un Piano nazionale per la prevenzione in campo oftalmologico.

Il PNP 2014 – 2018 ha previsto come strategia di intervento lo screening oftalmologico neonatale con due momenti principali alla nascita e ai tre anni.

Nella regione Sardegna sono presenti 17 punti nascita, di cui tre in strutture private accreditate. Attualmente solo alcuni punti nascita hanno attivato lo screening oftalmologico neonatale.

Il PRP 2014 – 2018 dovrà prevedere l'attivazione dello screening in tutti i punti nascita della rete regionale e l'implementazione del percorso di cura e riabilitazione.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
SCREENING DEI DISTURBI NEUROSENSORIALI NEONATALI	2.1 Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	2.1.1 Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale
	2.2 Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	2.2.1 Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale

3 Macro obiettivo 3: Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti

Il macro obiettivo 3 si articola in due Obiettivi Centrali: il primo riguarda il benessere mentale dei bambini e degli adolescenti, e sarà sviluppato nell'ambito del programma "Una Scuola in Salute"; il secondo è relativo della diagnosi precoce e presa in carico sistemica dei soggetti con disagio mentale, e sarà oggetto di un programma specifico denominato "Identificazione precoce e presa in carico sistemica dei soggetti a rischio di disagio mentale".

I disturbi mentali costituiscono un rilevante problema per la salute pubblica, in termini di morbosità, mortalità e disabilità: disturbi psichiatrici contribuiscono per il 14% al carico globale di malattia (global burden of disease).

L'Obiettivo Centrale 3.2 ha un carattere di assoluta novità all'interno del Piano Nazionale della Prevenzione costituendo una sfida ed un'opportunità per l'elaborazione di percorsi di intervento centrati sull'individuo in una logica di superamento delle tradizionali barriere riscontrabili tra diversi dipartimenti e funzioni all'interno delle ASL e tra i servizi delle ASL e quelli in capo ad istituzioni esterne: scuole ed enti locali in primo luogo. Il suddetto obiettivo è coerente con le previsioni dell'Accordo Stato-Regioni n. 137 del 13.11.2014 che, in applicazione del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" (PANSM; Intesa Stato-Regioni del 24.1.2013), individua 4 percorsi di cura da attivare in particolare per i disturbi mentali quali: disturbi schizofrenici, disturbi dell'umore e disturbi gravi di personalità.

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

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

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

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

Per quanto riguarda i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) (comprendenti Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata e DCA sottosoglia), i dati epidemiologici di



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

prevalenza sono meno solidi, la prevalenza in Italia si attesterebbe intorno al 3.3% per età ≥ 18 anni (Prete et al., 2009).

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

Nonostante l'assetto dipartimentale dei servizi per la salute mentale sia oramai consolidato, l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza degli interventi in capo ai DSM sono condizionati da un insufficiente coordinamento fra i servizi competenti per i diversi bisogni assistenziali. In particolare, persiste spesso la carenza di un definito continuum assistenziale in grado di assicurare percorsi di cura articolati nei contesti ambulatoriali, domiciliari, in centri diurni/residenziali e in ospedale, nonché un insufficiente coordinamento/integrazione delle attività dei DSM con le attività dei Servizi Sociali degli Enti locali e gli altri soggetti istituzionali interessati alla tematica.

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

lo specifico dell'età adolescenziale, si rileva un'insufficiente integrazione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta, fatto assai critico, giacché le principali patologie psichiatriche dell'età adulta esordiscono in adolescenza e richiedono una presa in carico multidisciplinare di lunga durata, con interventi complessi e coordinati ed in integrazione con altri soggetti e istituzioni.

Le aree di intervento che risentono maggiormente dell'insufficiente coordinamento fra gli interventi rivolti ai minori e quelli rivolti agli adulti – segnatamente fra UONPIA e DSM - sono quelle riguardanti i disturbi psicotici, quelli dell'umore, di personalità e i DCA.

In particolare va evidenziata l'assenza, in ambito regionale, di percorsi organizzati e strutture specialistiche deputate al trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), individuati dal PNP 2014-2018 quale campo d'intervento prioritario. Al riguardo, a fronte di poche esperienze di livello locale, che si muovono nella direzione dell'intervento multidisciplinare ed interservizi, l'insufficienza complessiva delle risposte assistenziali rende spesso necessario il ricorso a strutture sociosanitarie della penisola.

Coerentemente con quanto indicato dal PANSM, anche in Sardegna è necessaria una riorganizzazione dell'attività dei servizi per la salute mentale, finalizzata all'integrazione interprofessionale e fra servizi e al lavoro per programmi evidence-based di intervento, specifici e differenziati sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura.

L'obiettivo centrale 3.2 del PNP 2014-2018 pone l'accento sugli interventi di prevenzione secondaria orientati alla diagnosi precoce dei disturbi psichiatrici, utilizzando come indicatore dell'efficacia dell'intervento la percentuale delle diagnosi a un anno dall'insorgenza dei sintomi. Il perseguimento dell'obiettivo della diagnosi precoce si scontra, in Sardegna, con almeno tre criticità che ostacolano la presa in carico dell'utenza e ne allungano i tempi di realizzazione:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- difficoltà delle UONPIA di mettere in campo risposte tempestive,
- lmananza di percorsi condivisi di presa in carico ed intervento fra UONPIA e servizi per la salute mentale in età adulta (DSM),
- insufficiente coordinamento ed integrazione degli interventi sia fra i servizi in capo alle ASL (DSM, UONPIA, Consultori Familiari, riabilitazione, etc.), sia fra questi ultimi e le altre istituzioni coinvolte nella promozione e tutela della salute e del benessere della popolazione (in primo luogo Enti Locali e scuola).

Sulla base alle indicazioni di carattere nazionale e all'analisi di contesto della situazione regionale più sopra sintetizzata, il PRP 2014-2018, mediante il programma di seguito evidenziato, dovrà:

- rivedere gli assetti organizzativi e le priorità sulle quali orientare la presa in carico, delle UONPIA;
- promuovere la stretta collaborazione, il coordinamento e l'integrazione fra i servizi dedicati all'età evolutiva e quelli dell'età adulta, stante l'esordio adolescenziale delle patologie alle quali sono indirizzati gli interventi di diagnosi precoce;
- promuovere e definire azioni finalizzate allo sviluppo di competenze utili a cogliere i segni e sintomi di disagio mentale, a stabilire percorsi interservizi e interistituzioni prioritari utili a ridurre la latenza fra i segnali di esordio precoce del disturbo mentale, la diagnosi e l'intervento, quali: interventi formativi congiunti, elaborazione di protocolli d'intesa e condivisione di procedure operative rivolte alla sensibilizzazione al problema nei contesti più idonei (scuole, luoghi di aggregazione, etc.).

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
IDENTIFICAZIONE PRECOCE E PRESA IN CARICO SISTEMICA DEI SOGGETTI A RISCHIO DI DISAGIO MENTALE	3.2 Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	3.2.1 Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi

4 Macro obiettivo 4: Prevenire le dipendenze (sostanze e comportamenti)

La prevenzione delle dipendenze da sostanze, soprattutto alcol, nella popolazione scolastica ha trovato qualche spazio nel precedente Piani Regionali della Prevenzione. Essendo l'unico obiettivo di questa macro area relativo solo al settino scuola, si ritiene opportuno sviluppare la progettualità per il suo raggiungimento all'interno del programma interistituzionale trasversale di promozione della salute nella popolazione scolastica e verrà inserito, quindi, nel programma denominato UNA SCUOLA IN SALUTE.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

5 Macro Obiettivo 5: Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti

Il PNP 2014-2018 conferma quale Obiettivo prioritario la prevenzione e la riduzione della gravità degli esiti degli incidenti stradali.

Nei precedenti Piani regionali della Prevenzione, 2005-2007 e 2010-2012, la Regione Sardegna ha intrapreso un percorso di contrasto al fenomeno su popolazioni target individuate in base ai dati ISTAT, ACI e ai dati del sistema di sorveglianza PASSI.

I dati ISTAT-ACI, riferiti all'anno 2012, sugli incidenti stradali in Italia, mostrano un nuoto totale di incidenti in Sardegna pari a 3.472, di cui 90 mortali; il numero di morti complessivo è stato pari a 95 persone e il numero di feriti pari a 5.263 persone.

Benché il trend a livello nazionale e regionale sia in discesa il numero di incidenti e di vittime della strada rimane ancora rilevante, specialmente nella fascia di età giovanile, tale da configurare un problema di sanità pubblica con notevoli costi sociali.

Nell'ambito delle azioni programmate nel Piano della Prevenzione 2005-2007, la regione ha promosso azioni mirate ad arginare il fenomeno. In particolare è stata avviata un'indagine sulla "percezione del rischio con il supporto di varie istituzioni (ASL, Università, Ufficio Scolastico Regionale, Forze dell'Ordine) e altrettanti portatori d'interesse "moltiplicatori" dell'azione preventiva (genitori, Insegnanti, Istruttori di autoscuole, di motorizzazione etc...). Sono state inoltre sviluppate azioni in ambito scolastico, mediante l'utilizzo di un approccio educativo globale, finalizzato alla formazione e all'apprendimento di stili di vita corretti quali: guida consapevole, non assunzione di alcool e droghe alla guida, impiego di dispositivi di sicurezza, etc.

Le predette azioni di "contrasto" sono continuate anche con il PRP 2010-2012, orientate dai dati derivanti dall'analisi sulla "percezione del rischio" che ha visto il coinvolgimento di complessivi 5.342 alunni (delle classi 1° e 2° delle scuola media superiore) e relativi genitori ed insegnanti.

Sono stati realizzati numerosi interventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione giovanile in setting scolastico e non (laboratori scolastici, realizzazione di materiale informativo, organizzazione di eventi per gli operatori scolastici e per gli istruttori di scuola guida, etc).

Inoltre sono state realizzate campagne informative e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale (cartellonistica, poster, ect).

L'esperienza realizzata ha fatto emergere punti di forza e alcune criticità di seguito rappresentate:

- eterogeneità degli interventi realizzati nei diversi contesti territoriali,
- difficoltà nel coordinamento interistituzionale degli interventi realizzati in ambito scolastico, nonostante la sottoscrizione del il protocollo di collaborazione Scuola-Sanità,
- mancato coordinamento con altre Istituzioni cruciali nella prevenzione degli incidenti stradali (Prefettura),
- difficoltà nel coinvolgimento delle agenzie del tempo libero (es discoteche, pub, etc),.
- difficoltà nel funzionamento del sistema informatizzato di monitoraggio degli incidenti stradali nei Pronto Soccorso degli ospedali regionali, nell'ambito del SiSar.

Sulla base dell'analisi del contesto regionale e delle criticità più sopra evidenziate, il PRP 2014-2018, mediante il programma di seguito riportato, si prefigge di migliorare i rapporti di collaborazione interistituzionale con i partners cruciali per l'attuazione delle politiche di contrasto e di migliorare il livello di utilizzo dei sistemi di sorveglianza disponibili (PASSI). Gli obiettivi centrali del macro Obiettivo 5 sono trasversali rispetto al programma di promozione della salute nel setting scolastico e in quello della comunità del Macro Obiettivo 1.

Il PRP 2014-2018 dovrà inoltre implementare l'Osservatorio regionale sugli incidenti stradali, sia attraverso i dati rilevati dal sistema informativo del Pronto Soccorso (Sisar), sia avvalendosi del contributo informativo delle basi dati RENCAM e SDO.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI E RIDUZIONE DELLA GRAVITA' DEI LORO ESITI	5.1 Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1 Tasso di decessi per incidente stradale
	5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1 Tasso di ricoveri per incidente stradale
	5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.1 Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini
		5.3.2 Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)

6 Macro Obiettivo 6: Prevenire gli incidenti domestici

Il PNP 2014-2018 conferma quale Obiettivo prioritario la prevenzione degli esiti degli incidenti stradali.

Le indagini ISTAT e il SINIACA (Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione) rivelano che le fasce di età maggiormente a rischio per gli incidenti in ambiente domestico sono l'età pediatrica (fino a 14 anni), con un picco tra 1 e 4 anni e l'età anziana, oltre i 70 anni, in particolare per le cadute che rappresentano la prima causa di accesso al pronto soccorso tra quelle ascrivibili agli incidenti domestici.

Oltre il 70% di tutti gli incidenti riguarda le donne, in particolare le casalinghe, che con quasi 4 incidenti su 10, sono un gruppo di popolazione particolarmente esposto.

Il (SINIACA), coordinato dall'ISS, dispone di una rete di sorveglianza nei pronto soccorso ospedalieri in un campione di 35 centri. Proiettando le stime d'incidenza del campione a livello nazionale, è possibile stimare in 1 milione e 700.000 l'anno gli accessi in pronto soccorso per infortunio domestico in Italia e in 125.000 l'anno i conseguenti ricoveri ospedalieri. A livello regionale si stima un numero di accessi al Pronto Soccorso pari a 50.000 accessi/anno, con conseguenti ricoveri ospedalieri pari a 3.600 circa.

Le dinamiche d'incidente maggiormente osservate in pronto soccorso sono: le cadute (48,1%), le ferite da taglio e punta (18,1%), gli urti o gli schiacciamenti (14,6%), i corpi estranei (3,2%), le ustioni o corrosioni (2,6%).

Gli ambienti della casa in cui più frequentemente si determinano gli infortuni sono: la cucina (14,7%), le scale (10,7%), le altre pertinenze esterne (12,4%), il cortile o il giardino (9,7%), la camera da letto (9,5%).

La Regione Sardegna sulla base dei dati del sistema SINIACA, e delle informazione del sistema PASSI e PASSI D'ARGENTO, ha realizzato con il Piano di Prevenzione 2005-2007, interventi mirati alla popolazione target (genitori e insegnanti dei bambini da 0 ai 4) e anziani over 65.

Le azioni di contrasto sono continuate ed implementate con il PRP 2010-2012 con strategie utili a orientare e informare sui rischi in ambiente domestico e a diffondere nella popolazione la cultura della sicurezza in casa. Gli interventi sono stati realizzati nel setting scolastico, dei servizi sanitari (consultori e servizi vaccinali), della comunità (es. Gruppi di cammino).



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Inoltre, al fine di conoscere meglio il fenomeno :

- è stata somministrata nel 2012 ad un campione di anziani che sono caduti nelle loro abitazioni un questionario (elaborato a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità e adattato dalla regione Sardegna) riguardante le condizioni di sicurezza strutturale delle abitazioni,
- è stato predisposto un sistema informatizzato di monitoraggio degli incidenti domestici nei Pronto Soccorso degli ospedali regionali, nell'ambito del SiSar.

Il PRP 2014-2018 dovrà tenere conto dei risultati della sorveglianza e dei dati scientifici, per:

- individuare le fasce di popolazione verso cui orientare gli interventi (per esempio anziani, bambini, donne adulte);
- progettare interventi caratterizzati da approcci integrati, con il coinvolgimento di istituzioni sanitarie, ma anche dei gruppi di società civile;
- privilegiare interventi volti al mantenimento dell'autonomia e delle capacità psicomotorie dell'anziano, (vedasi al riguardo il Programma di Promozione della Salute nella comunità del Macro Obiettivo 1), interventi educativi rivolti a bambini di 0-4 anni, coinvolgendo anche i genitori e la scuola, e agli anziani, specialmente quelli che vivono soli,
- formare gli operatori sanitari e sociali, per fornire competenze di base per la realizzazione e la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti socioassistenziali.

Il PRP 2014-2018 dovrà inoltre migliorare la conoscenza del fenomeno (traumatismi e avvelenamenti/intossicazioni secondari ad incidente domestico) attraverso l'implementazione l'Osservatorio regionale sugli incidenti domestici, sia attraverso i dati rilevati dal sistema informativo del Pronto Soccorso (Sisar), sia avvalendosi del contributo informativo delle basi dati RENCAM e SDO.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
PREVENIRE GLI INCIDENTI DOMESTICI	6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	6.1.1 Tasso di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere
	6.3 Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver	6.3.1 Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKkio alla salute entro 2 anni)
		6.3.2 Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)
	6.4 Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS; 6.4 Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1 Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)
	6.5 Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1 Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

7 Macro Obiettivo 7: Prevenire gli infortuni e le malattie professionali

Come rilevabile dai Flussi Informativi Inail/Regioni per la prevenzione nei luoghi di lavoro aggiornati all'ultima edizione (rilasciata a Maggio 2014), la struttura produttiva regionale nell'anno 2012 (ultimo anno disponibile, nei suddetti Flussi Informativi) comprende 105.462 Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) nella Gestione Industria e Servizi e un numero di addetti pari a 348.364 unità lavorative.

Dal rapporto fra numero di addetti e numero di PAT (variabile nel periodo 2000-2012 fra 3,3 e 3,7 addetti per PAT), si rileva che il tessuto produttivo sardo è costituito essenzialmente da microimprese; in media, solo le categorie di attività economica relative a Industria Petrolifera, Industria Chimica, Elettricità Gas Acqua, Pubblica Amministrazione, Intermediazione hanno un numero di addetti superiore a 10. Questa peculiarità apporta un elemento aggiuntivo di rischio di infortuni e di malattie professionali, risultando più difficile la realizzazione di un'organizzazione aziendale per la gestione della salute e sicurezza efficace.

Riguardo agli infortuni, l'analisi dei dati relativi ai Flussi Informativi Inail/Regioni permette di rilevare che gli infortuni sul lavoro denunciati così come quelli riconosciuti (o con definizione positiva), dopo un trend in crescita nel sestennio 2000-2005, presentano un andamento nettamente decrescente nel successivo periodo 2006-2012, registrandosi complessivamente nel periodo 2000-2012 un decremento percentuale, rispettivamente, del -23% e del -25%, evidenziando che, grazie all'impegno nelle attività di prevenzione, assistenza e vigilanza messe in campo, si è ottenuto un miglioramento delle condizioni di sicurezza negli ambienti di lavoro. Occorre, però, tenere presente che una parte non irrilevante di questo fenomeno è legata al calo della forza lavoro, in conseguenza della grave crisi economica che ha coinvolto la Sardegna. Calcolando i tassi di incidenza degli infortuni sul lavoro (rapportando le frequenze assolute degli infortuni agli occupati, per eliminare l'effetto distorsivo determinato dalla variazione del numero di addetti), si rilevano comunque, nel periodo esaminato, trend decisamente decrescenti dei tassi infortunistici, sia per gli infortuni sul lavoro denunciati e sia per quelli riconosciuti. Peraltro, riguardo agli infortuni "gravi" in occasione di lavoro definiti positivamente si riscontra, invece, un trend dei tassi di infortunio che, complessivamente, è solo lievemente decrescente. Analizzando i tassi infortunistici a livello regionale rispetto a quelli nazionali, si rilevano valori leggermente superiori in Sardegna riguardo agli infortuni definiti positivamente, mentre risultano nettamente più elevati i tassi regionali degli infortuni "gravi" in occasione di lavoro definiti positivamente (+55,2% nel 2012: 9,0 infortuni gravi per mille lavoratori in Sardegna vs 5,8 a livello nazionale), evidenziando pertanto la necessità di intervenire in particolare sui determinanti di tali infortuni.

Dall'analisi dei dati aggregati secondo la classificazione Ateco 2007, si rileva che, nel 2012, sia per gli infortuni definiti positivamente che per quelli "gravi" in occasione di lavoro definiti positivamente, i settori con la frequenza più elevata di infortuni sono:

- il settore agricolo con 1.699 infortuni riconosciuti (pari il 16,5% del totale dell'anno), di cui 652 infortuni "gravi" (pari al 20,8% del totale dell'anno);
- il comparto costruzioni con 1.026 infortuni riconosciuti (pari il 10% del totale dell'anno), di cui 378 infortuni "gravi" (pari al 12% del totale dell'anno).

Rispetto agli altri comparti, le percentuali di infortuni "gravi" sul totale infortuni riconosciuti risultano più alte nel settore Agricoltura e nel comparto Costruzioni in tutto il periodo 2000-2012.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Già nel precedente Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (prorogato al 2013) tali comparti sono stati individuati come settori prioritari di intervento nella linea "Prevenzione eventi infortunistici in ambito lavorativo", con l'inserimento dei seguenti appositi progetti:

- "progetto/piano operativo sicurezza in agricoltura", nell'ambito del quale sono state realizzate, dai Servizi PreSAL delle ASL, azioni di diffusione della cultura della sicurezza sul lavoro nel settore agricolo (mediante attività di formazione, informazione-sensibilizzazione e assistenza) e attività di controllo e vigilanza;
- "progetto sicurezza in edilizia", in attuazione del quale i Servizi PreSAL, oltre all'implementazione delle attività di vigilanza, hanno realizzato varie attività di formazione specifica rivolte agli operatori dei Servizi medesimi e iniziative informative sul territorio.

Continuando a richiedere tali settori una priorità di attenzione sia per la frequenza degli infortuni e sia per la gravità degli stessi, si rende necessario proseguire le suddette attività ed integrarle/armonizzarle con ulteriori azioni nell'ambito del Programma PREVENZIONE INFORTUNI di cui alla successiva tabella, mediante l'adozione di piani integrati di prevenzione, con specifico riferimento ai progetti interregionali "Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura - Attività 2014-2018" e "Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia 2014-2018".

Relativamente agli infortuni mortali, dal Rapporto Annuale Regionale INAIL 2012 risultano occorsi su strada - in itinere (percorso casa/lavoro/casa) e in circolazione stradale (autotrasportatori merci/persona, commessi viaggiatori, addetti alla manutenzione stradale, etc.) - ben il 55% degli infortuni mortali denunciati nel 2012, evidenziando la necessità di attuare adeguati interventi di contrasto nell'ambito della prevenzione degli incidenti stradali, con azioni trasversali con il macro obiettivo 5 Programma "Prevenzione degli incidenti stradali".

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
PREVENZIONE INFORTUNI	7.7 Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni, con particolare riferimento al comparto agricoltura e al comparto edilizia	7.7.1 Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: comparto agricoltura
		7.7.2 Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: comparto edilizia

Dall'analisi dei dati relativi ai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno 2013 - trasmessi dai medici competenti, ai sensi dell'art. 40 del D.Lgs. 81/2008, mediante l'apposita piattaforma informatica web, resa operativa recentemente - in Sardegna si rileva, a fronte di 25.510 soggetti visitati per la verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza, una percentuale del 5,9% di lavoratori non idonei alla mansione per tale condizione contro il 3,5% a livello nazionale. Ciò impone l'adozione di appositi interventi, relativamente al fattore di rischio alcol negli ambienti di lavoro, nell'ambito del Programma "Comunità in Salute" di cui al macro obiettivo 1.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La disamina dei dati dei Flussi Informativi Inail/Regioni relativi al periodo 2000-2012 permette di affermare che l'andamento delle malattie professionali denunciate all'Inail e definite positivamente (riconosciute) per i lavoratori della nostra regione, contrariamente agli infortuni, è nettamente in crescita dal 2009 (ad eccezione dell'ultimo anno disponibile, 2012, per le malattie professionali definite positivamente in cui però i dati non sono, verosimilmente, ancora consolidati).

Ciò è ascrivibile, in particolare, al rilevante incremento delle denunce/riconoscimenti per patologie muscolo-scheletriche causate da sovraccarico biomeccanico (del rachide in particolare) con carattere esponenziale dal 2009, a seguito dell'inclusione di tali patologie professionali nella Nuova Tabella delle Malattie Professionali nell'Industria e in Agricoltura emanata con D.M. 9 aprile 2008, per le quali vale la presunzione legale d'origine. Tali patologie prima trovavano possibilità di accoglimento unicamente come malattie professionali non tabellate, per le quali l'onere della prova era posto in capo al lavoratore stesso. Si evidenzia che, nell'ultimo triennio, del complesso delle malattie professionali riconosciute dall'Inail ben l'80% è rappresentato dalle patologie muscolo-scheletriche (contro il 7% nel 2000), l'8% da ipoacusia da rumore, il 5% da malattie dell'apparato respiratorio e solo l'1% da tumori.

Si evidenzia, peraltro, la grave sotto-denuncia che si registra in relazione all'art. 139 del D.P.R. n.1124/1965, così come modificato dall'art.10 del D.Lgs. n.38/2000, che prevede che ogni medico che riconosce l'esistenza di una malattia professionale, anche sospetta, debba inoltrare una denuncia pure alla ASL. Infatti, a fronte di 13.844 denunce di malattia professionale presentate all'INAIL negli ultimi 7 anni, sono giunte agli S.Pre.S.A.L. delle ASL in un settennio (traslato di un anno: anziché 2006-2012, trattasi del periodo 2007-2013) soltanto 3.740 segnalazioni di cui solo 772 denunce ex art. 139, ossia, rispettivamente, appena il 27% e il 6% dei casi denunciati all'INAIL.

Poiché tali segnalazioni sono particolarmente importanti in relazione al nesso causale delle patologie diagnosticate, per l'individuazione dei fattori di rischio che le determinano e poter quindi programmare efficaci strategie preventive in termini di formazione/informazione e di vigilanza nelle aziende, si rende necessario incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle malattie professionali.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata alle azioni necessarie per l'emersione dei tumori professionali, considerato anche l'esiguo numero di patologie neoplastiche riconosciute, che si è mantenuto al di sotto dei 18 casi annui in tutto il periodo esaminato (2000-2012), mentre numeri ben più elevati dovrebbero risultare secondo l'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) che stima che una percentuale compresa fra il 4% e l'8,5% di tutti i casi di cancro sia attribuibile all'esposizione sul luogo di lavoro, come sottolineato pure nel "Quadro strategico dell'Unione europea in materia di salute e di sicurezza sul luogo di lavoro 2014-2020". Il ridotto numero di malattie neoplastiche riconosciute è evidente anche dal raffronto con i dati del Registro Mesoteliomi della Sardegna, da cui si può notare come in svariati anni il numero di tumori totali riconosciuti riportati nei Flussi Informativi Inail/Regioni sia inferiore al numero di casi incidenti di mesotelioma, evidenziando pertanto anche una sotto-denuncia all'Inail a scopi assicurativi ex art. 53 del D.P.R. n. 1124/1965 di casi di mesotelioma e verosimilmente di tumori professionali in generale.

In tale contesto il PRP 2014-2018 rappresenterà l'opportunità per lo sviluppo, nell'ambito del Programma PREVENZIONE MALATTIE PROFESSIONALI di cui alla successiva tabella, di strategie per la prevenzione delle patologie lavoro-correlate, considerato anche il fatto che nel precedente PRP 2010-2012 non erano presenti progetti in materia, rendendosi necessario:

- adottare appositi piani di prevenzione delle malattie professionali, con specifico riferimento ai progetti interregionali "Piano Nazionale di Prevenzione sui Cancerogeni Occupazionali e i Tumori Professionali - Attività 2014-2018" e "Piano Nazionale per l'Emersione e la Prevenzione delle Patologie dell'Apparato Muscolo Scheletrico", nonché al "Piano Regionale di protezione, decontaminazione, smaltimento e bonifica dell'ambiente ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto" (di seguito



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Piano Regionale Amianto) che, ai sensi dell'art.2 della L.R. n. 22/2005, deve essere approvato dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale della difesa dell'ambiente, di concerto con l'Assessore regionale dell'igiene, sanità e assistenza sociale;

- attuare strategie trasversali specifiche con la macroarea "ambiente e salute" (macro obiettivo 8), con particolare riferimento alle azioni inerenti l'attuazione del Piano Regionale Amianto e la prevenzione del rischio chimico;
- incorporare gli obiettivi inerenti la sorveglianza sanitaria derivanti dai progetti interregionali "Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura - Attività 2014-2018" e "Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia 2014-2018"; al riguardo si evidenzia che ben il 18,3% e il 17,1% del totale di malattie professionali denunciate all'Inail nel periodo 2000-2012 riguardano, rispettivamente, il Settore Agricolo e il Comparto Costruzioni (seguono il comparto dei Servizi con il 7,3%, della Sanità con il 4,8%, della Metalmeccanica con il 4,4%, dell'Estrazione dei Minerali con il 3,8% e dei Trasporti con il 3,6%);
- sostenere programmi di formazione mirata dei medici dei Servizi PreSAL delle ASL, tesi pure all'implementazione dell'attività di sorveglianza epidemiologica, anche mediante la diffusione dell'utilizzo del sistema OCCupational Cancer Monitoring (OCCAM) per il calcolo del rischio cancerogeno nei diversi comparti produttivi, subordinata al contributo dell'INAIL e dell'INPS per la messa a disposizione di applicativi e di linkage a banche dati informatici;
- sostenere iniziative in-formative, da parte dei medici dei Servizi PreSAL delle ASL, nei confronti di medici competenti, medici di medicina generale, ospedalieri e specialisti ambulatoriali, finalizzati a incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle malattie professionali, con l'auspicabile coinvolgimento delle strutture mediche territoriali di INAIL e INPS;
- espletare le azioni necessarie per estendere il campo di attività del Centro Operativo Regionale per la rilevazione dei casi di mesotelioma in Sardegna (COR), istituito presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale con l'art. 9 della L.R. 22/2005, alla rilevazione dei casi di sospetta neoplasia professionale previsti dall'art. 244, c. 3, lett. b) e c) del D.Lgs. 81/08, con:
 - la costituzione del registro regionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale dedicato ai casi di neoplasie delle cavità nasali e dei seni paranasali, facente capo al Registro nazionale dei tumori nasali e sinusali (ReNaTuNS);
 - la costituzione - previe specifiche nazionali - del registro regionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale dedicato ai casi di neoplasie a più bassa frazione eziologica riguardo alle quali, tuttavia, siano stati identificati cluster di casi possibilmente rilevanti ovvero eccessi di incidenza ovvero di mortalità di possibile significatività epidemiologica in rapporto a rischi occupazionali.

Al riguardo, occorre evidenziare che l'attività del COR Sardegna, attualmente investito dall'art. 9 della L.R. 22/2005 della registrazione dei soli casi di mesotelioma, dovrà essere estesa con apposito atto normativo. Successivamente si dovrà procedere all'implementazione dell'organizzazione, compresa l'individuazione delle risorse umane e strumentali alle quali sarà demandato il compito di svolgere tutte le attività di avvio e tenuta a regime dei registri.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
PREVENZIONE MALATTIE PROFESSIONALI	7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	7.2.1 Emersione del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: comparto agricolo forestale
		7.2.2 Emersione del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: comparto delle costruzioni
		7.2.3 Emersione del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: rischio cancerogeno e chimico
		7.2.4 Emersione del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: rischi per apparato muscolo scheletrico

Fondamentale importanza, nell'ambito delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro, riveste il Comitato Regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008, nel quale è garantita la partecipazione rappresentativa delle istituzioni e degli enti competenti in materia e quella delle parti sociali. Nel corso degli ultimi anni è stato profuso notevole impegno per attivare e rendere operativi il Comitato e i relativi organi, costituiti dall'Ufficio Operativo Regionale e dagli otto Organismi Provinciali. Rilevanti sono le attività effettuate, fra cui l'elaborazione e l'attuazione dei Piani Operativi annuali di Vigilanza Coordinata e Congiunta e lo sviluppo, nell'ambito del sito istituzionale della Regione Sardegna, di uno specifico canale informativo dedicato. Il Comitato per poter operare il necessario coordinamento tra le diverse Istituzioni - nell'ottica di una programmazione coordinata di interventi e uniformità degli stessi, in raccordo con il Comitato di cui all'art. 5 e con la Commissione di cui all'art. 6 del D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii., come stabilito dalle norme vigenti - abbisogna di adeguato sostegno, comprendente pure la dotazione di uno specifico supporto con risorse umane dedicate per assicurarne un efficace funzionamento.

In coerenza con il PNP 2014-2018 e con le indicazioni fornite nel corso dell'ultima seduta del Comitato Regionale di Coordinamento per la definizione di interventi formativi efficaci, si rende peraltro necessario:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- sostenere il ruolo dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza/Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale e degli Enti Bilaterali, per promuovere efficacemente la cultura della prevenzione e favorire la partecipazione dei lavoratori al sistema di prevenzione aziendale;
- promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di responsabilità sociale quale strumento di diffusione di comportamenti virtuosi che favoriscano lo sviluppo sostenibile delle imprese;
- promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo e prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative e stress lavoro correlato, incorporando i relativi obiettivi derivanti dal progetto interregionale "Piano Nazionale di Prevenzione del Rischio Stress Lavoro Correlato/Promozione Benessere Organizzativo attività 2014-2018".

Il relativo Programma CONSOLIDAMENTO DEL COORDINAMENTO TRA ISTITUZIONI E PARTENARIATO è individuato nella seguente tabella,

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
CONSOLIDAMENTO DEL COORDINAMENTO TRA ISTITUZIONI E PARTENARIATO	7.3 Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	7.3.1 Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità
	7.4 Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale	7.4.1 Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: la promozione della responsabilità sociale d'impresa
	7.5 Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	7.5.1 Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative

Si precisa che le azioni relative all'obiettivo centrale "Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori", coerentemente con il relativo indicatore centrale che fa riferimento alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute, verranno sviluppate in seno al programma interistituzionale trasversale di promozione della salute nella popolazione scolastica denominato "Una scuola in salute" di cui al macro obiettivo 1.

Al fine di migliorare l'efficacia delle attività di controllo e della compliance si renderà necessario tra l'altro:

- adeguare le dotazioni organiche dei Servizi PreSAL delle ASL con personale a tempo indeterminato (secondo quanto stabilito - con l'obiettivo di "allineare la Sardegna alle realtà più avanzate" - nelle DGR n. 60/25 del 5.11.2008 e n. 37/36 del 30.7.2009 e nei relativi piani di riassetto organizzativo approvati) in quanto le assunzioni a tempo determinato, in essere in numerosi casi, non garantiscono l'efficacia e l'efficienza necessaria;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- rafforzare l'utilizzo dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, con particolare riferimento al Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi Infor.Mo, al Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "Mal Prof", ai Flussi Informativi Inail/Regioni per la prevenzione nei luoghi di lavoro, al sistema informativo dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria ex art. 40 D.Lgs. 81/08, al flusso informativo dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione degli SPreSAL;
- semplificare la trasmissione di documentazione da parte di committenti e imprese alle ASL e agli Enti con competenza in materia mediante adozione di apposite piattaforme informatiche web, quali l'attivazione a regime della Notifica Preliminare Cantieri Web e l'informatizzazione dell'intero processo di bonifica amianto, dalla presentazione del piano di lavoro/notifica per i lavori di bonifica da effettuare ex artt. 250 e 256 D.Lgs. 81/08 alla relazione annuale che descrive a consuntivo le attività di bonifica realizzate ex art. 9, c.1, L. 257/92;
- sviluppare nuovi sistemi informativi, quali la realizzazione della Banca dati delle prescrizioni per contribuire a fornire indicazioni utili alla definizione di azioni di prevenzione maggiormente efficaci e consentire una migliore applicazione dei provvedimenti di sospensione di attività imprenditoriali ex art. 14 D.Lgs. 81/08;
- facilitare l'accesso dei cittadini e delle imprese alle attività di informazione e assistenza, anche attraverso la piena operatività, in ogni Servizio PreSAL, dello sportello informativo per la sicurezza, a cui l'utenza può rivolgersi direttamente o attraverso una linea telefonica/telematica dedicata;
- sostenere la metodologia audit per la verifica dei programmi di prevenzione adottati dalle aziende;
- migliorare la qualità e l'uniformità delle attività di vigilanza mediante la definizione di condivise procedure di controllo orientate alle priorità e all'efficacia preventiva sostanziale assicurando, al tempo stesso, certezza e trasparenza dell'azione pubblica.

Il relativo Programma MIGLIORAMENTO DELL'EFFICACIA DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO E DELLA COMPLIANCE è individuato nella seguente tabella.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
MIGLIORAMENTO DELL'EFFICACIA DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO E DELLA COMPLIANCE	7.1 Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni	7.1.1 Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati
	7.8 Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit	7.8.1 Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

8 Macro Obiettivo 8: Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

È ormai ampiamente dimostrato che il benessere delle persone è direttamente collegato all'ambiente in cui si vive e lavora ed è noto che un'esposizione a inquinanti ambientali presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo, rappresenta un importante fattore di rischio. Il contesto ambientale, infatti, rappresenta un rilevante determinante di salute.

Secondo il rapporto dell'OMS "Prevenire le malattie grazie ad un ambiente migliore" circa il 24% di tutte le malattie nel mondo è legato all'esposizione a fattori ambientali.

Tuttavia le interazioni tra l'ambiente e la salute umana sono estremamente complesse e difficili da valutare.

A ciò si aggiunge in fatto che la Sardegna è caratterizzata, sotto il profilo ambientale, da una situazione piuttosto diversificata; infatti, accanto ad aree naturali per lo più incontaminate coesistono aree a forte pressione ambientale per la presenza di insediamenti industriali chimici, petrolchimici e metallurgici (Protoscuso-Portovesme, Porto Torres, Macchiareddu, Sarroch e Ottana), di siti minerari dismessi (Guspinese, Sulcis-Iglesiente), di territori interessati da esercitazioni ed attività militari (Teulada, Capo Frasca, Quirra), di zone vulnerabili ai nitrati (Arborea), di aree urbane (agglomerato di Cagliari e hinterland, Sassari e Olbia) in cui la principale fonte di inquinamento è costituita dal traffico veicolare.

Nel territorio della Sardegna, inoltre, sono stati individuati e perimetrati due Siti di Interesse Nazionale (SIN), nei quali le procedure di bonifica sono di competenza del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, come stabilito dall'art. 252, c.4, del D.Lgs. n. 152/2006:

- il SIN Aree Industriali di Porto Torres, comprendente i Comuni di Porto Torres e di Sassari (per la presenza delle seguenti tipologie di impianti: chimico, petrolchimico, raffineria, centrale termoelettrica, area portuale e discariche), istituito con la Legge n. 179/2002 e perimetrato con D.M. 3 agosto 2005; nell'ambito del 3° rapporto dello Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento, pubblicato su *Epidemiologia & Prevenzione* a maggio 2014 "SENTIERI: mortalità, incidenza oncologica e ricoveri ospedalieri" - che comprende, insieme all'aggiornamento dei dati di mortalità al 2010, l'analisi delle ospedalizzazioni, basata sulle Schede di dimissione ospedaliera (SDO), e l'analisi dell'incidenza oncologica - è stata elaborata per questo SIN un'apposita scheda comprendente anche i valori degli indicatori statistici calcolati per i tre fenomeni in esame;
- il SIN del Sulcis-Iglesiente-Guspinese, che ricomprende, principalmente, gli agglomerati industriali di Portovesme e Sarroch, le aree industriali di Macchiareddu, San Gavino e Villacidro e le aree minerarie dismesse individuate all'interno dello stesso SIN, istituito con il D.M. n. 468/2001, perimetrato in seguito, in via provvisoria, con D.M. 12 marzo 2003 e, in via definitiva, con D.G.R. n. 27/13 del 01/06/2011 su proposta dell'Assessore della Difesa dell'Ambiente; nell'ambito delle attività di bonifica di questo SIN l'ARPAS, su incarico di tale Ministero, ha effettuato la valutazione, mediante apposito studio, delle caratteristiche qualitative del fondo naturale delle acque e dei suoli dell'area ad "Alto rischio" del Sulcis-Iglesiente, al fine di poter calibrare gli interventi di bonifica delle citate matrici ambientali. Lo studio sul profilo di mortalità delle popolazioni che vivono nei territori inclusi in questo SIN è stato elaborato nell'ambito del succitato progetto SENTIERI.

Lo stato di salute delle popolazioni residenti nelle aree industriali, minerarie, militari, urbane, è stato analizzato nello studio di epidemiologia descrittiva *"Rapporto sullo stato di salute delle popolazioni residenti nelle aree interessate da poli industriali, minerari e militari della Regione Sardegna"* commissionato dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna all'Associazione Temporanea d'Impresa ESA (Epidemiologia, Sviluppo e Ambiente) nell'ambito del Piano Operativo Nazionale 2000-2006, Quadro Comunitario di sostegno alle Regioni Obiettivo 1.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Lo studio ha analizzato, relativamente alla popolazione residente in 18 aree della Sardegna considerate a rischio suddivise in industriali, minerarie, militari e urbane (corrispondente a circa 850.000 abitanti, ossia a circa la metà della popolazione della regione), i dati relativi:

- alla mortalità generale e specifica per cause tumorali e non, derivanti dalle certificazioni ISTAT di causa di morte del periodo 1981-2001,
- ai ricoveri ospedalieri per una serie di diagnosi scelte, derivanti dall'archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) nel periodo 2001-2003,

confrontando i dati con quelli relativi alla popolazione regionale e nazionale.

Un primo aggiornamento del rapporto, con specifico riferimento all'area di Sarroch, è stato effettuato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale nel febbraio 2011, a seguito di specifica richiesta dell'Ufficio Polizia di Frontiera Marittima e Aerea di Cagliari.

Nel 2013 l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) ha inoltre collaborato, nell'ambito delle attività del Board Scientifico di Quirra, alla realizzazione dello studio sulla frequenza di diagnosi di tumori in Sardegna con particolare riferimento ai residenti nei comuni prossimi all'area del Salto di Quirra, aggiornando l'analisi del ricorso all'ospedalizzazione dei soggetti residenti in due aree concentriche costituite da un cerchio interno, rappresentato dai Comuni di Villaputzu, Perdasdefogu e Escalaplano e un secondo cerchio (corona esterna dei Comuni rappresentati da Armungia, Ballao, Tertenia, San Vito e Villasalto); parallelamente l'Istituto Superiore di Sanità ha studiato la mortalità per causa a livello comunale, negli stessi comuni e a livello regionale. La pubblicazione della Relazione finale del Board è attesa per i primi mesi del 2015.

Più recentemente, alcune ASL hanno svolto degli studi epidemiologici sulla base dei dati di mortalità disponibili a livello locale presso i Registri Nominativi delle Cause di Morte (ReNCaM), dei quali l'OER effettuerà una ricognizione per prevedere, eventualmente, un aggiornamento ed estensione ad altri ambiti territoriali.

L'obiettivo prioritario da attuare entro il primo biennio, sul quale fondare ogni futura azione di monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione e di potenziamento della sorveglianza epidemiologica, si concreta nell'attualizzazione della conoscenza sugli inquinanti ambientali/salute, che può realizzarsi analizzando gli studi epidemiologici esistenti per poi procedere ad un aggiornamento dei dati in essi contenuti, in maniera da consentire un adeguato raffronto tra la situazione pregressa e quella attuale.

Posto che l'aggiornamento dei dati di ospedalizzazione potrà essere effettuato a livello regionale dall'OER sulla banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera, per quanto concerne invece le analisi del dato di mortalità aggregato a livello comunale sarà necessario attivare accordi inter-istituzionali con: l'ISTAT - Istituto nazionale di statistica, sede di Roma; l'Ufficio regionale di Statistica della Sardegna, nodo SISTAN; l'Ufficio Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità, ovvero con i ReNCaM e CEA delle Aziende Sanitarie della Sardegna.

Sulla base delle evidenze che emergeranno dall'aggiornamento degli studi e dal raffronto con la situazione pregressa, dovranno essere specificamente individuate un determinato numero di "aree critiche" che saranno oggetto di nuove e più approfondite indagini epidemiologiche, al fine di individuare possibili determinanti ambientali e gli eventuali nessi di causalità.

I parametri di valutazione per l'individuazione delle aree critiche oggetto delle indagini sono determinati senz'altro dalla presenza di scostamenti significativi rispetto agli studi precedenti (sia in senso positivo sia negativo) o dalla rilevazione di evidenze di mortalità e ricovero in eccesso rispetto alla media regionale e nazionale. Inoltre si darà la priorità a quei territori che non siano stati ancora oggetto di alcuno studio specifico né a livello regionale né locale.

La progettazione, pianificazione e realizzazione delle indagini di epidemiologia analitica dovrà essere conclusa entro il primo triennio e potrà senz'altro prevedere un'adeguata *partnership* con gli enti pubblici



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

dotati di specifica competenza sulla materia o sui territori interessati, nonché eventuali altri soggetti di diritto privato portatori di interessi collettivi o diffusi correlati alla materia. Si prevede, pertanto, la collaborazione dell'OER con altri attori istituzionali (Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute) o con Enti di ricerca a valenza Nazionale (CNR, Università, Esperti di caratura nazionale ed internazionale). Parallelamente agli studi sulla popolazione umana, sempre nel corso del primo triennio, si curerà la progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per alcuni contaminanti ubiquitari, a maggiore rilevanza sanitaria, in collaborazione con tutte le istituzioni competenti in materia ambientale (ARPA, IZS, Assessorato regionale della difesa dell'Ambiente e altri), coinvolte mediante la firma di accordi specifici nella realizzazione di studi destinati ad esplorare l'esposizione della popolazione a tali contaminanti.

Seguirà, nell'ultimo biennio, la stesura dei rapporti degli studi conseguentemente prodotti.

Uno strumento essenziale per indagare sulla correlazione ambiente/salute è indiscutibilmente il Registro Tumori, il quale costituisce la base di studio per indagini statistiche e scientifiche sulle possibili correlazioni tra insorgenza di patologie tumorali e presenza di rischi ambientali.

Le attività di registrazione dei casi di tumore consistono nell'analisi incrociata della banca dati aziendale relativa ai ricoveri (SDO) con le cartelle cliniche, gli archivi di anatomia e citologia patologica e le certificazioni di morte e si basano pertanto sul trattamento di dati sensibili di tipo sanitario. Per tale motivo l'avvio di un registro regionale di patologia richiede preventivamente l'emanazione di una normativa (nazionale o regionale) che non solo istituisca il registro indicando espressamente la patologia alla quale si riferisce, ma delinea chiaramente i tipi di dati che possono essere trattati e di operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite. Se la disposizione di legge specifica la finalità di rilevante interesse pubblico, ma non i tipi di dati sensibili e di operazioni eseguibili, è indispensabile una normativa regolamentare (nazionale o regionale, sottoposta a parere preventivo del Garante) di dettaglio sulle modalità di funzionamento del registro stesso (art. 20 D.Lgs. n. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

Soltanto con l'art. 1 della L.R. n.21/2012 la Sardegna ha formalizzato l'istituzione del Registro Tumori, mentre il previgente comma 2 dell'art. 8 della L.R. n. 3/2009 prevedeva una generica istituzione dei registri di patologia. Allo stato attuale, la Regione Sardegna resta priva di una normativa regolamentare.

In attesa che si dia attuazione a livello nazionale all'art. 12, commi 11 e 13, del Decreto-Legge 18 ottobre 2012 n. 179 convertito in Legge 221/2012, che ha rimesso la disciplina del trattamento dei dati sensibili dei registri tumori ad un apposito regolamento nazionale da adottare entro 18 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legge (comma 13), è fatta salva l'adozione da parte delle Regioni di propri regolamenti. Si rende quindi opportuno procedere con tutte le attività finalizzate alla definizione di un atto normativo, nel rispetto della disciplina di cui al richiamato Codice in materia di protezione dei dati personali, idoneo a definire i tipi di dati che possono essere trattati e di operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite, i soggetti che possono trattare i dati medesimi, nonché le misure per la sicurezza.

L'avvio e la piena operatività del Registro Tumori regionale dovrà essere poi garantita dalla costituzione di una congrua struttura organizzativa, sia a livello centrale che aziendale, dotata di adeguate risorse umane e strumentali. L'alimentazione del registro sarà garantita dalla implementazione di un debito informativo delle strutture del Servizio Sanitario Regionale nei confronti del registro, con la finalità di procedere alla raccolta, valutazione ed analisi dei dati a livello locale e alla loro fruizione a livello complessivo regionale in capo all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, onde non solo raggiungere gli standard previsti per l'accreditamento presso l'AIRTUM e lo IARC ma anche per garantire la fruizione, il coordinamento e la gestione delle informazioni e delle evidenze disponibili.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Importante sarebbe poi la ricognizione, da parte dell'OER, delle iniziative di registrazione di casi di patologie riconducibili alle problematiche ambiente/salute presenti sul territorio regionale, facenti capo ad aziende sanitarie, società scientifiche, associazioni di malati o altri enti. Infatti, in mancanza di registri di patologia ufficiali si registrano sovente iniziative indipendenti che consistono nella registrazione di casi riconducibili a particolari patologie e che vengono denominate, spesso impropriamente, "registri di patologia". La gestione del dato viene effettuata con finalità circoscritte a specifici interessi (università, singole strutture sanitarie, associazioni di pazienti, società scientifiche, comitati) e realtà limitate, ma non si esclude la possibilità che la ricchezza delle informazioni provenienti da tali realtà possa contribuire alla sorveglianza epidemiologica regionale. L'obiettivo da realizzarsi nel primo triennio è, pertanto, quello di procedere ad una ricognizione di tutte le iniziative di registrazione di casi di patologie presenti sul territorio, con la finalità di acquisire i dati e le informazioni – in modalità rigorosamente aggregata o e anonima – mediante la stipula di appositi accordi con i soggetti detentori siano essi persone fisiche, enti, associazioni, società scientifiche. L'analisi dei dati raccolti, con particolare riferimento alle patologie correlate alle problematiche ambiente/salute, concorrerà alla definizione del profilo di salute della popolazione regionale anche per quanto concerne le esposizioni ambientali.

Con il miglioramento della conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute, attraverso la realizzazione delle azioni sopra compendiate, sarà possibile per l'OER sviluppare appositi modelli per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti, sulla base dei quali predisporre atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale.

Il relativo Programma **SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA SALUTE/INQUINANTI AMBIENTALI**, mediante il quale verranno attuate tali azioni, è individuato nella seguente tabella.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA SALUTE/INQUINANTI AMBIENTALI	8.2 Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione; - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	8.2.1 Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio) 8.2.2 Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)
	8.4 Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	8.4.1 Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale

Fondamentale importanza rivestono, peraltro, gli strumenti e i percorsi a supporto delle politiche ambientali.

Nell'ambito delle politiche ambientali di miglioramento della qualità dell'aria, dell'acqua e del suolo, verranno espletate attività di supporto, in coerenza con il principio della "Salute in Tutte le Politiche",



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

anche con la costituzione di una rete regionale comprendente i referenti per le tematiche di ambiente e salute di ogni singola ASL, pure in riferimento ai Gruppi di lavoro sulle aree a rischio di cui al Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008, che dovrà produrre i relativi rapporti di attività.

Mentre l'utilizzo di procedure di valutazione ambientale è ormai consolidato nell'esame di programmi, piani (VAS) e progetti (VIA), in quanto prevista da norme cogenti, non altrettanto avviene per quanto riguarda la valutazione degli impatti sulla salute.

Sono molti i paesi europei ed extraeuropei che hanno inserito nelle proprie procedure valutative e autorizzative la Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) dando seguito alla raccomandazione "la salute in tutte le politiche".

Dal momento che ogni modifica ambientale può avere degli effetti sulla salute della popolazione ed è indispensabile poter valutare tali ricadute, si renderà necessario disporre di strumenti efficaci per la preventiva valutazione degli impatti sulla salute (VIS) a supporto delle decisioni, che potranno essere funzionali alle attività istituzionali dei Dipartimenti di Prevenzione chiamati ad emettere pareri per l'approvazione dei diversi piani e/o progettine nelle procedure di Valutazione Ambientale Strategica (VAS), di Valutazione di Impatto Ambientale (VIA), di Autorizzazione Integrata Ambientale (AIA).

Particolare attenzione dovrà essere prestata anche agli strumenti a supporto dei proponenti nell'elaborazione della componente salute di uno Studio di Impatto Ambientale (SIA) nell'ambito della VIA e della componente salute all'interno di un "Rapporto Ambientale" nella procedura di VAS.

A livello nazionale sono state attivate e sono in corso, procedure sperimentali di VIS. Tra queste il progetto Tools for HIA (T4HIA), finanziato dal programma del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna e a cui ha recentemente richiesto di aderire anche la Regione Sardegna.

L'adozione degli strumenti utilizzati in tali sperimentazioni può rappresentare un primo passo per concretizzare l'integrazione dell'analisi degli impatti sulla salute in ogni piano/programma/progetto regionale.

I referenti per le tematiche di ambiente e salute dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL verranno opportunamente formati realizzando specifici percorsi che comportino lo sviluppo di conoscenze, capacità e competenze, quali formatori, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio. Verrà conseguentemente effettuata, tramite tali formatori, una formazione specifica a cascata, su queste tematiche, di altri operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, di operatori dell'ARPAS e di MMG e PLS, di basilare importanza per costruire una seria e convinta strategia di reale integrazione tra ambiente e salute e per la sensibilizzazione e l'informazione dei cittadini attraverso la divulgazione di informazioni adeguate, affidabili ed accessibili, al fine di evitare allarmismi e/o sottovalutazioni.

Essendo necessario comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico, dovranno essere adottate apposite linee guida, condivise dagli operatori dell'ambiente e della sanità, per la realizzazione di un approccio congiunto per una comunicazione univoca ed efficace del rischio alla popolazione.

Si renderà necessario pure promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, con la predisposizione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile. Con particolare riferimento al radon, si evidenzia che nel 2012 il Ministero della Salute ha approvato il progetto biennale *Piano Nazionale Radon per la riduzione del rischio di tumore polmonare in Italia: seconda fase di attuazione* affidato all'Istituto Superiore di Sanità, che ha come obiettivi lo sviluppo dell'Archivio Nazionale Radon



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

presso l'Istituto Superiore di Sanità e l'aggiornamento dei rischi connessi all'esposizione del radon in Italia, lo sviluppo e coordinamento della attività di monitoraggio dell'esposizione al radon nei luoghi chiusi, la definizione di un programma di formazione, la predisposizione di adeguamenti normativi (incluso linee guida) in materia di rischi connessi all'esposizione al radon. Nell'ambito di tale progetto, l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ha designato un referente quale componente del Gruppo Tecnico di coordinamento radon, che ha la funzione di affiancare l'Istituto Superiore di Sanità nel coordinamento delle attività delle Regioni in materia.

Tali azioni potranno concretizzarsi nell'ambito del Programma SUPPORTO ALLE POLITICHE AMBIENTALI, individuato nella successiva tabella.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
SUPPORTO ALLE POLITICHE AMBIENTALI	8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	8.1.1 Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute
		8.1.2 Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute
	8.3 Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	8.3.1 Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti
	8.5 Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	8.5.1 Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2015)
		8.5.2 Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2016)
		8.5.3 Proporzioni di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)
	8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	8.6.1 Regioni che hanno recepito le linee guida
8.10 Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	8.10.1 Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Grande importanza assume l'attuazione del Regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH) - che obbliga i produttori, gli importatori e gli utilizzatori alla registrazione delle sostanze chimiche, singole o contenute in miscele ed articoli, prodotte nel territorio dell'Unione Europea o importate da Paesi terzi, con il precipuo fine di assicurare un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente - e del Regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP), che dispone l'istituzione di un sistema di controlli ufficiali affinché non siano immesse sul mercato sostanze e miscele che non siano state classificate, etichettate, notificate e imballate in conformità a tale Regolamento.

L'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) ha la funzione di gestire gli aspetti tecnicospicifici e amministrativi connessi ai Regolamenti, al fine di assicurarne la coerenza applicativa a livello comunitario.

L'Autorità Competente Nazionale è il Ministero della Salute.

Le modalità per l'attuazione dei controlli inerenti i suddetti Regolamenti sono disposte dall'Accordo Stato-Regioni Rep. n. 181/CSR/2009 che prevede, tra l'altro, che le Regioni individuino le Autorità Competenti per i controlli ufficiali.

La Regione Sardegna ha recepito i termini di tale Accordo con la Delibera della Giunta Regionale n. 12/4 del 4.4.2014, recante *“Individuazione dell'Autorità per i controlli e definizione delle articolazioni organizzative per l'attuazione del Regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH) e della normativa in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio di sostanze e preparati pericolosi”*, individuando tra l'altro:

- il Servizio Prevenzione della Direzione Generale della Sanità dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale - avvalendosi anche del supporto della ASL capofila di Cagliari - per le funzioni di coordinamento e raccordo istituzionale con l'Autorità Competente Nazionale per i Regolamenti REACH e CLP;
- i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL della Sardegna quali Autorità Competenti per i controlli sull'applicazione dei suddetti Regolamenti nell'ambito del territorio di propria competenza.

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

La programmazione dei controlli ufficiali - che, come sottolineato dal SAICM (Strategic Approach to International Chemicals Management, adottato dall'OMS) concorrono alla riduzione dei rischi - verrà effettuata, seguendo le modalità di cui alle suddette Linee di indirizzo, sulla base del Piano Nazionale annuale delle attività di controllo e delle eventuali integrazioni proposte dal Gruppo Tecnico Regionale e recepite con apposito provvedimento regionale, con l'individuazione e la selezione delle imprese, da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, sulla base dei target group stabiliti dal Piano Nazionale annuale.

Si dovrà provvedere, peraltro, ad attivare il sistema di segnalazione delle situazioni di presunte o accertate non conformità relativamente ai Regolamenti REACH e CLP tra Autorità Competenti per il controllo, con il recepimento - non appena verranno approvate mediante atto di Conferenza Stato-Regioni, come concordato il 29.01.14 in sede di Coordinamento Interregionale REACH - delle *“Linee Guida relative alle procedure di attivazione delle Autorità Competenti REACH e CLP in conseguenza ad una segnalazione”*, approvate dal suddetto Coordinamento Interregionale in tale data.

Prioritaria e fondamentale è l'attuazione della specifica formazione, in materia di REACH e CLP, del personale individuato dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL della Sardegna, finalizzata all'acquisizione delle competenze necessarie per l'esecuzione dei controlli ispettivi ufficiali inerenti tali



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Regolamenti. Nelle more di tale formazione, i controlli continueranno ad essere eseguiti, su tutto il territorio regionale, dal Tecnico della Prevenzione della ASL di Cagliari con il supporto del Chimico dell'ARPAS che hanno partecipato, già dal 2009, alle attività nazionali di formazione in materia di REACH e CLP, e che dovranno rapportarsi con la Struttura Salute e Ambiente del Dipartimento di Prevenzione della ASL capofila anche per la pianificazione e l'attuazione della predetta formazione riportando, a cascata, i contenuti dei corsi ECHA/FORUM fino ad oggi riproposti in Italia e sostenuti per i formatori nazionali.

Nella suddetta formazione saranno compresi anche appositi corsi per formatori finalizzati all'acquisizione, da parte del summenzionato personale individuato dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, delle competenze necessarie per informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche. Dovranno essere attuate strategie trasversali specifiche con il macro obiettivo 7 "Prevenire gli infortuni e le malattie professionali", prestando anche attenzione particolare, nella formazione in argomento, al fatto che - pur nella sua trasversalità per il largo uso di articoli utilizzati in ambienti di vita - il rischio da sostanze chimiche mantiene una specificità come rischio professionale in quanto presente in numerosi processi di lavorazione (vedasi, al riguardo, anche il documento approvato dalla Commissione Consultiva Nazionale Permanente ex art. 6 D.Lgs 81/08 il 28 novembre 2012 per la gestione del rischio chimico nei luoghi di lavoro, alla luce dei Regolamenti REACH e CLP).

In coerenza con il SAICM, saranno inoltre previste anche apposite azioni finalizzate alla sensibilizzazione della popolazione sui temi della sicurezza chimica.

Riguardo all'amianto, dovranno essere attuate strategie trasversali specifiche con il macro obiettivo 7 "Prevenire gli infortuni e le malattie professionali", con particolare riferimento a quelle azioni del Piano Regionale Amianto che hanno il precipuo fine di contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione.

Il relativo Programma RIDUZIONE DELLE ESPOSIZIONI A SOSTANZE CHIMICHE è individuato nella seguente tabella.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
RIDUZIONE DELLE ESPOSIZIONI A SOSTANZE CHIMICHE	8.7 Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detersivi e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	8.7.1 Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	8.8 Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche	8.8.1 Numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche
	8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	8.9.1 Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)

Si precisa che le azioni di promozione della salute concernenti gli obiettivi centrali "8.11 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare" e "8.12 Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV", coerentemente con la popolazione target indicata nei relativi indicatori centrali, verranno sviluppate nel programma interistituzionale trasversale di promozione della salute nella popolazione scolastica denominato "Una scuola in salute" di cui al macro obiettivo 1.

9 Macro Obiettivo 9: Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

Le malattie infettive hanno rappresentato storicamente l'impegno preponderante della Sanità Pubblica in termini di risorse umane e materiali per contrastarle. Attualmente, benché la situazione epidemiologica sia decisamente più favorevole, vista la bassa incidenza e mortalità per questo gruppo di patologie, l'attenzione deve comunque rimanere alta in considerazione del potenziale epidemico di alcuni agenti infettivi e del possibile aumento di incidenza di alcune patologie ri-emergenti in gruppi particolari a rischio (immigrati e nuove povertà).

Gli strumenti di contrasto delle malattie infettive sono, oltre agli antimicrobici, le vaccinazioni, i sistemi di sorveglianza, i piani di risposta alle emergenze infettive.

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

vaccinale, l'accreditamento delle sedi, e l'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale, a tutt'oggi non si è compiutamente realizzato.

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

Le percentuali di copertura delle vaccinazioni per l'infanzia, obbligatorie e raccomandate, sono in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012 – 2014, ad eccezione della vaccinazione contro il morbillo e la rosolia (l'obiettivo nazionale prevede infatti una copertura vaccinale per la prima dose, al 24° mese, > al 95% Vs 91,1% regionale) .

Al riguardo la regione Sardegna si è impegnata mediante l'adozione del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015, a perseguire livelli di copertura > al 95% per la prima e la seconda dose di MPR, a mettere in atto le iniziative e le opportune strategie rivolte al recupero della popolazione suscettibile non vaccinata, in modo particolare delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia in maniera tale da ridurre la percentuale di queste ultime al 5%.

Per quanto concerne la vaccinazione contro il papilloma virus umano (HPV), introdotta nella regione Sardegna, mediante l'offerta attiva e gratuita alle adolescenti (nel corso del dodicesimo anno di età) nel 2008, i dati di copertura disponibili mostrano un ritardo nella vaccinazione delle coorti di nascita 2001 e 2002, rispetto agli obiettivi stabiliti nel PNPV 2012 – 2014, mentre per le coorti precedenti il livello di copertura si attesta intorno al 70%.

La vaccinazione antinfluenzale, offerta attivamente e gratuitamente agli ultrasessantacinquenni, presenta livelli di copertura a livello regionale, registrati nel corso della campagna 2013 – 2014, pari al 46,00%, livello che si discosta notevolmente all'obiettivo minimo perseguibile del 75% e ottimale del 95%, previsti a livello nazionale.

Per tutti gli altri vaccini l'offerta risulta a "macchia di leopardo" e le coperture vaccinali condizionate spesso dalla modalità di offerta, gratuita o in forma di co-payment.

E' pertanto prioritario omogeneizzare l'offerta in tutta la regione sia per tipo di vaccino proposto sia per modalità di partecipazione alla spesa: il vaccino contro il Meningococco di tipo B e contro il Rotavirus ne sono un esempio evidente.

Il fenomeno del rifiuto vaccinale è sempre più presente nella popolazione, nella convinzione che gli effetti collaterali della vaccinazione superino i vantaggi; ciò è alimentato da una informazione non mediata professionalmente e non accreditata. Benché questo fenomeno sia poco rappresentato in Sardegna è necessario offrire un servizio che ponga l'utente in condizioni di aderire in maniera consapevole, anche attraverso un'informazione e comunicazione completa e chiara sui rischi delle malattie infettive prevenibili dalle vaccinazioni e sulla sicurezza dei vaccini.

In considerazione del quadro epidemiologico ed organizzativo finora descritto delle criticità rilevate dall'esperienza pregressa, si ritiene opportuno sviluppare il PROGRAMMA DI SVILUPPO E POTENZIAMENTO DELLE VACCINAZIONI e individuato nella seguente tabella.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
SVILUPPO E POTENZIAMENTO DELLE VACCINAZIONI	9.6 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)	9.6.1 Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	9.7 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	9.7.1 Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status
		9.7.2 Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV
		9.7.3 Tasso di rifiuti per le vaccinazioni previste dal PNPV
	9.8 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	9.8.1 Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole

Un presupposto fondamentale per il corretto funzionamento delle reti di sorveglianza delle malattie infettive è la notifica puntuale da parte di tutti i medici, da realizzare anche attraverso azioni e sistemi che ne facilitino la partecipazione, nonché il coinvolgimento della rete dei laboratori regionali, soprattutto per la diagnosi eziologica di molte delle malattie notificate. L'informatizzazione del sistema di notifica integrato con l'anagrafe residenti regionale e con l'anagrafe vaccinale è essenziale oltre che per una migliore conoscenza dell'epidemiologia delle malattie infettive a livello regionale, anche per la valutazione dell'efficacia degli interventi.

Efficienti reti di sorveglianza, che permettano di identificare in maniera rapida possibili emergenze infettive, sono alla base del contrasto di epidemie/pandemie che possono colpire qualsiasi paese, secondo l'ottica del "non esistono confini" per i microbi, favorita anche dalla movimentazione di merci, animali e persone a livello internazionale. Per questo motivo, secondo la Decisione della Commissione Europea (N. 1082/*2013/EU) l'Italia deve pianificare e sviluppare piani generali di preparazione e risposta a minacce biologiche e non. Un esempio concreto è dato dal caso "Ebola" dove il Ministero della Salute, oltre ad aver rafforzato le misure di sorveglianza nei punti di ingresso internazionale ha predisposto un Protocollo per la gestione dei casi. La Sardegna, come altre regioni italiane, ha istituito un gruppo di lavoro che ha prodotto un Protocollo attuativo per gestire l'emergenza, sulla base di quello nazionale, ma articolato sul livello regionale, che può rappresentare un modello per lo sviluppo nell'ambito del PRP 2014 – 2018 dell'Obiettivo Centrale specifico.

E' inoltre di fondamentale importanza, in situazioni di emergenza epidemica/pandemica, lo sviluppo di un piano di comunicazione efficace in termini di percezione del rischio, gestione dell'incertezza, che sia trasparente, chiaro, completo e che sia differenziato per diversi target (popolazione, operatori sanitari, mass media, altri attori istituzionali).

Il relativo Programma di SVILUPPO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI SORVEGLIANZA E RISPOSTA ALLE EMERGENZE INFETTIVE è individuato nella seguente tabella.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
SVILUPPO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI DI SORVEGLIANZA E RISPOSTA ALLE	9.1 Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	9.1.1 Proporzioni di casi di morbillo e di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

EMERGENZE INFETTIVE	9.2 Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce	9.2.1 Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio
	9.3 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	9.3.1 Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive
	9.4 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	9.4.1 Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica
	9.9 Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)	9.9.1 Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali

Di particolare rilievo è la revisione del sistema di sorveglianza della Tubercolosi (Tb) che presenta caratteristiche proprie dovute all'aumento percentuale dei malati tra la popolazione immigrata, proveniente da regioni ad alta endemia tubercolare, e che presenta un rischio di sviluppare la malattia 10-15 volte superiore rispetto alla popolazione italiana: in Italia la percentuale di stranieri tra i casi notificati si aggira intorno al 50%. Inoltre avanza sempre più la multi-resistenza alla terapia con forme di malattia di difficile gestione e follow up.

Attualmente la sorveglianza della Tb è basata sul D.M. 15 dicembre 1990, dove la Tb è classificata nella III classe; in particolare, ai fini della diagnosi e della prevenzione, deve essere sempre eseguito il test Mantoux e, a seconda dell'esito, l'esame radiografico del torace inoltre, ove necessario, la batteriologia tramite l'esame diretto dell'escreato e la coltura per la ricerca del micobatterio; devono inoltre essere sempre espletate le procedure per la ricerca dei contatti con l'utilizzo del test Mantoux e/o di altri accertamenti di laboratorio o strumentali del caso.

Attualmente le procedure non sono omogenee a livello regionale.

Pertanto il PRP 2014 – 2018 dovrà rivedere i protocolli e le procedure già esistenti che riguardano i sistemi di sorveglianza della Tb, valutarli e, se del caso aggiornarli, tenendo presente le nuove indicazioni dell'Intesa Stato - Regioni del 20/12/2012 recante il titolo "Controllo della tubercolosi: obiettivi di salute, standard e indicatori – 2013-2016". Il sistema di sorveglianza dovrà farsi carico anche dell'esito del trattamento, sia esso terapeutico o profilattico, nonché la conoscenza della farmacoresistenza, con il coinvolgimento attivo dei laboratori regionali. All'uopo è già stato istituito un apposito gruppo di lavoro che dovrà integrarsi con le attività del PRP 2014 – 2018.

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

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

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

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

Il relativo Programma di RIDUZIONE DEI RISCHI DA TB E HIV è individuato nella seguente tabella.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
RIDUZIONE DEI RISCHI DA TB E HIV	9.5 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	9.5.1 Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up
		9.5.2 Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/iL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV

Il sistema di sorveglianza nei confronti delle infezioni/malattie infettive riguarda anche il setting ospedaliero e/o gli altri luoghi di ricovero e cura, dove assume una duplice valenza perché, oltre a monitorare e contrastare l'infezione, valuta la correlazione con la resistenza agli antibiotici, tema questo che necessita di attenzione prioritaria secondo l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control).

In Europa un paziente ricoverato su 18 contrae un'infezione in ambiente ospedaliero.

L'Italia non si discosta dalle medie europee e benché molte di queste infezioni siano di facile soluzione, altre possono mettere a rischio la salute dei pazienti, aumentare il tempo di degenza, i costi di ospedalizzazione e creare un notevole disagio al paziente.

Il fenomeno della resistenza agli antibiotici è presente in tutta la Regione Europea e interessa in larga misura i batteri Gram negativi, in particolare *E. coli* e *K. pneumoniae* che negli ultimi anni hanno mostrato una resistenza alle Cefalosporine di terza generazione.

Secondo l'ECDC uno dei fenomeni più rilevanti in Europa riguarda la resistenza ai Carbapenemi, antibiotici ad ampio spettro utilizzati nel trattamento delle infezioni ospedaliere da enterobatteri Gram negativi e multi-resistenti.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Benché la resistenza ai Carbapenemi si mantenga nelle infezioni da enterobatteri a livelli bassi in termini percentuali, in Italia si è evidenziato un aumento della resistenza in *K. Pneumoniae*, passata da meno dell'1% nel 2008 al 35% nel 2013.

Ad aggravare il quadro è apparsa, e rilevata a partire dal 2013, la resistenza alla Colistina antibiotico polimixिनico, che benché di vecchia generazione, viene utilizzata nelle infezioni da *K. pneumoniae* resistente proprio ai Carbapenemi.

Altre criticità in Italia sono l'*Acinetobacter*, resistente a Fluorochinoloni Aminoglicosidi e Carbapenemi con valori maggiori al 50%, e lo Stafilococco aureo resistente alla meticillina (valori intorno al 35%).

Nonostante l'uso degli antibiotici sia largamente maggiore nella comunità, l'utilizzo in ospedale rappresenta il maggior driver dell'estendersi dell'antibiotico-resistenza (ECDC).

In Sardegna, dove allo stato attuale ogni ospedale o luogo di ricovero si è dotato di protocolli propri, il gruppo di programmazione del presente Macro Obiettivo dovrà elaborare il disegno della rete di sorveglianza, comune a tutti i luoghi di assistenza, nel rispetto della specificità di ogni ospedale, e che sia base per le azioni conseguenti per contrastare sia le infezioni correlate all'assistenza sia l'antibiotico-resistenza.

In Italia, il consumo di antibiotici è tra i maggiori a livello europeo con 23,8 DDD/abitanti die (Sardegna 21,3, popolazione pesata (Rapporto OsMed 2013). Ai fini di promuovere un uso corretto degli antibiotici il PNP 2014 – 2018 prevede la realizzazione di una campagna di informazione/formazione sia a livello di popolazione, sia a livello di medici, per una maggiore appropriatezza prescrittiva.

Il relativo Programma di CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E DELL'ANTIBIOTICO - RESISTENZA è individuato nella seguente tabella

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E DELL'ANTIBIOTICO - RESISTENZA	9.10 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	9.10.1 Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE
	9.11 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	9.11.1 Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie
	9.12 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	9.12.1 Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidence per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici
	9.13 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	9.13.1 Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

10 Macro Obiettivo 10: Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Considerato l'enorme impatto, non solo sulla salute dei cittadini ma anche sotto il profilo economico, degli attuali flussi commerciali di animali, mangimi ed alimenti, una tra le priorità nel campo delle politiche sanitarie poggia sulla necessità di attuare strategie coordinate e sviluppare pratiche efficaci nel controllo dei rischi biologici (in particolare delle zoonosi) e chimico-fisici a garanzia della sicurezza degli alimenti. Il miglioramento di vari aspetti relativi alla qualità igienico-sanitaria delle produzioni alimentari e le garanzie di tutela della salute dei consumatori rappresentano quindi obiettivi chiave di specifici programmi di sicurezza alimentare. Tali programmi, dovendo tra l'altro perseguire obiettivi più generali di garanzia della leale concorrenza negli scambi commerciali e di mantenimento della fiducia nel sistema degli approvvigionamenti alimentari, devono necessariamente attenersi a norme ed indirizzi adottati in ambito comunitario, applicando azioni di controllo coerenti con tali riferimenti. Trattandosi di azioni finalizzate alla prevenzione collettiva va comunque rimarcata l'importanza di come tali azioni, adottate in diversificati ambiti specifici della sicurezza alimentare, debbano comunque possedere un chiaro riferimento ad obiettivi di salute.

Il rafforzamento delle attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, si deve comunque innestare in un sistema consolidato di operatività integrata nell'ambito dei Servizi di Prevenzione regionali e delle Aziende Sanitarie. I relativi ambiti veterinari della Sanità Animale, dell'Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche, dell'Igiene degli Alimenti di Origine Animale e quello medico dell'Igiene degli alimenti e della nutrizione (con il coinvolgimento trasversale dell'IZS della Sardegna e del suo Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale) garantiscono infatti il rispetto delle richiamate indicazioni nazionali/comunitarie relative al Piano Integrato dei Controlli Ufficiali in materia di alimenti, mangimi, sanità e benessere animale. Trattandosi di "Autorità Competenti", a tali strutture organizzative della Sanità Pubblica è pertanto richiesto lo svolgimento di verifiche ed ispezioni lungo tutta la filiera agro-alimentare, dalla produzione, trasformazione, conservazione e trasporto degli alimenti, fino alla loro commercializzazione, secondo quanto previsto dal Regolamento (CE) n. 882/2004. Le filiere alimentari sono infatti controllate, attraverso attività, metodi e tecniche previste dal richiamato Regolamento, a partire dalle produzioni primarie di mangimi, allevamenti degli animali produttori e prodotti agricoli fino alla vendita dell'alimento al consumatore finale. Tutti i controlli sono finalizzati, nel rispetto dei vincoli di trasparenza e riservatezza, a prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali (siano essi rischi diretti o veicolati dall'ambiente), a garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti e a tutelare gli interessi dei consumatori, compresa l'etichettatura dei mangimi e degli alimenti e altre forme d'informazione dei consumatori.

Il Controllo Ufficiale sulla filiera produttiva alimentare, in tutte le fasi di cui si compone, deve pertanto assicurare che gli interventi dell'Operatore del Settore Alimentare siano adeguati e idonei ad impedire che attraverso gli alimenti esitati al consumo possano essere veicolati agenti patogeni e tossine di diversa natura e provenienza, spesso anche in conseguenza di fenomeni di inquinamento ambientale. L'ambiente rappresenta infatti uno dei principali determinanti della salute e il nesso ambiente-salute è, non solo da oggi, all'attenzione del dibattito politico e scientifico internazionale. I processi di globalizzazione e le strategie nel campo dell'energia, dei trasporti e della gestione dei rifiuti, oltre che le prospettive della produzione industriale a vari livelli, rappresentano esempi di settori che determinano rilevanti impatti sull'ambiente e, anche tramite la catena alimentare, sulla salute. In tale contesto vanno attualmente considerati anche i fenomeni legati ai cambiamenti climatici, per gli effetti propri e per le interazioni con i diversi settori della vita umana, comprese le filiere agro-alimentari.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il **primo programma** persegue in particolare l'applicazione dei principi di trasversalità, intersettorialità, sostenibilità ed appropriatezza nell'attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli sulla sicurezza alimentare, proponendosi gli Obiettivi Centrali 1, 2, 3, 4, 7, 11 e 12 in quanto pertinenti.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
INTEGRAZIONE DEI CONTROLLI SULLA SICUREZZA ALIMENTARE	10.1 Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura.	10.1.1 Adozione di protocolli per l'intervento integrato
	10.2 Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	10.2.1 Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco.
	10.3 Sviluppare protocolli di collaborazione tra Ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare veterinario	10.3.1 Protocolli di collaborazione che garantiscano un <i>panel</i> di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il <i>set di</i> patogeni previsti dalla Direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali.
	10.4 Completare i sistemi anagrafici	10.4.1 Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore mangimi.
		10.4.2 Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità Competenti alla " <i>Masterlist</i> " Regolamento CE 852/2004).
	10.7 Assicurare un'appropriatezza capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici.	10.7.1 Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità Competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7/2/2013.
	10.11 Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale.	10.11.1 Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai servizi dell'Autorità competente.
	10.12 Realizzare gli audit previsti dall'art. 4(6) del Regolamento CE 882/2004.	10.12.1 Rendicontazione dell'attività di audit svolta.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'Obiettivo Centrale finalizzato allo **sviluppo di Piani regionali di controllo/monitoraggio da realizzarsi nell'ottica di una crescente integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura**, si colloca nel Piano Regionale della Prevenzione volendone sviluppare un principio cardine, qual è quello finalizzato all'integrazione ed alla trasversalità delle azioni di prevenzione per la tutela della salute animale ed ambientale nei sistemi agro-zootecnici, in funzione della salute umana. Si tratta in sintesi di promuovere lo sviluppo anche in tale ambito di obiettivi metodologici nella programmazione delle attività di prevenzione, perseguendo l'integrazione, la semplificazione, l'efficacia secondo evidenze scientifiche e la verifica dei risultati ottenuti, promuovendo quindi un "sistema" di prevenzione che, in particolare attraverso l'adozione di protocolli per l'intervento integrato, porti al coinvolgimento di tutti i principali portatori d'interesse, rappresentati da altre amministrazioni, istituzioni ed enti non sanitari (attivi in campo ambientale e agro-zootecnico in primis), che a vario titolo assumono rilevanza nel perseguimento di obiettivi di salute.

Nella prospettiva di affrontare tali tematiche in tutta la loro complessità è necessario, da un lato, sviluppare competenze, metodi scientifici e strumenti tecnici nuovi (a partire da quelli per la valutazione di impatto sull'ambiente e sulla salute) e, dall'altro, promuovere azioni/programmi orientati alla cooperazione interistituzionale, di per sé impegnativi avendo necessità di essere continuamente sostenuti da sforzi finalizzati all'integrazione delle diverse competenze e, fin dall'inizio dei programmi, dal coinvolgimento dei responsabili istituzionali. Tutto ciò premesso, con il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 si intendono rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, per alcuni aspetti di attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli, attraverso i seguenti obiettivi programmatici:

- promuovere la collaborazione su iniziative di comune interesse in materia sanitaria, ambientale ed agro-zootecnica, con particolare riferimento ai temi della promozione della salute, della tutela ambientale e delle produzioni agro-alimentari;
- sviluppare le interazioni tra i programmi di sanità pubblica, delle politiche ambientali e di quelle nel settore agricolo, valorizzando e integrando le competenze e le esperienze delle Istituzioni e delle organizzazioni regionali per la sicurezza alimentare;
- creare le condizioni perché i diversi attori pubblici, direttamente o indirettamente coinvolti nella gestione del rischio biologico e chimico-fisico (ambientale o tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, possano interagire efficacemente nella costruzione e nella valutazione delle politiche di sicurezza alimentare, anche attraverso l'adozione di protocolli;
- condividere protocolli per l'intervento integrato nei processi di valutazione del rischio ambientale (tecnologico e agricolo) e sanitario, anche mediante la gestione condivisa sia di diversi aspetti dell'attività ordinaria d'istituto (pareri preventivi, monitoraggio delle matrici ambientali e biotiche, costruzione delle mappe di rischio, ecc.) e sia nelle emergenze.

L'orientamento all'integrazione da parte degli attori pubblici che si occupano a vari livelli di sicurezza alimentare rappresenta uno dei principali determinanti della qualità ed efficacia degli interventi. Tale condizione va presa in considerazione sia relativamente alla funzione di erogazione delle prestazioni in senso stretto, sia relativamente alla funzione di *governance*, vale a dire di coordinamento del sistema per il raggiungimento degli obiettivi di sicurezza alimentare, superando la tendenza generale a ragionare per mere competenze istituzionali più che per obiettivi di salute. In tal senso l'approccio "per determinanti" proposto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 incoraggia verso una nuova prospettiva. Ed è su tale prospettiva che le pubbliche amministrazioni regionali coinvolte nella sicurezza alimentare dovranno orientarsi e lavorare per un moderno ed efficace processo di integrazione operativa.

Ulteriori argomenti di riflessione e di stimolo al cambiamento possono essere evidenziati nella possibilità di disporre, attraverso protocolli per l'intervento integrato, di strumenti capaci di mettere in relazione attività e risultati dei singoli piani intervenendo con programmi condivisi e di dimostrata efficacia sul piano



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

della tutela della salute umana ed animale, e puntando alla qualità sanitaria delle produzioni primarie, dall'agricoltura all'allevamento degli animali produttori di alimenti.

Le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria dovranno perciò essere sempre più impostate su criteri di integrazione, di analisi e graduazione dei rischi e sottoposti a valutazione in termini di evidenza scientifica (*evidence*). In particolare il Piano Regionale Integrato dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare, oltre che essere caratterizzato dall'analisi del contesto epidemiologico territoriale e dalla graduazione del rischio delle diverse attività economiche/di servizio oggetto di controllo, dovrà sempre più trovare idonee modalità di coordinamento ed integrazione tra i diversi attori del sistema: la sanità pubblica, l'ambiente e l'agricoltura (rafforzando e sviluppando innanzitutto le relazioni istituzionali tra il Servizio prevenzione dell'Assessorato alla Sanità e le Direzioni regionali degli Assessorati dell'Ambiente e dell'Agricoltura, unitamente alle Università di Cagliari e Sassari e rispettivi dipartimenti di Sanità Pubblica e Medicina Veterinaria, ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, all'IZS della Sardegna, all'ARPAS ed alle Agenzie regionali LAORE e AGRIS, solo per fare i principali esempi).

D'altronde è la stessa attuazione delle norme del "pacchetto igiene" che orientano verso una maggiore interazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura, atteso che se non ci si predispongono operativamente ad effettuare valutazioni in modo integrato e se non si creano punti di sintesi delle informazioni, non si potranno che elaborare risposte incomplete, frutto di ottiche parcellizzate. Non appare più possibile fornire risposte esaustive né programmare controlli in un'ottica "olistica" senza un'opera di riunificazione e integrazione anche con gli attori della sorveglianza sulla qualità ambientale e della valutazione delle buone pratiche agronomiche ai fini della sicurezza alimentare.

In tale scenario, il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 recepisce l'obiettivo centrale di orientamento e miglioramento della programmazione delle attività di controllo ufficiale finalizzate alla sicurezza alimentare nell'intera filiera, ivi comprese la sanità e il benessere della popolazione animale, quale strumento di attuazione delle politiche comunitarie relative alla programmazione, realizzazione, rendicontazione, valutazione delle attività che, nella prospettiva di un sempre più ampio coinvolgimento delle parti interessate, rafforzi il processo di integrazione interna tra i Servizi di sanità pubblica coinvolti, sia nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione delle ASL che in un quadro più ampio di prevenzione e promozione della salute, e lo estenda alle Istituzioni che operano in campo ambientale e agricolo, attraverso una opportuna individuazione di titolarità, scelte operative efficaci basate sui determinanti di rischio, razionalizzazione e coordinamento degli interventi preventivi, criteri operativi e protocolli di intervento condivisi.

Attraverso il coordinamento e l'integrazione funzionale delle Amministrazioni regionali e delle Istituzioni che concorrono alla sicurezza alimentare si vuole perseguire l'obiettivo del miglioramento delle azioni sanitarie, sia in termini di efficacia che di efficienza, e del controllo completo e integrato dell'intera filiera alimentare. Rappresenta infatti un obiettivo centrale del Piano Nazionale della Prevenzione e rappresenta un componente integrante degli obiettivi programmatici del Piano Regionale della Prevenzione volti a garantire la tutela della salute collettiva attraverso la rimozione o minimizzazione dei fattori di rischio.

Il programma sarà implementato attraverso lo sviluppo progettuale dei seguenti Piani specifici in un'ottica di maggiore integrazione:

- Piano regionale di controllo ufficiale sull'alimentazione degli animali;
- Piano regionale per il benessere e la protezione degli animali da reddito;
- Piano regionale di controllo ufficiale sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari;
- Piano regionale di controllo su talune sostanze (non autorizzate e/o ad effetto anabolizzante, medicinali veterinari e agenti contaminanti) e sui loro residui negli animali vivi e nei loro prodotti;
- Piano regionale di controllo ufficiale sulla presenza di organismi geneticamente modificati negli alimenti;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- Piano regionale di controllo ufficiale sulla presenza di alimenti di origine animale e vegetale sottoposta a trattamento con radiazioni ionizzanti;
- Piano regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti;
- Piano regionale per la vigilanza ed il controllo sanitario della produzione e commercializzazione dei molluschi bivalvi e per il monitoraggio periodico delle zone di produzione e di stabulazione dei molluschi bivalvi vivi.

L'adozione di "Piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura" rappresenta, in sintesi, la cornice di riferimento all'interno della quale saranno sviluppati obiettivi specifici e relativi progetti, in particolare:

- definire gli obiettivi del prossimo Piano Regionale Integrato dei Controlli sulla sicurezza alimentare, includendovi gli indirizzi dati dal Piano Nazionale della Prevenzione in riferimento a particolari settori d'intervento del macro-obiettivo 10: "Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli";
- aumentare la inter-settorialità nell'azione di controllo sostenendo la possibilità di interventi congiunti con altri Servizi, Istituzioni o Enti diversi da quelli di sanità pubblica orientati alla sicurezza alimentare;
- attuare le attività previste al punto precedente, con verifica dei processi di integrazione attraverso l'adozione di protocolli condivisi e/o interventi congiunti.

L'Obiettivo Centrale finalizzato alla **riduzione del fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco** si svilupperà attraverso la attività di farmaco-vigilanza e farmaco-sorveglianza, perseguendo gli obiettivi correlati, sia di sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori, che della sanità e benessere animale e della tutela ambientale.

La farmaco-sorveglianza si realizza attraverso il controllo sulla produzione, distribuzione e impiego del farmaco di cui fanno parte anche le pre-miscele medicate inserite negli alimenti zootecnici. È noto che, in alcune situazioni, si può verificare un uso improprio o un abuso nell'utilizzo di farmaci veterinari e, in alcuni casi, un uso illegale di farmaci vietati, con conseguente presenza di residui nelle derrate di origine animale e relativo impatto sull'ambiente di sostanze attive. Nella relazione annuale 2013 del PNI dei controlli si osserva una bassa percentuale di positività dei residui di farmaci veterinari negli alimenti di origine animale, positività che comunque aumenta nel caso di controlli su sospetto. Tali pericoli chimici rientrano tra i fattori di rischio per la garanzia della sicurezza alimentare e possono mettere a rischio la salute del consumatore (per effetti acuti, per bio-accumulo, antibiotico-resistenza, effetti allergizzanti, ecc...). Attualmente le maggiori organizzazioni sanitarie mondiali ritengono il fenomeno della antibiotico-resistenza, che consiste nella capacità intrinseca o acquisita di un microrganismo di resistere all'azione di un antibiotico, un problema emergente e una minaccia per le rilevanti ripercussioni nella salute pubblica. L'utilizzo diffuso e improprio degli antibiotici in medicina umana e, in medicina veterinaria anche attraverso la somministrazione con mangimi e acqua di dosi sub terapeutiche, a scopo profilattico o come promotori della crescita, nonché il conseguente inquinamento ambientale di antimicrobici, accelerano la comparsa e la propagazione di microrganismi resistenti. La antibiotico-resistenza è in costante aumento in tutta Europa (oltre 25.000 mila persone nell'UE muoiono ogni anno per infezioni batteriche) ed ha assunto negli ultimi anni grande rilevanza, per la difficoltà nel trattamento di una vasta gamma di infezioni comuni, facili da contrarre, e per una ridotta gamma di antibiotici efficaci a disposizione. Ciò può dar luogo ad un decorso più lungo, ad una maggiore gravità della malattia e in alcuni casi alla morte. L'uso inappropriato di antibiotici negli animali contribuisce al problema generale della antibiotico resistenza nelle persone e, per quanto non sia sufficientemente chiaro il ruolo che gli animali, gli alimenti di origine animale e i batteri resistenti presenti negli allevamenti svolgono nel trasferimento della resistenza



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

antimicrobica agli esseri umani, il Parlamento europeo considera fondamentale la ricerca per sviluppare sistemi di allevamento che consentano di ridurre la prescrizione di antimicrobici.

Il problema dell'antibiotico-resistenza va affrontato con un approccio strategico e multi-settoriale, con il coinvolgimento di tutti gli operatori e utenti di ogni settore interessato. A tal fine nell'ambito del controllo ufficiale di farmaco-vigilanza un contributo strategico è rappresentato dalla informatizzazione e dematerializzazione delle prescrizioni di farmaci veterinari e da un sistema di tracciabilità del farmaco veterinario. Il ministero della salute ha emanato Linee guida per la disciplina della registrazione e trasmissione dei dati informativi per il sistema di tracciabilità del farmaco veterinario anche attraverso il supporto informatizzato della ricetta medico veterinaria, ferme restando le azioni di farmaco-sorveglianza. Tale sistema è ancora in fase sperimentale e non è stato ancora reso operativo su larga scala. Nelle more della applicazione su tutto il territorio nazionale di tale sistema informatizzato e in considerazione delle difficoltà legate alla mancanza di un sistema di tracciabilità del farmaco veterinario che rendono difficoltosi gli interventi mirati, si procederà ad un potenziamento ed estensione del sistema informatico regionale SISAR-VET, per il raggiungimento delle seguenti finalità:

- semplificazione delle procedure di tracciabilità del farmaco veterinario;
- potenziamento del controllo regionale sull'impiego degli antimicrobici nel settore zootecnico, con riduzione delle antibiotico-resistenze e diminuzione del consumo di antibiotici negli animali da reddito;
- miglioramento delle attività di farmaco-sorveglianza svolte dai servizi veterinari delle ASL, con riduzione dei costi per il controllo ufficiale e l'aumento dell'efficacia, efficienza e appropriatezza degli interventi programmati;
- qualificazione delle produzioni zootecniche regionali a seguito dell'uso prudente del farmaco veterinario.

L'**Obiettivo Centrale** finalizzato ad **assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici** risponde ad un requisito previsto dal Regolamento (CE) n. 882/2004, relativo ai "Controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali", che stabilisce (art. 4) come le Autorità Competenti debbano garantire efficacia, efficienza e accuratezza dei controlli, adeguatezza delle strutture di supporto, nonché competenze adeguate alle funzioni. Con il dettaglio puntuale delle caratteristiche soggettive ed oggettive degli organi di controllo, il legislatore ha voluto quindi fissare scelte strutturali severe per garantire serietà, efficienza ed economicità ad una funzione così vitale, anche per i suoi riflessi negli scambi intra-comunitari. In particolare, l'articolo citato del Regolamento precisa che le Autorità Competenti devono assicurare la disponibilità di "un'adeguata capacità di laboratorio (...) per far sì che i controlli ufficiali e gli obblighi in materia di controlli possano essere espletati in modo efficace ed efficiente" e, inoltre (art. 12), che i laboratori deputati ad "eseguire l'analisi dei campioni prelevati durante i controlli ufficiali" debbano essere designati solo se "operano, sono valutati e accreditati conformemente alle norme europee: EN ISO/IEC 17025 (sui «Criteri generali sulla competenza dei laboratori di prova e di taratura») ed EN/ISO/IEC 17011 (sui «Requisiti generali per gli organismi di accreditamento che accreditano organismi di valutazione della conformità»), tenuto conto dei criteri dei vari metodi di test contenuti nella legislazione sui mangimi e gli alimenti dell'Unione Europea". La puntuale scansione degli *standards* strutturali e soggettivi operata dal legislatore anche su questo specifico aspetto delinea quindi un nucleo di requisiti posti a garanzia di controlli (e controllori) efficaci, strutturati e corretti. Ed è proprio la richiamata norma EN ISO/IEC 17025 a stabilire (punto 4.1.2) che è responsabilità del laboratorio eseguire le attività di prova e di taratura in modo da rispettare i requisiti della norma medesima e di "soddisfare le esigenze del cliente, delle autorità in ambito legislativo o delle organizzazioni che forniscono riconoscimenti". Relativamente al "Riesame delle richieste, delle offerte e dei contratti" (paragrafo 4.4), la norma specifica inoltre che "il laboratorio deve stabilire e mantenere procedure atte al



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

riesame (controllo e verifica) delle richieste di analisi, delle offerte emesse a favore dei potenziali clienti e dei contratti (offerta accettata)” e che il contratto deve garantire (punto 4.4.1) che:

- i requisiti siano ben specificati avendo anche cura di citare i metodi utilizzati ed eventualmente i riferimenti bibliografici o normativi;
- il laboratorio “abbia le capacità e le risorse atte a soddisfare i requisiti stessi”.

Va inoltre tenuto presente che, ai sensi della norma UNI EN ISO 9000:2005 (punto 3.8.7), il “riesame” consiste in un’attività periodica (generalmente programmabile su base annua) “effettuata per riscontrare l’idoneità, l’adeguatezza e l’efficacia” (ma il riesame può anche comprendere la determinazione dell’efficienza) ad assicurare un’appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici.

La Decisione n. 2007/363/CE, che stabilisce “Orientamenti per aiutare gli Stati membri a elaborare il piano di controllo nazionale pluriennale integrato unico previsto dal regolamento (CE) n. 882/2004”, nel suo Allegato prevede (punto 3.5.2) che “i servizi disponibili possono essere quantificati in termini di livello di servizi, di capacità del laboratorio e di gamma di attività di analisi” e prevedendo inoltre (punto 3.9.2) che “le autorità competenti dispongano di laboratori aventi un’adeguata capacità per effettuare gli esami, nonché di personale debitamente qualificato e sperimentato in numero sufficiente per poter eseguire i controlli ufficiali e rispettare gli obblighi di controllo in modo efficace ed effettivo”.

La Deliberazione della Giunta Regionale della Sardegna n. 20/4 del 26 aprile 2011, avente ad oggetto il Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali sulla sicurezza alimentare (PRIC), relativamente ai “criteri operativi e procedure” (Capitolo V) ribadisce come le Autorità competenti, regionale e locali, debbano disporre di un’adeguata capacità di laboratorio o che vi debbano avere accesso ai fini di eseguire test e che dispongano di un numero sufficiente di personale adeguatamente qualificato ed esperto, per far sì che i controlli ufficiali e gli obblighi in materia di controlli possano essere espletati in modo efficace ed efficiente e, infine, che il rispetto di tale criterio operativo sia garantito attraverso “iniziative specifiche delle Autorità competenti e dei Laboratori ufficiali” secondo quanto riportato nel “Riesame ed adattamento del PRIC” (Capitolo VI).

La Deliberazione della Giunta Regionale della Sardegna n. 19/31 del 14 maggio 2013, che recepisce l’Accordo Stato-Regioni sulle “Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell’attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria” (Rep. Atti n. 46/CSR del 07/02/2013), nel suo Allegato chiarisce (punto 5.4) gli elementi di conformità richiesti relativamente alla “Capacità di laboratorio e laboratori ufficiali”, nei termini di:

- capacità dei laboratori di soddisfare quantitativamente e qualitativamente le esigenze del Controllo Ufficiale;
- pianificazione delle attività di campionamento con laboratori ufficiali (con elementi quali: il numero di campioni per tipologia di analisi, i tempi e le modalità di risposta, la distribuzione temporale dei conferimenti);
- criteri e modalità di interfaccia con i laboratori ufficiali a cui l’Autorità Competente regionale ha accesso;
- documenti di pianificazione e attività di riesame del contratto tra Autorità Competente e laboratori preposti al controllo ufficiale.

In Sardegna, la capacità di laboratorio dell’Autorità Competente Regionale e delle Autorità Competenti Locali (ASL) è fondamentalmente assicurata dall’Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna. Le analisi sui campioni ufficiali vengono pertanto condotte, nella loro quasi totalità, presso i laboratori ufficiali di tale rete, rappresentata dalla Sede centrale di Sassari e dalle Sezioni Diagnostiche di Cagliari, Nuoro e Oristano, che dispone di sistemi di accreditamento multi-sito (specificamente rilasciato da Accredia con il certificato n. 0235). Detti laboratori svolgono, fin dalla loro costituzione, test su matrici animali e sui prodotti di origine animale e, in forza del Decreto Ministeriale 27 febbraio 2008, anche compiti di “controllo ufficiale in materia di analisi chimiche, microbiologiche e radioattive su alimenti di origine



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

vegetale non trasformati”, nonché di “controllo delle acque destinate al consumo umano, delle acque minerali e di sorgente”, in forza della Deliberazione della Giunta Regionale della Sardegna n. 20/19 del 22 maggio 2013 che ha designato l’Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna quale laboratorio ufficiale anche per tali matrici ai sensi del richiamato art. 12 del Regolamento (CE) n. 882/2004.

Attraverso il riesame della capacità di laboratorio si vuole in sintesi perseguire l’obiettivo della valutazione continua da parte dell’Autorità Competente regionale di assicurare che tale capacità, come supporto di laboratorio al controllo ufficiale svolto da parte delle Autorità Competenti locali (ASL) della Regione Sardegna, sia idonea ed appropriata, attraverso lo sviluppo dei seguenti progetti specifici:

- revisione di Documenti normativi/Procedure documentate di regolamentazione dei tempi e delle modalità di coinvolgimento dei laboratori ufficiali dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna nella programmazione dei diversi Piani regionali di campionamento;
- redazione dei Documenti di verifica (riesame) della domanda, dell’offerta e del contratto, con cadenza annuale, relativamente alla capacità di laboratorio garantita dall’Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna per i test da eseguirsi per i controlli ufficiali richiesti dalle Autorità Competenti.

L’Obiettivo Centrale per una **formazione adeguata in merito alle tecniche e all’organizzazione del controllo ufficiale e realizzazione degli audit previsti dall’art. 4, paragrafo 6, del Regolamento (CE) n. 882/2004** è strettamente legato al nuovo modello di sicurezza alimentare introdotto con il Regolamento (CE) n. 178/2002, che rappresenta un vero e proprio processo di riorganizzazione della normativa comunitaria in materia. Esso, com’è noto, contiene i principi per la successiva emanazione dei Regolamenti del cosiddetto “Pacchetto igiene”, introducendo importanti novità, quali l’applicazione di un metodo scientifico che prevede l’analisi del rischio (valutazione, gestione e comunicazione del rischio), il principio della rintracciabilità (finalizzata a consentire agli operatori ed alle autorità di controllo, di attivare e gestire i sistemi d’allarme qualora sorgano eventuali problemi di sicurezza alimentare) e i principi della informazione e della comunicazione, che incidono sul livello di fiducia del consumatore. In tale scenario, la responsabilità primaria è in carico alle imprese (quindi l’operatore del settore alimentare è divenuto il principale garante della sicurezza dei prodotti che immette sul mercato), mentre, al servizio pubblico, in qualità di “Autorità Competente”, spetta la verifica del rispetto delle disposizioni da parte degli operatori della filiera alimentare, attraverso la implementazione di un sistema di controllo ufficiale. Tale attività rientra tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) garantiti ai cittadini dal Servizio Sanitario Nazionale. Ciò richiede un percorso di adeguamento, mirato non solo alla riorganizzazione delle attività di controllo ufficiale, ma anche delle stesse Autorità Competenti, che devono dunque “adeguare” i propri strumenti gestionali ed operativi a quanto richiesto dalle prescrizioni emanate in ambito comunitario, ad esempio in termini di qualificazione del personale, di formazione, di risorse e infrastrutture, di capacità di cooperazione e coordinamento e di risposta alle emergenze, di programmazione, rendicontazione, monitoraggio delle attività di controllo ufficiale, di attività di audit.

Per l’attuazione del piano di miglioramento dell’attività di controllo ufficiale è quindi necessario prevedere uno specifico percorso di formazione e mantenimento nel tempo di una adeguata qualificazione, degli operatori addetti al controllo ufficiale/audit. Tale percorso formativo è, tra l’altro, previsto anche dall’Intesa Stato-Regioni del 07/02/2013 recante Linee guida per il funzionamento e il miglioramento dell’attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, Regioni, Province autonome e delle ASL in materia di sicurezza alimentare e di sanità pubblica veterinaria, recepito con Deliberazione n. 19/31 del 14/5/2013. Le ricadute attese riguardano il miglioramento e la diffusione delle buone pratiche per l’erogazione di importanti prestazioni di Sanità Pubblica, la razionalizzazione e l’aumento di efficacia degli interventi svolti, con risvolti di economicità, la promozione della collaborazione e miglioramento delle sinergie tra Servizi. Verranno pertanto sviluppati i seguenti progetti specifici:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Il **secondo programma** persegue gli Obiettivi Centrali 9 e 10, relativi alla **promozione della sicurezza nutrizionale**.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NUTRIZIONALE	10.9 Aumentare l’offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi incluse le persone celiache.	10.9.1 Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare
	10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica.	10.10.1 Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale in ottemperanza all’Intesa Stato-Regioni del 22/02/2009
		10.10.2 Proporzioni di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva

Il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione delle ASL, con le sue competenze e professionalità, ha un approccio integrato nella sfera sicurezza alimentare e nutrizionale, binomio inscindibile, in quanto non basta avere un alimento privo di germi patogeni, ma deve essere equilibrato in quantità e qualità. Oltre ad intervenire sulla prevenzione dei rischi legati alla sicurezza degli alimenti dettati dalla normativa Europea, il predetto Servizio interviene sul controllo della qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva, educazione e *counseling* nutrizionale proprie della “area della Nutrizione” del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione. Le condizioni di sovrappeso, obesità e malnutrizione in genere, legati a scorretti stili di vita possono, com’è noto, favorire l’insorgenza di patologie cronicodegenerative (il legame tra malattie cardiovascolari, diabete di tipo II, alcuni tipi di tumore è infatti ampiamente dimostrato da studi scientifici). Relativamente alle malattie cardiovascolari, che rappresentano il 42% di tutti i decessi, è certo il legame alimentazione-malattia. I fattori di rischio, quali i livelli di colesterolo e di LDL, la pressione arteriosa, il diabete, sono direttamente collegati alla cattiva alimentazione. Relativamente all’alimentazione in gravidanza, la carenza di folati è strettamente correlata al rischio di spina bifida nel neonato. Per quanto riguarda i tumori, è dimostrato che un aumentato apporto di fibre (tipico di chi si nutre con abbondanti quantità di vegetali) è un fattore protettivo sia nei confronti del cancro del colon sia di quello del seno (specie prima della menopausa, ma in parte anche dopo l’arresto del ciclo ormonale), come dimostra anche un recentissimo studio condotto dai *National Institutes of Health* statunitensi.

Le linee guida ministeriali sulla ristorazione assistenziale chiariscono ampiamente i compiti del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione in tali collettività. Alcuni studi nelle ristorazioni assistenziali per



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

anziani hanno calcolato che la malnutrizione riguarda almeno il 25% delle persone istituzionalizzate. Nell'anziano malnutrito la mortalità a 14 mesi è del 63% rispetto al 9% del normonutrito.

In Italia dai rapporti di Sorveglianza "OKKIO alla Salute" emerge che il problema sovrappeso e obesità è in continuo aumento (vedi rapporti Nazionali e Regionali). L'OMS e i progetti ministeriali "Guadagnare Salute" raccomandano un approccio multisettoriale alla corretta alimentazione e alla prevenzione, basato sull'incremento del consumo di frutta e verdura e la riduzione dell'apporto di grassi, zuccheri e sale oltre all'incremento dell'attività fisica.

Altro problema, che va quindi perseguito come obiettivo di salute, è rappresentato dall'offerta di alimenti sicuri a soggetti con intolleranze e/o allergie alimentari (vedi intolleranza al glutine, lattosio, ecc...) anche attraverso la verifica della corretta etichettatura degli alimenti.

In tale contesto il ruolo fondamentale dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione è l'approccio integrato "sicurezza alimentare e nutrizionale" in una visione più ampia di alimentarsi: "Alimentare la Salute" è infatti anche il tema dell'EXPO 2015. In sintesi, gli ambiti specifici di "Promozione alla salute" riguarderanno:

- le scuole di ogni ordine e grado;
- le comunità per minori, adolescenti;
- le strutture di assistenza extra-ospedaliera;
- determinati gruppi di popolazione.

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

- linee guida regionali per la ristorazione scolastica;
- linee guida regionali per la ristorazione assistenziale extraospedaliera;
- programmi regionali di promozione alla salute in un'ottica di corretta alimentazione basata sulla Dieta Mediterranea, riconosciuta dall'UNESCO patrimonio immateriale dell'Umanità;
- programmi di tutela della sicurezza alimentare e nutrizionale per le persone affette da celiachia;
- programmi di promozione alla salute per l'utilizzo del sale iodato.

Il **terzo programma** persegue l'Obiettivo Centrale 5, relativo alla **gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche e gli eventi straordinari**.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
GESTIONE DELLE EMERGENZE EPIDEMICHE E NON EPIDEMICHE	10.5 Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non epidemiche e degli eventi straordinarie.	10.5.1 Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari
		10.5.2 Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del Piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare
		10.5.3 Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del Piano di emergenza, riguardante una malattia animale

L'OMS definisce come emergenza "ogni situazione in cui il personale ed i mezzi disponibili in un determinato territorio risultano insufficienti all'attuazione di un efficace intervento sanitario. Si tratta di



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

avvenimenti improvvisi che richiedono un'azione immediata ed efficace e che possono essere dovuti a cause epidemiche, naturali e tecnologiche". È possibile suddividere le emergenze in emergenze dovute alle malattie animali e emergenze legate alla sicurezza alimentare.

Emergenze dovute alle malattie animali. La gestione delle emergenze epidemiche dovute a malattie animali, nonché le componenti e gli schemi delle loro relazioni e procedure operative sono sviluppate e definite in anticipo al fine di assicurare che la risposta sia attuata con il minimo ritardo e in modo coordinato. L'arrivo di una malattia esotica o il riscontro di un grave focolaio di una malattia emergente o endemica potrebbe determinare notevoli perdite produttive e ridimensionare le esportazioni di animali e loro prodotti. E', quindi, importante disporre di Piani di emergenza e di personale con competenze e formazione per far fronte a questo tipo di malattie animali.

Emergenza in sicurezza alimentare. La complessità nel definire quando e' "emergenza" in sicurezza alimentare così come delineata nel Capo IV Sezione 2 del Regolamento 178/2002/CE, deriva dal fatto di dover prevedere e ipotizzare scenari rispetto ai quali le Autorità Competenti (e il relativo sistema dei controlli ufficiali che già garantisce un elevato livello di sicurezza) debbano ricorrere a misure straordinarie. Occorre prendere in considerazione sia le problematiche che possono derivare direttamente dai processi produttivi degli alimenti o dei mangimi, sia quelle conseguenti a fenomeni straordinari quali disastri naturali e/o ambientali che, sovvertendo le strutture e le condizioni entro le quali il normale sistema opera, possano impattare direttamente o indirettamente sulla sicurezza alimentare.

La definizione del *Codex Alimentarius*, che descrive l'«emergenza in sicurezza alimentare», come: "una situazione, accidentale o intenzionale, che viene identificata da una Autorità competente come un evento che costituisce un rischio di origine alimentare grave e non controllato per la salute pubblica che richiede un intervento urgente".

La gestione delle emergenze territoriali non epidemiche si colloca all'interno dell'area di sviluppo trasversale a tutti i servizi sanitari compresi quelli della prevenzione primaria. Fronteggiare l'approssimarsi o il verificarsi di un evento tale da determinare una situazione di emergenza deve essere considerato un obiettivo strategico per il Sistema Sanitario Regionale. Per il raggiungimento di tale obiettivo, va promossa e perseguita l'integrazione dei servizi della prevenzione primaria al fine di potenziare il livello di risposta per fronteggiare al meglio l'emergenza.

In generale, nella regione Sardegna, le principali macro emergenze di natura non epidemica a cui i Servizi della Prevenzione possono essere chiamati ad intervenire sono a seguito di alluvioni, inquinamenti ambientale ed industriali, incendi di vaste proporzioni, frane e smottamenti imponenti che possono degenerare in eventi disastrosi/catastrofici interrompendo le normali attività della comunità e richiedono ad essa azioni straordinarie per far fronte all'aumentata richiesta di bisogni.

Le componenti e i fattori ambientali per le quali in caso di eventi emergenziali i servizi della prevenzione sono chiamati ad intervenire comprendono: atmosfera (qualità dell'aria e caratterizzazione meteo climatica); ambiente idrico (acque sotterranee e superficiali dolci, salmastre, marine); suolo e sottosuolo (sotto il profilo geologico, morfologico e pedologico); vegetazione, flora e fauna (formazioni vegetali e associazioni animali, specie protette ed equilibri naturali); ecosistemi (con le interazioni tra fattori fisici, chimici e biologici); salute pubblica, in particolare di comunità per la prevenzione di possibili epidemie scatenate dall'evento; rumore e vibrazioni considerati in rapporto all'ambiente sia naturale che antropizzato; radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, considerati in rapporto all'ambiente sia naturale che antropizzato; paesaggio aspetti morfologici e culturali, identità delle comunità umane interessate e relativi benefici culturali.

Nel territorio regionale è ipotizzabile il verificarsi di maxi emergenze (catastrofe o disastro) prevalentemente a carattere ambientale che il glossario della protezione civile classifica in catastrofi naturali (eventi meteorologici: piogge estese, siccità, trombe d'aria, neve, ghiaccio e grandine, fenomeni idrogeologici: alluvioni, esondazioni e frane), catastrofi tecnologiche o antropiche (incidenti rilevanti da



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

attività industriali: incendio – esplosione - rilascio sostanze inquinanti o tossiche, incidenti nei trasporti: ferroviari - stradali - rilascio di sostanze tossiche o radioattive, collasso dei sistemi tecnologici: Interruzione rifornimento idrico - Collasso dighe o bacini, incendi: boschivi, urbani e industriali, varie: crolli di edifici privati o pubblici (es. ospedali ecc.), catastrofi conflittuali e sociologiche (atti terroristici – sommosse – epidemie - migrazioni forzate di popolazioni).

È evidente come, nel caso della gestione delle emergenze, il principale compito delle Autorità sanitarie sia quello di porre in essere ogni utile strumento atto a scongiurare l'emergenza ed il diffondersi degli effetti negativi di questa. Non si può assolutamente prescindere, pertanto, nell'approccio alla problematica, dalla preventiva valutazione del rischio esistente, dalla emanazione di norme atte a gestirlo e dalla definizione di obiettivi strategici, che siano effettivamente e ragionevolmente perseguibili, in relazione a determinati periodi di tempo.

Fondamentale nella gestione delle emergenze risulta l'istituzione delle Unità di crisi ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria veterinaria, precise catene di comando per la rapida applicazione delle misure di emergenza, che applicano in modo coordinato ed organizzato le procedure operative pianificate.

Va sottolineato il ruolo fondamentale dei sistemi informativi, sia nazionali (BDN - SIMAN - SINBT e altri) che comunitari (TRACES - ADNS - EU BTnet), che permettono di aumentare la qualità, la precisione, la disponibilità e la tempestività dei dati relativi agli animali vivi, agli alimenti di origine animale e ai mangimi, nonché di effettuare le necessarie valutazioni epidemiologiche per una razionale e funzionale gestione della prevenzione e del controllo della malattie animali.

La predisposizione di piani di preparazione e risposta alle emergenze e dei relativi manuali operativi devono essere considerati come la chiave per la disposizione di una precoce ed efficace azione a fronte di una situazione di emergenza. È importante e necessario stabilire le misure ed i provvedimenti da eseguire nella fase di emergenza, in corso di focolai ed eventuali emergenze, e la linea di comando gerarchica, allo scopo di ripristinare lo stato di indennità, proteggere l'ambiente e limitare l'impatto economico.

Il Centro Nazionale di lotta ed emergenza contro le malattie animali ha predisposto un piano nazionale per le emergenze di tipo epidemico che d'intervento e di coordinamento dei diversi livelli istituzionali responsabili della prevenzione e del controllo di talune malattie animali, mediante l'attività di sorveglianza e di eradicazione, nonché di gestione delle emergenze in caso di focolai a carattere epidemico. Tale Piano prevede inoltre tutte le misure da applicare sia nella fase ordinaria, sia nella fase di emergenza volte a tutelare la Sanità Pubblica, a migliorare la Sanità Animale e a ridurre i rischi di diffusione delle malattie animali.

Il Ministero della Salute ha predisposto in bozza, con la circolare DGISAN 0007792-P-8/03/2012, il Manuale 2012 - Gestione emergenze in sicurezza alimentare.

Presso la Regione Sardegna sono attualmente in vigore il "Piano di emergenza per la sicurezza alimentare. Direttive per la gestione delle Emergenze" approvato con Determinazione n. 658/det/10 del 12-01-2013, una Circolare Regionale del 18 ottobre 2006, integrativa ed applicativa delle Linee Guida per la gestione operativa del Sistema di Allerta per alimenti destinati al consumo umano, e la Determinazione RAS n. 679/Det/11 del 14/01/2009 di adozione delle Linee Guida Nazionali per la gestione operativa del Sistema di Allerta per i mangimi e per alimenti destinati al consumo umano.

In quest'ottica e considerando che a livello nazionale è stato predisposto un piano per le emergenze epidemiche mentre per le emergenze non epidemiche non essendo ancora disponibile un piano nazionale per la gestione di emergenze causate da eventi naturali (vedi alluvioni per esempio) appare opportuno lo sviluppo di piani in tal senso.

Le ricadute attese riguardano il miglioramento e la diffusione delle buone pratiche per l'erogazione di importanti prestazioni di Sanità Pubblica, la razionalizzazione e l'aumento di efficacia degli interventi



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

svolti, con risvolti di economicità, la promozione della collaborazione e miglioramento delle sinergie tra Servizi.

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

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

Il **quarto programma** persegue l'Obiettivo Centrale 6, relativo alla **prevenzione delle malattie infettive e diffuse trasmissibili tramite vettori animali**.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI TRAMITE VETTORI ANIMALI	10.6 Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	10.6.1 Attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici

Non si può pensare alla sanità umana senza collegarla al mondo animale. Le malattie degli animali, infatti, oltre ad influenzare direttamente la salute degli stessi animali, possono incidere significativamente sia sulla salute delle persone che sulle produzioni agro-alimentari. Difatti, le malattie degli animali da reddito possono avere importanti conseguenze sull'alimentazione umana, su qualità e salubrità dei prodotti di origine animale e, in alcuni casi, condizionare la produttività zootecnica in termini quantitativi, fino a determinare un impegno gestionale di rilievo nazionale con un notevole impatto economico.

Per tutelare la salute dell'uomo, attraverso un capillare lavoro sul mondo animale, è necessario garantire la salvaguardia del patrimonio zootecnico, la salute degli animali attraverso la prevenzione, il controllo e l'eradicazione delle malattie che possono interessarli. Tale salvaguardia è svolta mediante l'attuazione di programmi di sorveglianza che permettano sia di individuare rapidamente l'introduzione di nuovi agenti patogeni, ma anche di garantirne l'assenza su tutto o parte del territorio nazionale. I programmi di monitoraggio ed eradicazione, d'altro canto, hanno lo scopo di monitorare e, progressivamente, eliminare le malattie animali presenti in alcuni territori, anche con caratteristiche endemiche. A tal fine vengono svolte diverse attività, come l'esecuzione di esami diagnostici, individuazione e smaltimento degli animali infetti e/o sieropositivi, operazioni di pulizia e disinfezione degli allevamenti, concessione di indennizzi agli allevatori e, ove disponibile, la vaccinazione protettiva.

La prevenzione ed il controllo delle malattie animali sul territorio nazionale sono il frutto di un insieme di attività svolte quotidianamente dal Ministero della Salute, in stretta e costante collaborazione con la Commissione europea, le autorità sanitarie delle Regioni e delle ASL e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, a tutela della salute degli animali e delle persone. Le attività di Sanità Animale sono generalmente organizzate in piani di Sorveglianza, di controllo e di eradicazione. In genere questi piani sono a valenza nazionale, che le Regioni, laddove necessario, rimodulano sulla base del contesto epidemiologico locale.

Attualmente in Sardegna i Servizi di Sanità Animale sono impegnati con i seguenti programmi di sorveglianza/controllo/eradicazione:

- Profilassi vaccinale obbligatoria contro la febbre catarrale degli ovini;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della febbre catarrale degli ovini;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Tuberculosis bovina;
- Piano di eradicazione e controllo nei confronti della Brucellosi bovina;
- Piano di eradicazione e controllo nei confronti della Leucosi bovina enzootica;
- Piano di eradicazione e controllo nei confronti della Brucellosi ovi-caprina;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Malattia vescicolare del suino;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Malattia di Aujeszky;
- Piano di eradicazione nei confronti della Peste Suina Africana;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Peste Suina Classica;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Influenza Aviaria;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della West Nile Disease;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Anemia Infettiva Equina;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della BSE;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Scrapie;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Salmonellosi nei riproduttori della specie *G. gallus*;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Salmonellosi nelle galline ovaiole;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Salmonellosi nei broiller;
- Piano di sorveglianza e controllo nei confronti della Salmonellosi nei tacchini;
- Accreditemento degli allevamenti suini nei confronti della Trichinella;
- Controlli nel sistema di identificazione e registrazione dei bovini;
- Controlli nel sistema di identificazione e registrazione degli ovi-caprini;
- Controlli nel sistema di identificazione e registrazione dei suini;
- Controlli nel sistema di identificazione e registrazione degli equidi;
- Controllo delle movimentazioni animali sia per vita che per macello;
- Gestione delle malattie infettive e diffuse denunciabili degli animali domestici.

La presenza di fattori di rischio per la nostra Regione di possibile introduzione dalle aree sud-saharaine di altre malattie, trasmesse da vettori, oltre alla blue tongue e alla West Nile Disease (WND), quali la Peste Equina o la Rift Valley Fever, potrebbe provocare scenari con conseguenze economiche molto gravi, con ripercussioni sia a livello locale che nazionale.

La Regione Sardegna, con il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, intende prendere in considerazione in particolare la malattia sostenuta dal *West Nile Virus* (WNV) in quanto rappresenta una zoonosi. Infatti, in Sardegna, nonostante la Sorveglianza per WNV fosse attiva già dal 2002, in maniera improvvisa nel 2011 si sono manifestati i primi casi di malattia negli equini in alcuni allevamenti dell'Oristanese e purtroppo, quasi in contemporanea, sono stati notificati casi anche nell'uomo sempre nell'area sottoposta a sorveglianza. Nei casi confermati nell'uomo, la malattia si è presentata con sintomatologia neuro invasiva a elevata letalità, 2 decessi su 4 casi, di cui una persona di 34 anni di età, senza segni evidenti di altre morbidità. L'ingresso del WNV in Sardegna come in altre località del bacino del Mediterraneo è verosimilmente dovuto all'arrivo dall'Africa di uccelli migratori con viremia in atto. La diffusione del virus potrebbe essere stata favorita oltre che dalle caratteristiche climatiche anche da alcune modificazioni antropiche del nostro territorio, quali: movimenti umani e di animali domestici in aree con presenza comprovata di vettori e uccelli infetti; eliminazione della macchia mediterranea e introduzione di sistemi di irrigazione che non tengono conto del controllo degli artropodi vettori; urbanizzazione in prossimità di aree umide; globalizzazione, con possibilità di esportare virus e loro vettori in zone differenti da quelle di origine; cambiamento delle traiettorie delle migrazioni favorito dalla presenza di nuove riserve d'acqua. In tale quadro è fondamentale che il Sistema Sanitario metta in atto procedure operative che permettano di intercettare e interrompere o controllare (*preparedness*) la circolazione virale, al fine di prevenire i casi di malattia negli animali e nell'uomo.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Unitamente alle misure generali di prevenzione delle malattie infettive e diffuse trasmissibili tramite vettori animali, è previsto lo sviluppo del progetto specifico di adozione di un piano d'azione, calibrato in fasi, per contrastare la diffusione del virus della West Nile, sulla base dei risultati della sorveglianza al fine di prevenire i casi di malattia negli animali e nell'uomo.

Il **quinto programma** persegue l'Obiettivo Centrale 8, relativo alla prevenzione nel settore degli animali d'affezione, finalizzata alla corretta relazione uomo-animale per tutelare il benessere animale, la salute e l'incolumità pubblica, contrastare e prevenire maltrattamenti, abbandoni e randagismo.

PROGRAMMA	OBIETTIVI CENTRALI	INDICATORI CENTRALI
PREVENZIONE DEL RANDAGISMO	10.8 Prevenire il randagismo, comprese le misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi	10.8.1 Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target 10.8.2 Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati 10.8.3 Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio

Il randagismo è purtroppo un fenomeno persistente in Sardegna, nonostante la sua mitigazione legata all'efficacia della Legge Regionale 21/1994. I cani vaganti non controllati costituiscono un rilevante problema per la sanità pubblica (per malattie trasmissibili, morsicature, ecc...) e per la pubblica sicurezza (come gli incidenti stradali), creando tra l'altro una spesa notevole per l'erario, relativamente ai trattamenti terapeutici e al risarcimento dei danni provocati, unitamente alle enormi spese che i Comuni e le ASL hanno in carico per le catture e la loro sistemazione presso canili comunali e convenzionati. Le procedure previste, cioè la cattura dei cani vaganti e il loro ricovero è però insufficiente per far fronte al problema, in quanto si è dimostrato che, in ambiti naturali, sottraendo i cani vaganti dal territorio si crea una nicchia libera, e nei rimanenti animali aumenta il tasso di riproduzione, fino al raggiungimento nel territorio di una successiva "holding capacity". Nel tempo è modificata anche la finalità del canile, da struttura di ricovero dei cani in osservazione a struttura di accoglienza permanente dei cani senza proprietario. Il canile deve infatti rispondere alle esigenze di benessere degli animali che sono destinati a risiedere in spazi confinati per tutta la loro esistenza. Il paradosso è invece la proliferazione di canili sempre più affollati, con paradossale pregiudizio per la garanzia del benessere animale. Nell'ambito delle problematiche legate all'igiene urbana si evidenzia anche la aumentata sensibilità delle persone verso i gatti liberi, anche organizzati in colonie, per i quali sono frequenti richieste di prestazioni sanitarie e segnalazioni legate al rispetto di condizioni igieniche. Relativamente ai cani, invece, i problemi connessi alla loro presenza in ambito urbano sono di vario tipo e riconducibili alla seguente schematizzazione:

- zoonosi e trasmissione di malattie ad altri cani e animali. In Sardegna si evidenziano problematiche sanitarie riconducibili a echinococcosi-idadidosi, rickettsiosi, leishmaniosi, leptospirosi, larva migrans. La movimentazione di animali da altri Paesi tiene alta l'allerta per la rabbia e altre patologie zoonosiche;
- pericoli legati all'igiene ambientale del suolo e dell'abitato (fecalizzazione, dispersione di immondizie, rumori, odori, ecc...);
- danni provocati a cose, animali o persone (problemi legati a morsicature, incidenti stradali, aggressioni a greggi, ecc...).



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

I numerosi problemi connessi alla presenza di cani in ambito urbano comportano la necessità che tutti gli Enti e le organizzazioni direttamente interessate (veterinari, medici, ambientalisti e amministratori pubblici) siano preparati a rispondere e ad intervenire in modo adeguato, con l'obiettivo di rendere più corretta la gestione della coesistenza uomo-animale. Tutto ciò è possibile con l'applicazione delle norme inerenti la materia, con una corretta gestione dell'ambiente, con il controllo delle popolazioni presenti, con l'educazione sanitaria a tutti i livelli, ma soprattutto con la disponibilità di adeguate risorse. È evidente che solo con un appropriato programma di controllo delle popolazioni canine vaganti è possibile risolvere almeno in parte le problematiche sopracitate. Tale controllo può essere effettuato sia agendo in maniera diretta, con la cattura dei cani vaganti e il trasferimento in canile sanitario, che intervenendo nelle attività di prevenzione, essenzialmente rappresentate dai seguenti interventi:

- 1) educazione sanitaria, che consiste negli interventi rivolti a sensibilizzare e responsabilizzare i cittadini, oltre che i principali attori della lotta al randagismo (Polizie municipali, Guardie zoofile, Barracelli, gestori ed operatori di canili, ecc...). Si svilupperà in collaborazione con gli Uffici scolastici, le Associazioni protezionistiche e vari Enti, che a loro volta sensibilizzeranno specifici *target* riguardo ai problemi di natura etica e sanitaria, ai programmi di prevenzione, alla normativa e alle sanzioni previste in riferimento al fenomeno randagismo; un intervento specifico è rappresentato dal "patentino", come percorso formativo per i chi detiene cani di indole aggressiva;
- 2) anagrafe canina, con lo scopo di dare un'identità certa all'animale, collegandola ad un proprietario;
- 3) la sterilizzazione, come metodo di elezione per il controllo delle popolazioni canine.