REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
C R O T O N E

Delibera n° 184 ORIGINALE

Oggetto: Approvazione delle allegate rendicontazioni conclusive attività Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012 annualità 2012, trasmesse dai Referenti/Responsabili aziendali delle Linee progettuali. DGR n. 851 del 29 Dicembre 2010.

In data 19 APR. 2013 nella sede dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sita in Crotone, Via M. Nicoletta Angolo G. Di Vittorio.

PREMESSO che con D.G.R. n° 851 del 29/12/2010 è stato approvato il Piano Regionale di Prevenzione;
Che nella citata D.G.R. n° 851 del 29/12/2010 , sono definiti i finanziamenti destinati alle singole linee progettuali;
Che con Decreto del Dirigente n° 43 del 15/02/2011, registro dei decreti n° 888 del 18/02/2011 sono stati istituiti " *Gruppi di Lavoro Regionali ,per linee d'intervento, per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012";*
Che il finanziamento complessivo , destinato a tutte le linee progettuali approvate con DGR n° 851/2010, è pari ad € 9.007.101,00;
Che per la attuazione delle singole linee progettuali è stato ritenuto necessario ripartire i finanziamenti per quota capitaria tra tutte le AA. SS. PP. Regionali e aggiornato per come stabilito con nota prot. n. 125158/SIAR del 30.09.2011;
Che , pertanto, al fine di consentire la corretta evasione delle linee progettuali, unitamente ai gruppi di lavoro individuati nel decreto n° 43/2011 registro dei decreti regionali n° 888 del 18/02/2011, è stato indispensabile procedere alla definizione di dedicati gruppi di lavoro aziendali;
Che, con le deliberazioni n. 60 del 15.02.2012 e n. 236 del 05.06.2012 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone ha individuato e costituito i gruppi di lavoro aziendali specificatamente per le seguenti macroaree:
Medicina Predittiva;
Prevenzione universale;
Prevenzione della popolazione a rischio;
Che ogni gruppo di lavoro è stato dotato al suo interno di un coordinatore Referente/Responsabile che, insieme al gruppo di lavoro stesso, ha assunto la responsabilità della realizzazione della linea progettuale assegnata e della gestione del relativo budget attribuito con deliberazione n. 56 del 13 febbraio 2013;
ACCERTATO che, con le predette deliberazioni, si è stabilito che i gruppi di lavoro aziendali avrebbero dovuto procedere sia alla attuazione delle linee progettuali che alla corretta rendicontazione dei costi sostenuti;

Che, per le singole linee progettuali il riparto delle specifiche destinazioni finanziarie già notificato ai Referenti/Responsabili delle Linee progettuali, per quota capitaria tra tutte le AA. SS. PP. regionali e aggiornato in adempimento alla nota prot. n. 125158/SIAR del 30.09.2011 e definito, come competenze, per come da scheda allegata alla Delibera n. 56 del 13 Febbraio 2012 con oggetto: "Individuazione strumento contabile dedicato ai flussi finanziari correlati alle linee di intervento del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012";
Che, pertanto, nel rispetto della sostenibilità dei costi, tenuto conto del maggiore onere operativo del personale dedicato e delle attività progettuali attivate unitamente ai debiti istituzionali, i gruppi di progetto aziendali dovevano redigere un piano finanziario per singolo progetto indicante, analiticamente, le somme impegnate per l'acquisizione delle risorse tecnologiche, dei beni e servizi, delle esigenze formative/informative e degli incentivi al personale impegnato, da inviare al Direttore del Dipartimento di Prevenzione per la necessaria autorizzazione;
PRESO ATTO che con nota prot. n. 185/DP del 12.03.2013, inviata sia mezzo mail che notificata a mano, il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dr. Domenico Tedesco ha richiesto con urgenza la rendicontazione delle attività svolte per l'annualità 2012 da tutte le Linee progettuali e la relativa rendicontazione economica;
ACCERTATO che sono pervenute all'indirizzo mail del Dipartimento di Prevenzione le rendicontazioni delle attività su file informatico già trasmesse alla Regione Calabria;
ACCERTATO altresì che anche le rendicontazioni finali in formato cartaceo debitamente sottofirmate dai Referenti/Responsabili delle Linee progettuali sono pervenute al Dipartimento di Prevenzione;
CHE è necessario approvare con deliberazione del Direttore Generale tali rendicontazioni finali e trasmetterle al Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria;
Tutto ciò premesso
Su proposta e conforme istruttoria del Direttore del Dipartimento di Prevenzione

IL DIRETTORE GENERALE

Acquisito il parere del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo aziendali,

DELIBERA

Di ritenere tutto quanto espresso in narrativa parte integrante e sostanziale del presente atto ;
Di approvare le rendicontazioni finali delle attività svolte per la realizzazione delle Linee progettuali del P. R. P. 2010/2012 annualità 2012, debitamente firmate dai relativi Referenti/Responsabili aziendali, che allegati alla presente deliberazione ne formano parte integrante e sostanziale;
Di trasmettere la presente deliberazione al Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria sia agli indirizzi mail : d.macchioni@regcal.it e c.azzarito@regcal.it che mezzo posta;
Di notificare a tutti i componenti dei vari gruppi aziendali per linee progettuali il presente provvedimento;

Di dichiarare il presente provvedimento, non soggetto a controllo, immediatamente esecutivo ai sensi dell'art 13 della Legge Regionale n° 11/2004.

==========

Il Responsabile del procedimento :
F.to sig. Vito Coppola

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione:
F.to dr. Domenico Tedesco

Il Direttore Amministrativo F. F.:
F.to dr. Giuseppe Fico

Il Direttore Sanitario :
F.to dr. Francesco Paravati

Il Direttore Generale :
F.to Prof. Rocco Antonio Nostro

* UFFICIO AFFARI GENERALI *

- Unità Operativa Segreteria Generale –
CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di Legge all'Albo Pretorio dell'Azienda in data 22 APR. 2013 con Protocollo Segr. Gen. n. 041 e vi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Il Responsabile del procedimento
Valter Cosentino

Il Direttore dell'Ufficio AA. GG.
dr.ssa Anna Giordano

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

Unità Operativa Di Cardiologia – UTIC

Direttore Dott. Massimo Elia

Prot. CARD 08/'13

Direttore Dipartimento Area Prevenzione

Dr Domenico Tedesco

SEDE

Oggetto :progetto prevenzione 1.1.1 Rendiconto attività conclusive 2012

In risposta alla sua nota del 28-03 -2013 prot. 202/DP,le invio la rendicontazione delle attività svolte per il progetto di prevenzione 1.1. sulla "**implementazione dell'uso delle carte del rischio da parte dei MMG".**Come precedentemente comunicato, dopo aver individuato i MMG partecipanti al progetto, li abbiamo incontrati a piccoli gruppi e abbiamo discusso sulle carte del rischio cercando di individuare il metodo come incrementarne l'uso per una prevenzione cardiovascolare più efficace. Inoltre si sono impegnati ad individuare tra i loro pazienti l'elenco degli uomini di 45 anni e le donne di 55 anni esenti da patologie cardiovascolari ma con fattori di rischio da coinvolgere direttamente nella sperimentazione. Siamo in attesa di di definire **l'eventuale carico economico delle spese dei ticket sanitari per analisi cliniche, ecg ed eventuali visite cardiologiche** poiché nel budget assegnato per tale progetto non è previsto una somma sufficiente da poter affrontare tale spesa..Nel rendiconto di fine anno sono stati segnalate alcune **criticità tra cui l'enorme difficoltà nel rapporto con i MMG,il carico di lavoro per la già esigua equipe di cardiologia e infine il consenso informato e la tutela della privacy.** Tali criticità vanno sicuramente risolte per la prosecuzione ed attuazione del progetto.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
Ospedale "S. GIOVANNI DI DIO"
U.O. di CARDIOLOGIA UCTC
Direttore
Dott. Massimo ELIA

Cordiali saluti

ASP
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
AREA DI PREVENZIONE
Dr. DOMENICO TEDESCO

Oggetto: Relazione finale linee progettuali 2.1.2 , 2.1.3. assegnate con deliberazioni ASP n. 60 del 15 febbraio 2012 e n. 236 del 5 giugno 2012.

La presente rappresenta la relazione conclusiva relativa alle linee progettuali in argomento.

Linea progettuale 2.1.2 ***Guida sicura nei giovani***

Obiettivo (PRP 2010-2012; DGR 851 del 29/12/2010): *Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi alla guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale nei giovani della fascia di età compresa tra i 16-30 anni.*
L'attuazione del progetto prevede il coinvolgimento e la formazione dei "moltiplicatori dell' azione preventiva" e la pianificazione e attivazione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali nei contesti di "Aggregazione giovanile e del divertimento".
Sulla scorta delle linee guida regionali sono state svolte le seguenti attività:

- Adesione al PRP
- Costituzione del gruppo di lavoro locale per la prevenzione incidenti stradali formalizzata con atto deliberativo.
- Presentazione del progetto al gruppo di lavoro locale e condivisione degli obiettivi.
- Pianificazione e programmazione del piano operativo generale e cronoprogramma delle attività.
- Identificazione dei gruppi d'interesse per il progetto e definizione delle modalità di coinvolgimento.
- **Attivazione di collaborazione con Enti, Istituzioni , Associazioni di volontariato.**
  Sono stati coinvolti:
  Ufficio Scolastico Provinciale; (già stipulato un protocollo d'intesa)
  Istituto Scolastico " G .Donegani" di Crotone con stipula di un protocollo d' intesa ;
  Assessorato al Turismo del Comune di Crotone;
  PROLOCO di Crotone e Le Castella;
  Associazione GUSS (Giovani Uniti per la Sicurezza Stradale);
  Volontari della Croce Verde di Cutro;
  Polizia Municipale di Cutro;
  Comando Provinciale Vigili del Fuoco;
  Organizzatori del IV motoraduno nazionale Città di Crotone;
  Organizzatori del motoraduno " Scacco matto " di Cutro;
  Gestori bar e discoteche;
  Radio 105.

- **Individuazione delle risorse strumentali e materiali occorrenti per la realizzazione del progetto**: computer, video proiettore schermo di proiezione, manifesti, striscioni, locandine, pieghevoli, etilometri ecc. e richieste di acquisto del materiale necessario.
- Programmazione e organizzazione dei corsi di formazione per i moltiplicatori.
- Predisposizione del materiale didattico, informativo e valutativo necessario alla realizzazione dei corsi: diapositive, attestati, questionari, filmati.

Individuazione e formazione dei "moltiplicatori dell'azione preventiva".

Sono stati individuati quali "moltiplicatori":

- Volontari dell' Associazione GUSS: "Giovani Uniti per La Sicurezza Stradale" ;
- Docenti e studenti dell'Istituto Scolastico Donegani di Crotone;
- Studenti scuole superiori (Peer Educator) ;
- Operatori sanitari del SUEM 118 di Crotone ;

Presidente e staff della PROLOCO di Crotone;

- Volontari Croce Verde ;
- Autisti del servizio TAXI da e per le discoteche;
- Gestori e DJ della discoteca Tortuga;
- Gestori e barman del Bar Columbus (locale del lungomare di Crotone storicamente punto di ritrovo dei giovani sia nei mesi estivi che in quelli invernali.)
- Artisti e organizzatori di spettacoli o eventi;
- Componenti del BIZZARRO TEAM , compagnia di stuntman di Cinecittà.

Sono stati realizzati:

-**N 2 corsi di formazione** per i moltiplicatori "Componenti dell'equipe mobile" (Volontari dell' Associazione GUSS: " Docenti e studenti dell'Istituto Scolastico Donegani di Crotone Studenti scuole superiori (Peer Educator) Operatori sanitari del SUEM 118;

- **N. 8 incontri di sensibilizzazione/informazione** rivolti agli altri moltiplicatori.

Pianificazione e attivazione d'interventi di prevenzione degli incidenti stradali nei contesti di aggregazione giovanile e del divertimento

- Predisposizione delle schede alcolimetriche e dei video da utilizzare nei vari contesti;
- Verifica dell'assetto organizzativo e del personale necessario per realizzare gli interventi; Richiesta e implementazione del gruppo di lavoro locale;
- Mappatura dei luoghi di aggregazione giovanile e dei contesti del divertimento.

Sono stati individuati i seguenti contesti:

- Discoteca Tortuga locale più frequentato dai giovani del crotonese.
- Lega navale di Crotone per le "Notti d'agosto ", spettacoli estivi promossi dalla Pro Loco.
- Lungomare di Crotone per il Maverick Rock'n' roll Festival.
- Cutro, per il IV motoraduno d'eccellenza "Scacco Matto".
- Crotone, per il IV motoraduno nazionale Città di Crotone.
- Le Castella, per la terza edizione del Live For Gianco,

- **Allestimento di Chek-Point della sobrietà :**

Nei vari contesti è stato allestito uno stand identificato dal logo dell'Asp e dei progetti "Scegliere la strada della sicurezza e Insieme per la sicurezza.

Il personale sanitario e i moltiplicatori dell'azione preventiva, hanno invitato i giovani a compilare la scheda alcolimetrica, eseguire gratuitamente l'alcoltest prima di mettersi alla guida e, in caso di test positivo, hanno consigliato di adottare scelte protettive (fai guidare un amico che non ha bevuto, chiama un taxi). Hanno distribuito etilometri monouso e materiale informativo. Per rafforzare il messaggio educativo, tutti gli artisti, protagonisti dei vari spettacoli, hanno invitato i giovani ad adottare comportamenti di guida sicura.

Sono stati realizzati 18 interventi:
- 6 in discoteca, compresa la serata evento nazionale animata dal famoso DJ Bob Sinclair;
- 5 interventi sulla Lega Navale di Crotone in occasione delle "notti d'agosto"
- 2 interventi sul lungomare di Crotone per il del Maverick Rock' n' roll Festival;
- 2 interventi a Le Castella compresa la partecipazione alla III edizione del "Live for Gianco" notte bianca dedicata alla sicurezza stradale organizzata dai moltiplicatori dell'associazione GUSS;
- 2 interventi in occasione di motoraduni (motoraduno "Scacco matto " svoltosi a Cutro, e IV motoraduno nazionale Città di Crotone;
- 1 intervento realizzato a Cirò Marina in occasione del Veglione natalizio organizzato da studenti delle scuole superiori.

Grazie alla fattiva partecipazione offerta dal presidente della Pro Loco, dal suo staff, e dall'Assessore al Turismo del Comune di Crotone, la nostra iniziativa è stata pubblicizzata sulla brochure e sui cartelloni degli spettacoli estivi.

Nei vari contesti la presenza, dalla seconda serata all'alba, degli operatori sanitari e dei moltiplicatori delle azioni preventive ha consentito di eseguire circa **1500 alcol test**, distribuire **1500 pieghevoli**, e offrire il **counseling a 1000 giovani**. Sono state compilate da questi ultimi **500 schede alcolimetriche**.

Si segnala altresì la produzione di uno spot sulla sicurezza stradale, realizzato dall'Associazione GUSS e dal Bizzarro Team e diffuso sulle TV locali e il video sulla simulazione di un incidente stradale, visibile sul web, realizzato in occasione del Motoraduno "Scacco matto" di Cutro.

Le attività svolte sono state divulgate a mezzo stampa e attraverso il sito web aziendale.

Risultati

Complessivamente è stato raggiunto il numero di **105 moltiplicatori delle azioni preventive.**

Realizzati N. 18 interventi nei contesti di "Aggregazione giovanile e del divertimento".

Sono stati raggiunti in tali contesti **oltre 1000 giovani.**

Crotone 18/03/2013 Dott. Erminia Costabile

Linea progettuale 2.1.3.
Scegliere la strada della sicurezza **– I moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali.**

Obiettivo (PRP 2010-2012; DGR 851 del 29/12/2010): *Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi alla guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale nei giovani della fascia di età compresa tra i 15-29 anni.*

Il progetto prevede il coinvolgimento e la formazione di varie categorie di "moltiplicatori delle azioni preventive" e la realizzazione di interventi informativi-formativi-educativi nei "Contesti di aggregazione giovanile / luoghi del divertimento" e nei contesti "Educativi-formativi".

Azioni e attività

- Adesione al PRP.
- Costituzione del gruppo di lavoro locale per la prevenzione degli incidenti stradali, formalizzata con atto deliberativo.
- Presentazione del progetto al gruppo di lavoro locale, condivisione degli obiettivi e mantenimento della collaborazione tra i componenti del gruppo attraverso riunioni periodiche formali (8) e non;
- Pianificazione e programmazione del piano operativo generale e cronoprogramma delle attività;
- Identificazione dei gruppi portatori d'interesse per il progetto e coinvolgimento di :
  - Provincia di Crotone e Assessorato al Turismo del Comune di Crotone;
  - Ufficio Scolastico Provinciale (già stipulato un protocollo d'intesa) ;
  - Istituto scolastico " Donegani" con stipula di un protocollo d' intesa
  - UNASCA e CONFEDERTAAI Associazioni di categoria delle autoscuole (già stato stipulato un protocollo d' intesa);
  - Cooperativa autotrasportatori consorzio 2001;
  - Associazione GUSS (Giovani uniti per la sicurezza stradale);
  - Presidente e staff della PROLOCO di Crotone
  - Volontari Croce Verde- Artisti e organizzatori di spettacoli o eventi.
- Individuazione delle risorse strumentali e materiali necessarie: computer, video proiettore schermo di proiezione, manifesti, striscioni, locandine, pieghevoli, gadget ecc.. e richiesta di acquisto del materiale occorrente.

  Individuazione e formazione dei "moltiplicatori dell'azione preventiva." • Sono stati individuati quali "moltiplicatori":
  - Insegnanti Istruttori di Autoscuola;
  - Docenti dell'Istituto Scolastico Donegani di Crotone;
  - Docenti scuole secondarie impegnati nella formazione dei ragazzi per il conseguimento del patentino;
  - Studenti scuole superiori (PEER EDUCATOR);
  - Personale SUEM 118
  - Autisti professionisti;
- Programmazione e organizzazione dei corsi: predisposizione del materiale didattico, informativo e valutativo selezionato tra quello messo a disposizione dai progetti CCM.

Sono stati realizzati i corsi di formazione :

"A ciascuno il suo". Hanno partecipato diciotto (18) Insegnanti – Istruttori appartenenti a otto (otto) Autoscuole della provincia di Crotone. La ricaduta pratica di questo percorso formativo è stata sperimentata nel contesto di una autoscuola dove i docenti del corso hanno

affiancato l' insegnante nella conduzione del " Brainstorming " e del " Role Planing ". Erano presenti 20 patentanti che hanno partecipato con interesse alla lezione di didattica attiva.

"Le patenti superiori". Hanno partecipato quindici (15) Autisti professionisti conducenti di scuolabus.

In seguito sono stati attivati altri due corsi di formazione per i moltiplicatori rivolti a :

- Docenti scuole secondarie impegnati nella formazione dei ragazzi per il conseguimento del patentino (n. 11)
- Docenti dell'Istituto Scolastico Donegani(n. 3) ,Studenti dello stesso istituto e di altre scuole superiori (Peer Educator) (n. 18) Personale SUEM 118 (n. 4) .

- **Pianificazione e attivazione d'interventi di prevenzione degli incidenti stradali nei contesti di aggregazione giovanile e del divertimento e educativi / formativi.**
- Predisposizione del materiale didattico ,informativo, e valutativo.
- Preparazione dei video da diffondere nei contesti educativi e in quelli del divertimento.

Nei contesti educativi sono stati attivati interventi di tipo informativo – formativo, finalizzati alla acquisizione di conoscenze su : alcol e droghe effetti sull'organismo e sulla riduzione delle prestazioni alla guida ,effetti e conseguenze alla guida di comportamenti a rischio (alta velocità , non uso dei dispositivi di protezione individuale). Per un reale coinvolgimento del target finale, l'attività si è basata su metodologie di didattica attiva (giochi di ruolo , situazioni stimolo,) utilizzando il materiale didattico dei progetti CCM : Scegliere la strada della sicurezza e Insieme per la sicurezza.

- **Allestimento Stand Informativo:**

Nei contesti di aggregazione giovanile, è stato allestito uno stand informativo, Il personale dell'ASP e i moltiplicatori delle azioni preventive hanno distribuito cartoline contenenti messaggi di sensibilizzazione, i pieghevoli "Zero alcol è meglio", " e "Mettiti alla guida della tua vita: scegli la strada della sicurezza ". Quest'ultimo opuscolo ,è stato realizzato dai ragazzi dell'Istituto Tecnico Industriale " Donegani " per la campagna di prevenzione degli incidenti stradali promossa dalla scuola nell'ambito dell' Azione C3 " Interventi sulla legalità del programma PON. La spesa è stata sostenuta dalla scuola.
Sono stati proiettati filmati divulgativi e diffusi i messaggi: "Misura quanto bevi", "Usa il casco, hai un cervello da difendere", "Allacciati alla vita: usa sempre la cintura di sicurezza", "La strada non è un videogioco: rispetta i limiti di velocità" " Quando guidi ....spegnimi" .
Acquisita la disponibilità della Provincia di Crotone ,Ente gestore "Area Marina Protetta di Capo Rizzuto", si è ottenuto che, attraverso lo schermo installato all'esterno degli uffici siti sul lungomare di Crotone, venisse proiettata, nella fascia oraria 20.00-24.00, una raccolta degli spot utilizzati in diversi paesi europei per promuovere la sicurezza stradale. Analogamente, la stessa raccolta video è stata proiettata nell'ambito della rassegna cinematografica "Thalassa Thalassa , il sud del mare" organizzata dalla Provincia di Crotone nel giardino del Liceo Classico Pitagora.

Risultati :

Realizzati N 4 corsi di formazione per i moltiplicatori
Formati N. 54 moltiplicatori dei contesti educativi più N. 15 autisti professionisti
Realizzati N. 10 interventi nei contesti educativi e N. 25 interventi nei contesti del divertimento .

Crotone 18/03/2013 Dott. Erminia Costabile

ASL
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

Servizio Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
Via M. Nicoletta, 95 – 88900 Crotone (Kr) tel. 0962 - 924913-6-8-9 - fax 924917
E-mail: spisal.kr@asp.crotone.it *Responsabile: dr.F.sco ROCCA*

Crotone 14/03/13

Prot. 1021/12

Dipartimento di Prevenzione
ASP Crotone
sede

Oggetto: relazione sullo stato dell'arte linea progettuale 2.2.1 al 31/12/12

In riferimento alla Vs del 12/03/13 prot. n. 185/DP , si comunica che lo stato dell'arte al 31/12/12 dell'attività per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, linea 2.2.1 è il seguente: sono stati effettuati controlli in aziende agricole per il raggiungimento dell'obiettivo di ridurre gli infortuni in agricoltura.

I sopralluoghi si sono articolati attraverso varie fasi:
- sopralluogo sul luogo di lavoro,
- acquisizione dei documenti in possesso dell'azienda relativi alla sicurezza,
- sopralluogo di verifica per le eventuali prescrizioni impartite.

Nel 2010 sono stati effettuati 12 sopralluoghi,
Nel 2011 sono stati effettuati 8 sopralluoghi,
Nel 2012 sono stati effettuati 18 sopralluoghi.

Dai controlli effettuati risulta che la maggior parte delle prescrizioni riguarda :
- sorveglianza sanitaria non effettuata,
-DPI non forniti,
-macchinari non a norma

E' stata effettuata l'anagrafe delle aziende agricole.
Opportuna comunicazione è stata effettuata all'RLS aziendale sia per quanto concerne i verbali, sia per quanto riguarda le disposizioni.
Sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati.

REGIONE CALABRIA A.S.P. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE S.P.I.S.A.L.

Il Referente
Dott.ssa Elisabetta Iuzzolini

ASL
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

Servizio Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
Via M. Nicoletta, 95 – 88900 Crotone (Kr) tel. 0962 - 924913-6-8-9 - fax 924917
E-mail: spisal.kr@asp.crotone.it *Responsabile:* ***dr.F.sco ROCCA***

Crotone 14/03/13

Dipartimento di Prevenzione
ASP Crotone
sede

Prot. 1022/MC

Oggetto: relazione sullo stato dell'arte linea progettuale 2.2.2 al 31/12/12

In riferimento alla Vs del 12/03/13 prot. n. 185/DP , si comunica che lo stato dell'arte delle attività per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, linea progettuale 2.2.2, effettuando controlli in aziende edili per il raggiungimento dell'obiettivo di ridurre gli infortuni in edilizia, In edilizia:

Nel 2010 sono stati effettuati 105 sopralluoghi,
Nel 2011 sono stati effettuati 76 sopralluoghi,
Nel 2012 sono stati effettuati 156 sopralluoghi.

Dai controlli effettuati risulta che la maggior parte delle prescrizioni riguarda :

-sorveglianza sanitaria non effettuata,
-DPI non forniti,
-ponteggi non a norma
-mancanza di formazione e informazione

Sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE S.P.I.S.A.L.

Il Referente
Dott. Francesco Rocca

ASL
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

Servizio Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
Via M. Nicoletta, 95 – 88900 Crotone (Kr) tel. 0962 - 924913-6-8-9 - fax 924917
E-mail: spisal.kr@asp.crotone.it *Responsabile: dr.F.sco ROCCA*

Crotone 14/03/13

Dipartimento di Prevenzione
ASP Crotone
sede

Prot. 1023/HL

Oggetto: relazione sullo stato dell'arte linee progettuale 2.2.4 al 31/12/12

In riferimento alla Vs del 12/03/13 prot. n. 185/DP , si comunica che lo stato dell'arte delle attività per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, per quanto riguarda la linea progettuale 2.2.4:
si è intrapreso un percorso di collaborazione con la dott.ssa Prantera (Direttore U.O. Oncologia P.O. Crotone). Su 60 casi di patologie oncologiche esaminate, 17 risultano essere casalinghe, i rimanenti sono lavoratori che appartengono a settori lavorativi diversi.
Si fa presente che è stato richiesto un Medico del Lavoro, una volta alla settimana, presso l'U.O. Di Oncologia, per poter procedere al percorso intrapreso.

Sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati.

Il Referente
Dott. Francesco Rocca

Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012
DGR n° 851 del 29 dicembre 2010
Macroarea prevenzione Universale- linea intervento:
"Promozione dell'attività dei gruppi di cammino per la popolazione anziana"
Linea Progettuale 2.3.1.

Nel quadro delle azioni promosse per l'attuazione del programma progettuale assegnato a questa ASP si è individuando nel DSB di Mesoraca , il soggetto che provvede all'avvio dell'attività del programma , tale scelta è motivata dalla disponibilità di vari soggetti ricadenti nell'ambito territoriale del Distretto medesimo quali :Comune ,Centri di Accoglienza, Associazioni di volontariato.

La sinergia avviata tra i diversi soggetti coinvolti ci permette così una maggiore conoscenza della realtà della popolazione anziana che rientra nel quadro delle azioni del progetto, e l'opportunità di informare correttamente una vasta fascia di cittadini su comportamenti inadeguati che possono favorire l'insorgere o il peggiorare di malattie degenerative, proponendo l' attività fisica come benessere fisico e opportunità di aggregazione sociale.
Il coinvolgendo e l'integrazione di più soggetti (Comune ,Centri di Accoglienza, Associazioni di volontariato) ci consente una migliore operatività costruendo una rete di collaborazione nel tempo.

Negli incontri avvenuti si è proceduto a stipulare un Accordo di Collaborazione con i soggetti coinvolti, è sono state descritte le linee e le finalità principali del progetto.

Obiettivi specifici :

- Promozione di uno stile di vita sano attraverso l'incremento dell'attività fisica nella vita quotidiana
- Favorire l'apprendimento di semplici esercizi di forza e di equilibrio da parte dei partecipanti ai gruppi
- Aumentare l'abitudine al cammino nella vita quotidiana

Destinatari

- Adulti ultra sessantacinquenni

Promotori dell'iniziativa

- Regione Calabria, ASP di Crotone (DSB di Mesoraca)

Altri Soggetti coinvolti

- Comune di Mesoraca
- Centro Accoglienza Anziani "S. Nicola", Mesoraca
- Centro Accoglienza Anziani "San Michele" di Filippa

Risultati attesi

- Attivazione di gruppi di cammino sul territorio
- Individuazione del walking leader e sostenibilità del progetto nel tempo
- Miglioramento delle performances individuali rilevate mediante apposite schede di valutazione
- Riduzione degli incidenti domestici da cadute

Stato Attuale

- incontri con i soggetti coinvolti (Comune,Centri Accoglienza Anziani di Mesoraca) e sottoscrizione di un Accordo di Collaborazione;
- incontri con gli anziani per illustrare il progetto,verificare il loro interesse e raccogliere le loro adesioni;
- disponibilità acquisita della presenza di un conduttore formato e addestrato (esperto in scienze motorie) per gli aspetti tecnici relativi all'attività del cammino,con particolare riferimento agli esercizi che rendono sicura l'attività fisica dell'anziano;
- incontri con gli operatori del servizio di Cardiologia del DSB di Mesoraca,per programmare l'attività di monitoraggio sui partecipanti dei GdC ,e sull'efficacia dell'attività fisica nella prevenzione delle malattie cronico-degenerative;
- incontro con il Psicologo del servizio del CSM di Mesoraca per programmare un calendario di incontri con i partecipanti dei GdC al fine di aumentare la consapevolezza dell'attività fisica come azione quotidiana nei confronti della cura di sé, in termini di benessere psicologico e relazionale con gli altri e individuazione e formazione del conduttore del gruppo ;
- Scelta dei percorsi (urbano e extra urbano);
- Preparazione del materiale informativo (Locandine e Poster con la descrizione dell'iniziativa)
- Stampa di manuale esplicativo di esercizi e comportamento per i partecipanti dei GdC;
- Richiesta acquisti di materiale e attrezzature (contapassi digitale,cappellino e pettorine a strappo).

A.S.P. - CROTONE
U.O. MEDICINA DELLO SPORT
Dirigente Responsabile
Dott. Claudio CAVAGNETTI

REGIONE CALABRIA
ASP CROTONE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

TRA

Il Coordinatore del progetto " Promozione dell'attività dei gruppi di cammino per la popolazione anziana" dr.. Claudio Cavagnetti afferente al Dipartimento di Prevenzione diretto dal dr. Domenico Tedesco, per ASP di Crotone con Sede legale via M.Nicoletta 88900 Crotone, il Centro Accoglienza Anziani "S. Nicola", con sede legale in via XX Settembre di cui rappresentante legale è il Sig **Saporito Tommaso** e il Centro Accoglienza Anziani "San Michele" di Filippa , con sede legale in Piazza Matteotti di cui rappresentante legale è il Sig **Carmelo Colosimo,** entrambi di Mesoraca.

PREMESSO CHE

- l'ASP di Crotone con deliberazione n. 236 del 05/06/2012 ha preso atto del PRP Regione Calabria "Promozione dell'attività dei gruppi di cammino per la popolazione anziana", il cui coordinamento è stata affidato al dr. Claudio Cavagnetti .
- Il Progetto è inserito nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 approvato con Delibera della Giunta Regionale n° 851 del 29 dicembre 2010 (Macroarea: prevenzione Universale- linea intervento: Promozione dell'attività dei gruppi di cammino per la popolazione anziana-identificativo 2.3.1.)
- Il progetto prevede, l'attivazione dei gruppi di cammino, con l'obiettivo di promuovere il movimento e la socializzazione nella popolazione anziana, inserendo l'attività fisica nelle azioni quotidiane come elemento di prevenzione;

CONSIDERATO

che bisogna promuovere una rete di soggetti con ruoli attivi nel progetto, individuato nel Centro Accoglienza Anziani "S. Nicola" e il Centro Accoglienza Anziani "San Michele" con sede in Mesoraca , per la loro profusa e spiccata capacità di mettersi in relazione con il contesto cittadino, con lo scopo di valorizzazione il benessere della comunità;

LE PARTI CONVENGONO QUANTO SEGUE

Art. 1 Finalità dell'intesa.

- Instaurare un rapporto di collaborazione per il progetto "Promozione dell'attività dei gruppi di cammino" e affidare al Centro Accoglienza Anziani "S. Nicola" e il Centro Accoglienza Anziani "San Michele" il reclutamento, degli individui interessati a promuovere l'attività fisica.

Art. 2 Organizzazione .

A cura della U.O. Dipartimento di Prevenzione

1. La fase di programmazione del progetto sarà del dr. Claudio Cavagnetti;
2. la formazione dei GdC sarà svolta dagli operatori sanitari e dal personale volontario da effettuarsi nel mese di Marzo c.a., in due interventi;
3. breve counseling (motivazioni) finalizzato all'efficacia dell'attività fisica come prevenzione dell'insorgenza di patologie croniche cardiovascolari e dismetaboliche;
aumentare la consapevolezza dell'attività fisica come azione quotidiana;
porre un atteggiamento attivo, consapevole e positivo, nei confronti della cura di sé, in termini di benessere psicologico e relazionale con gli altri;
4. Collaborazione con il servizio di Cardiologia del DSB di Mesoraca,con attività di monitoraggio e attività di informazione sulle malattie cardiovascolari;
5. Produzione di materiale informativo;
6. Stampa del materiale informativo, pubblicitario, questionari di soddisfazione e pubblicazione dei risultati;
7. Pubblicizzazione dell'iniziativa;
8. Fornire ai partecipanti dei GdC: contapassi digitale,cappellino e pettorine a strappo.

Art. 3

I responsabili dell'intesa sono per l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone il Dott. Claudio Cavagnetti, Coordinatore del progetto " Promozione dell'attività dei gruppi di cammino per la popolazione anziana" e per il Centro Accoglienza Anziani "S. Nicola" e il Centro Accoglienza Anziani "San Michele" di Filippa rispettivamente il Sig. **Saporito Tommaso** e il Sig. **Carmelo Colosimo.**

Art. 4

Il presente accordo di collaborazione avrà durata di 12 mesi a decorrere dalla data della sua sottoscrizione.

Crotone

Per il Centro Accoglienza"S. Nicola"
il Rappresentante Legale
Sig. Tommaso Saporito

Per il Centro Accoglienza"S. Michele"
il Rappresentante Legale
Sig. Carmelo Colosimo

Per l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone
Il responsabile del Progetto
Dott. Claudio Cavagnetti

ASL
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Via Saffo n° 37 - 88900 Crotone

Prot. n° /I.A.

Crotone 12.03.2013

Al Direttore Dipartimento di Prevenzione

ASP di Crotone

OGGETTO: Piano Regionale di Prevenzione Progetto - Linea progettuale n. 2.3.2
"Prosecuzione progetto precedente prevenzione rischio donne adulte"
Rendiconto Attività al 31.12.2012 -ASP di Crotone.

In riferimento alla vs. nota n. 181/DP del 11.03.2013 avente per oggetto "sintesi rendicontazione attività linee progettuali annualità 2012", in allegato si trasmette la rendicontazione delle attività svolte alla data del 31.12.2012, previste nella Linea Progettuale n. 2.3.2 ***"Prosecuzione progetto precedente prevenzione rischio donne adulte".***

Si comunica che tutti i risultati attesi alla data del 31.12.2012 previsti dagli indicatori di processo, stabiliti dalla delibera di Giunta Regionale n. 851 del 29.12.2010, sono stati ampiamente raggiunti.

Distinti Saluti

Il Referente del Progetto 2.3.2.
Dott. Massimo Rizzo

Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012 - Progetto n. **2.3.3 "Programma di interventi rivolto ai genitori dei bambini tra 0-4 anni ed agli insegnanti delle scuole dell'infanzia calabrese**

Rendiconto Attività anno 2011/12 ASP di CROTONE

In riferimento alla Linea Progettuale Progetto 2.3.3 **"Programma di interventi rivolto ai genitori dei bambini tra 0-4 anni ed agli insegnanti delle scuole dell'infanzia calabrese**

di seguito si rendiconta in merito alle attività svolte nell'anno 2011/12

Macroarea 2: prevenzione universale.

Linea di Intervento generale 2.3. Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

Obiettivo generale del progetto: Riduzione degli infortuni mortali e dei ricoveri nei bambini di 0-4 anni

Target Bambini di età compresa tra 0-4 anni

Indicatori di processo:

1. N° genitori ed insegnanti formati
2. Decremento del numero di infortuni mortali e ricoveri
3. Produzione e distribuzione opuscoli,convegni, corsi di formazione

Attività ANNO 2011

Non ci sono attività da rendicontare . Il responsabile aziendale del progetto è stato individuato con delibera n° 236 del 5 Giugno 2012.

Attività ANNO 2012

Per il raggiungimento degli obiettivi di processo previsti nel progetto, sono stati effettuati:

La prima riunione di lavoro con il referente scientifico regionale si è tenuta il 27/09/2012.

IL 14/10/2012 il gruppo di lavoro ha aderito all'evento della SIMEUP :"Una manovra per la vita".

Riunioni e scambio di numerose e-mail tra la referente aziendale e quella regionale

Riunioni con il gruppo di lavoro ASP di Crotone per formazione e programmazione attività.

Disbrigo pratiche burocratiche acquisto , stampa e distribuzione materiale(sono stati stampati n° 500 manuali informativi per i genitori, n° 100 manuali informativi per i docenti, n° 500 questionari per i genitori, n°30 locandine da affiggere nei punti strategici)

Riunioni con Dirigenti Scolastici e Referente Ufficio Scolastico Provinciale

Organizzazione di N°3 corsi di formazione (uno per ogni distretto dell'ASP di Crotone) che hanno visto la partecipazione di 65 genitori e 100 docenti.

Organizzazione di quattro spettacoli teatrali ludico/didattici da svolgersi nelle scuole dell'infanzia, individuate per la realizzazione dei corsi, con la compagnia teatrale " Il teatro della Maruca".

Partecipazione all'incontro"Comunicazione Istituzionale e socializzazione dei risultati P.R.P. e I^ Conferenza Regionale" 6 Novembre 2012-Lamezia Terme.

Partecipazione alla I^ Conferenza Regionale "Prevenzione tutela della salute e medicina d'iniziativa" 29/30 novembre 2012-Lamezia Terme

Le attività del progetto continueranno nel 2013 con la realizzazione delle attività già intraprese e programmate nel 2012.

La Responsabile Progetto n° 2.3.3
ASP di CROTONE

Dott.ssa Elena Sposato

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - CROTONE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio di Medicina Scolastica

ASL
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SETTORE VACCINAZIONI
DISTRETTO DI CROTONE

Prot. N. 39 /U.V.

Relazione Conclusiva linea progettuale n 2.4.1.:
Nuovo "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2012": consolidamento delle coperture vaccinali, sorveglianza epidemiologica e conferma di laboratorio dei casi nella Regione Calabria

Stato dell'arte al 31 dicembre 2011
Sono state realizzate le attività di informazione alla popolazione sui rischi derivanti dalle malattie e sui benefici della vaccinazione da operatori all'uopo formati. Le Coperture vaccinali MPR nei nuovi nati a 24 mesi nel 2011 ha raggiunto l'81%, nei bambini 5-6 anni con due dosi il 75% .
Stato dell'arte al 31.12.2012
Le Coperture vaccinali MPR nei nuovi nati a 24 mesi nel 2012 ha raggiunto l'92%, nei bambini 5-6 anni con due dosi il 85% .

Principali azioni svolte e risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati:

1) E' stato necessario reiterare la spedizione degli inviti (e quando possibile anche con contatto telefonico diretto).

2) E' stato necessario un'adeguata e completa informazione da parte degli operatori nei confronti dei genitori.

3) Sono stati organizzati incontri con i MMG per sensibilizzarli sulle vaccinazioni.
4) E' stato consegnato materiale informativo sotto forma di poster , locandine e lettere, in varie lingue.

Crotone li 29.03.2013

Il Responsabile Medicina Preventiva

Dott. Giuseppe Dattolo

ASL
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SETTORE VACCINAZIONI
DISTRETTO DI CROTONE

Relazione Conclusiva linea progettuale n 2.4.2.:
Prevenzione delle Infezioni da HPV ASP Crotone

Stato dell'arte al 31 dicembre 2011
Copertura per 3 dosi di HPV nelle dodicenni coorte 2007 come percentuale di ragazze dodicenni attualmente residenti nella nostra Azienda, che hanno completato la vaccinazione HPV e che prevede la somministrazione di 3 dosi di vaccino (ragazze dodicenni vaccinate con 3 dosi / popolazione target): pari al 71%. Sono state realizzate le attività di informazione alla popolazione sui rischi derivanti dalle malattie e sui benefici della vaccinazione da operatori all'uopo formati. Le Coperture vaccinali

Stato dell'arte al 31.12.2012
Copertura per 3 dosi di HPV nelle dodicenni coorte 2007 come percentuale di ragazze dodicenni attualmente residenti nella nostra Azienda, che hanno completato la vaccinazione HPV e che prevede la somministrazione di 3 dosi di vaccino (ragazze dodicenni vaccinate con 3 dosi / popolazione target): pari al 75,6%. Sono state realizzate le attività di informazione alla popolazione sui rischi derivanti dalle malattie e sui benefici della vaccinazione da operatori all'uopo formati. Le Coperture vaccinali.

Principali azioni svolte e risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati:
1) E' stato necessario reiterare la spedizione degli inviti (e quando possibile anche con contatto telefonico diretto).

2) E' stato necessario un'adeguata e completa informazione da parte degli operatori nei confronti dei genitori.

3) Sono stati organizzati incontri con i MMG per sensibilizzarli sulle vaccinazioni.
4) E' stato consegnato materiale informativo sotto forma di poster , locandine e lettere, in varie lingue.

Crotone li 29.03.2013

Il Responsabile Medicina Preventiva
Dott. Giuseppe Dattolo

ASL
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SETTORE VACCINAZIONI
DISTRETTO DI CROTONE

Relazione Conclusiva linea progettuale n 2.4.3.:

Monitoraggio delle coperture vaccinali e uniformazione/informatizzazione delle anagrafi vaccinali.

Definire strategie vaccinali per la popolazione calabrese
Monitorare le coperture vaccinali
integrare i sistemi informativi esistenti con raccolta dei dati che confluiscono su un connettore regionale unico

Stato dell'arte al 31.12.2012

Sono stati organizzati incontri con i MMG per sensibilizzarli sulle vaccinazioni.
E' stato consegnato materiale informativo sotto forma di poster , locandine e lettere, in varie lingue della comunità europea.
E stata fatta una riorganizzazione in centri vaccinali e punti vaccinali con un centro vaccinale coordinatore. E' stato , inoltre, acquistato l'ardwere, mentre siamo in attesa del sotwere che deve fornire la regione.

Crotone li 29.03.2013

Il Responsabile Medicina Preventiva

Dott. Giuseppe Dattolo

ASL
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SETTORE VACCINAZIONI
DISTRETTO DI CROTONE

Relazione Conclusiva linea progettuale n 2.4.4.: Miglioramento qualità offerta vaccinale

Stato dell'arte al 31.12.2011:

E' stato effettuato il censimento dei centri vaccinali , è stato avviato l'adeguamento degli stessi , è stata effettuata la formazione degli operatori ai fini dell'applicazione linee guida regionali per effettuazione vaccinazioni.

Principali azioni svolte e risultati raggiunti al 31.12.2011

% Centri vaccinali adeguati al 75% agli standard descritti nelle linee guida regionali: 25%
% centri applicanti al 75% le linee guida di qualità dell'offerta vaccinale: 65%

Principali azioni svolte e risultati raggiunti al 31.12.201

% Centri vaccinali adeguati al 75% agli standard descritti nelle linee guida regionali:65%
% centri applicanti al 75% le linee guida di qualità dell'offerta vaccinale: 85%

Sono stati organizzati incontri con i MMG per sensibilizzarli sulle vaccinazioni.
E' stato consegnato materiale informativo sotto forma di poster , locandine e lettere, in varie lingue della comunità europea.
Il personale amministrativo e sanitario è stato formato presso il centro pilota di Crotone

Crotone li 29.03.2013

Il Responsabile Medicina Preventiva

Dott. Giuseppe Dattolo

ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

Prot.n. 03/2013 Ed. San.

Al Direttore di Dip.di Prevenzione
Dott. Domenico Tedesco

Oggetto: Relazione linea progettuale 2.6.1 del P.R.P

In relazione alla l.p.n 2.6.1 (Peer education e M.S.T) si comunica che il gruppo di coordinamento aziendale ha effettuato la formazione a cura del Gruppo Capofila Regionale ASP RC), si è poi presentato il progetto al Referente USP,si è reclutato l'Istituto IPSIA (comprendente 4 scuole professionali:moda, elettronico, odontotecnico e meccanico),si è svolta la formazione agli insegnanti referenti-tutor,si è costituito il gruppo dei peer educator si sta completando la loro formazione e si stanno programmando le attività che i peer svolgeranno entro la fine dell'anno scolastico in corso destinate ai ragazzi del biennio dell'Istituto.

Cordiali saluti
La Referente Aziendale
Dott.ssa Antonella Cernuzio
Antonella Cernuzio

Crotone 15.3.2013

REGIONE CALABRIA
ASP
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Graecia
DIPARTIMENTO AREA DI PREVENZIONE
U.O. VETERINARIA AREA "A"
(Direttore f. f. dr. Saverio FERRARO)

Prot. n. 139 /DSV-A **Crotone li, 13.03.2013**

Al Direttore del Dipartimento Area di Prevenzione
Dr. Domenico Tedesco
Sede

Oggetto: Relazione conclusiva attività linea progettuale 2.6.2 del PRP 2010/2012 per l'annualità 2012.

In riferimento Vs nota prot.n° 185/DP del 12.03.2013,lo scrivente in qualità di Referente della linea progettuale 2.6.2. ***"Sviluppare i programmi di prevenzione delle zoonosi favorendo l'integrazione della sorveglianza,dei sistemi informativi e delle procedure di prevenzione mediche e veterinarie"****, relaziona circa il lavoro svolto per la realizzazione del progetto stesso dal Gennaio 2011 a Dicembre 2012.*

Per quanto esposto si è proceduto a :

- Verifica in BDN e censimento per specie di tutte le aziende;
- Richiesta registrazione dipartimentale (OSA) tipologie di strutture;
- Stesura della programmazione degli interventi in azienda;
- Approvazione e pianificazione della programmazione a tutte le Sedi Territoriali del Servizio Veterinario, Direzione Dipartimento di Prevenzione e Task Force per le Attività Veterinarie –Dipartimento della Salute – Regione Calabria;
- Condivisione figura Referente Epidemiologico Veterinario Aziendale;
- Condivisione figura Referente della struttura di Epidemio Sorveglianza Sanitaria del Presidio Ospedaliero;
- Condivisione della proposta con figure professionali di diversi servizi dell'ASP per la creazione del **nodo epidemiologico locale multidisciplinare (SIMI) e (SIMAN)** per la prevenzione delle zoonosi.

Attualmente sono in itinere le attività e le proposte di:

- Creazione e condivisione attivazione Protocolli Operativi;
- Condivisione raccolta dati, valutazione /verifica di :
  a) Tempi per la risoluzione
  b) Avvenuta adozione dei provvedimenti
  c) Avvenuta adozione delle azioni correttive
  d) Rivisitazione dei Protocolli Operativi al fine di dare risposte adeguate.

- Preparazione elaborazione dati in uscita con l'integrazione formalizzata del Nuovo Sistema Informativo Sanitario **(NSIS)**.

I dati di riferimento (**Indicatori di processo di risultato**) sono inseriti nella scheda informatica "Calabria Sintesi",nonché nel progetto allegato in forma cartacea.
Tanto si trasmette per giusto adempimento.

Distinti Saluti.

DIPARTIMENTO AREA DI PREVENZIONE
U. O. VETERINARIA AREA "A"
Direttore f. f. dr. Saverio FERRARO

ASL
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2010 – 2012

Documento di rendicontazione e valutazione dell'attività svolta
Macroarea: Prevenzione Universale
Linea di intervento generale 2.6
Linea progettuale 2.6.2

Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012
DGR n° 851 del 29 dicembre 2010, DPGR n°101 del 22 Settembre 2011, Nota Reg.Cal. prot.123507/SIAR del 04.Apr.2012, Delibera n° 060 del 15 febbraio 2012, successiva Delibera n° 91 del 14.Mar.2012, successiva Delibera n°144 del 12 Aprile 2012,successiva Delibera n° 236 del 05.06.2012.

Bozza a cura del Gruppo di lavoro :

Dirigente Medico Veterinario Dr. Saverio Ferraro - Referente
Dirigente Medico Veterinario Dr. ssa Carmela Volpicelli
Dirigente Medico Dr. ssa Maria Onorina Marasco
Tecnico della Prevenzione : Eugenio Luchetta

Sommario:

- titolo del progetto;
- Identificativo della linea;
- Numero identificativo del progetto;
- Descrizione del progetto;
- Beneficiari (target dell'intervento);
- Obiettivi di salute perseguiti;
- Scopi generali che si propone;
- Fasi in cui si articola.
- Attività cui si compone;
- Criticità;
- Tempi di attuazione (cronoprogramma);
- Indicatori (di processo di risultato);
- Risultati Attesi.

Soggetti coinvolti:

- **Area medica :** (Medico di Famiglia –Guardia Medica –Pronto Soccorso – Struttura Epidemio Sorveglianza Sanitaria del Presidio Ospedaliero / Ufficio del

Medico Competente -Ufficio del Medico Competente Territoriale - SIAN – Igiene Pubblica- Laboratori Medici);

- **Area veterinaria :** (Area A – B – C);
- Struttura di Epidemio-Sorveglianza Veterinaria aziendale;
- **Sezione Zooprofilattica;**
- **Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale;**
- **Cittadini;**
- **Addetti alla filiera produttiva di alimenti di origine animale;**
- **Addetti alla produzione primaria.**

Regione Calabria – Piano Regionale di Prevenzione 2010 – 2012
Piano Operativo – Scheda progetto

1. **Regione**	**Calabria**
2. **Titolo del progetto o del programma** 2.6.2	Sviluppare i programmi di prevenzione delle zoonosi favorendo l'integrazione della sorveglianza, dei sistemi informativi e delle procedure di prevenzione mediche e veterinarie
3. **identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i**	2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni
4. **Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del piano operativo regionale**	**2.6.2.**
5. **Breve descrizione dell'intervento programmato ***	Vedi sotto
6. **Beneficiari** (target dell'intervento)	Popolazione generale residente nella Regione Calabria con particolare riferimento agli operatori addetti di filiera produttiva di alimenti di origine animale.
7. **obiettivo di salute** (e/o obiettivi di processo) **perseguiti****	Riduzione della prevalenza delle zoonosi nella popolazione umana e animale mediante la attivazione di protocolli medici veterinari condivisi e la creazione di un nodo epidemiologico multi disciplinare (area medica e veterinaria) cui far affluire tutte le informazioni e dati inerenti le zoonosi nell'ambito dell' A.S.P., utile ad assicurare, come out-put, un'azione preventiva indotta nei settori medico e veterinario

Breve descrizione dell'intervento programmato*

Razionale dell'intervento eventualmente supportato da elementi oggettivi	Il controllo e la prevenzione delle zoonosi (malattie trasmissibili dall'animale all'uomo direttamente o tramite prodotti di origine animale) è da sempre un obiettivo primario nella politica sanitaria della Comunità Europea. Numerosi atti normativi sono stati emanati al fine di individuare e descrivere i pericoli, valutare l'esposizione e caratterizzare i rischi connessi alle zoonosi e agli agenti zoonotici. Alla base di questi atti normativi vi è la Direttiva 99/2003 CE che tra le altre cose individua le zoonosi per le quali gli Stati Membri devono predisporre obbligatoriamente specifici piani di controllo e altre

	zoonosi per le quali la predisposizione di tali Piani è facoltativa e in funzione del pericolo collegato alla specifica realtà di ciascuno Stato. Salmonellosi, Brucellosi, Tubercolosi, Influenza, Campilobatteriosi, Listeriosi sono le zoonosi giudicate di maggiore rilevanza sanitaria per l'Italia (PROFEA 2005). Le azioni di controllo devono tendere a: • Salvaguardare la salute pubblica; • Evitare l'ingresso delle malattie degli allevamenti; • Individuarne tempestivamente la presenza in modo da evitare la diffusione dell'infezione in altri allevamenti; • Ridurre il livello di prevalenza della malattia negli allevamenti in base agli obiettivi di riduzione stabiliti dalla Comunità. L'Efsa (agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare ha pubblicato un rapporto su 15 zoonosi di origine alimentare nei 27 stati membri della UE e in altri 4 esterni. I dati, relativi al 2008, mostrano, che le tre infezioni più frequenti sono in calo rispetto al 2007. Al primo posto la campilobatteriosi (oltre 190.000 casi nel 2008, 10.000 in meno che nel 2007). Il Campylobacter è stato trovato soprattutto in carne cruda di pollame, mentre negli animali vivi è stato riscontrato nel pollame, nei suini e nel bestiame. Segue la Salmonella, con circa 130.000 casi (-13,5%). La salmonella rimane la causa più frequente (35%) di infezione di origine alimentare, ed è stata rinvenuta principalmente in carne cruda di pollo, tacchino e maiale. Con circa 1.400 casi, tra cui cibi pronti come pesce affumicato, carne trattata termicamente e foraggi. **Il Piano Regionale di Prevenzione** attuato per il primo anno ed in itinere per il secondo, nell' ASP di Crotone in funzione delle **deliberazioni adottate**, ha richiesto un lavoro di gruppo redigendo una progettazione e successiva condivisione degli **obiettivi di processo da perseguire** con i soggetti coinvolti, riconoscendo la necessità di una riorganizzazione delle attività di prevenzione e promozione della salute, **perseguendo la creazione del nodo epidemiologico multidisciplinare locale (area medica e veterinaria)** da allocare presso la struttura di Epidemio Sorveglianza Sanitaria del Presidio Ospedaliero/Ufficio Medico Competente, attuando vere e proprie politiche di prevenzione da realizzarsi attraverso l'azione integrata di molti soggetti, impegnando professionalità di diversi servizi appartenenti alla stessa ASP e altre istituzioni. **In funzione degli atti normativi Comunitari-Nazionali e Regionali emanati**, il Referente della linea progettuale 2.6.2 ha ritenuto migliorare gli attuali sistemi di sorveglianza di raccolta e gestione dei dati con particolare interesse ai rischi connessi alle zoonosi,nonché a tutela della salute del patrimonio zootecnico dell'ASP dall'introduzione di malattie e agenti zoonotici trasmissibili e non, ma che con il loro potenziale patogeno, mettono a repentaglio le popolazioni animali indenni e la produttività degli allevamenti. I programmi di controllo veterinario permettono di rilevare le infezioni a carattere zoonosico presenti negli allevamenti, nelle popolazioni di animali selvatici e negli animali d'affezione. Le nuove linee di lavoro della prevenzione necessitano di maggiori risorse ed operatori dedicati, in sintonia con quanto evidenziato dalla riflessione interna ai professionisti ed alle strutture della prevenzione, per cui vanno **creati e formati** i referenti epidemiologici aziendali in umana ed in veterinaria che rappresentano per mezzo dei sistemi **SIMI** (Sistema Informativo Malattie Infettive) e **SIMAN** (Sistema

	Informativo Malattie Animali) la chiusura ad anello del nodo epidemiologico multidisciplinare per disporre di dati di incidenza, indispensabili per monitorare il fenomeno e valutare l'efficacia delle misure di contenimento. **Per quanto esposto si è proceduto a :** • Verifica in BDN e censimento per specie di tutte le aziende; • Richiesta registrazione dipartimentale (OSA) tipologie di strutture; • Stesura della programmazione degli interventi in azienda; • Approvazione e pianificazione della programmazione a tutte le Sedi Territoriali del Servizio Veterinario, Direzione Dipartimento di Prevenzione e Task Force per le Attività Veterinarie – Dipartimento della Salute – Regione Calabria; • Condivisione figura Referente Epidemiologico Veterinario Aziendale ; • Condivisione figura Referente della struttura di Epidemio Sorveglianza Sanitaria del Presidio Ospedaliero; • Condivisione della proposta con figure professionali di diversi servizi dell'ASP per la creazione del **nodo epidemiologico locale multidisciplinare (SIMI) e (SIMAN)** per la prevenzione delle zoonosi. • Condivisione e attivazione Protocolli Operativi; • Condivisione raccolta dati, valutazione /verifica di : a) Tempi per la risoluzione b) Avvenuta adozione dei provvedimenti c) Avvenuta adozione delle azioni correttive d) Rivisitazione dei Protocolli Operativi al fine di dare risposte adeguate. • Preparazione elaborazione dati in uscita con l'integrazione formalizzata del Nuovo Sistema Informativo Sanitario **(NSIS)**.
Scopi generali che Si propone	Riduzione della prevalenza delle zoonosi nella popolazione umana e animale attraverso la condivisione di procedure, la raccolta ed utilizzazione delle informazioni a disposizione dei gruppi di interesse, ai fini dell'adozione di efficaci azioni preventive.
Fasi in cui si articola	1° creazione del nodo epidemiologico multidisciplinare 2° stesura procedure operative e modulistica MESI 12 3° attività di raccolta, elaborazione, preparazione degli out put pertinenti MESI 24.
Attività di cui si compone	1° definizione ed allocazione del nodo presso l'U.O. di epidemiologia con personale medico e veterinario dedicato; 2° stesura procedure operative e linee guida d'intervento mirate; 3° informazione valorizzata sulle zoonosi; 4° valutazione dei dati; 5° adozione misure di prevenzione specifiche.
Attori e portatori di interesse coinvolti	Servizi veterinari e di Igiene Pubblica, MMG, laboratori medici e istituti zooprofilattici, osservatorio regionale malattie infettive e SDO, U.O. epidemiologia, cittadini, addetti alla filiera produttiva di alimenti di origine animale e addetti alla produzione primaria.

Criticità	- il contagio uomo – animale è possibile in tutte le aree antropizzate, territori rurali, industria alimentare, ambienti domestici; ciò crea una grande difficoltà in termini di prevenzione. - l'esito delle zoonosi varia a seconda della noxa interessata: rari gli esiti mortali, più frequenti le guarigioni e le affezioni croniche temporaneamente invalidanti, che comportano costi sociali elevati e inducono uno stato di malessere psicofisico duro. - L'informazione medica e quella veterinaria è settaria, spesso non è condivisa e manca un nodo epidemiologico interdisciplinare efficace. - Il numero delle zoonosi e delle antropozoonosi nel nostro Paese è nettamente sottostimato.
Tempi di attuazione (cronoprogramma)	Biennio di vigenza del PRP
Indicatori (di processo, di risultato)**	Creazione del nodo interdisciplinare presso ciascuna AA.SS.PP. Casi di zoonosi umana ed animale registrati (prevalenza)
Risultati attesi	Riduzione , a regime, del 20% di zoonosi umana ed animale nella Regione

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 Dicembre 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 Dicembre 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 Dicembre 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Creazione del nodo interdisciplinare	Regione		**1**	**.....**	**1**	**1**
Casi di zoonosi umana	Regione		**-10%**	**24**	**19.2**	**??**
Casi di zoonosi animale	Regione		**- 10%**	**71**	**56.8**	**13**

Il valore al 31/12/2012 è da considerarsi cumulativo con quello al 31/12/2011

REGIONE CALABRIA
ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE

DIPARTIMENTO AREA DI PREVENZIONE
U.O. MEDICINA PREVENTIVA
(RESPONSABILE Dr. Giuseppe DATTOLO)

Prot. n. 39/MP **Crotone li, 29.03.2013**

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
AREA DI PREVENZIONE
Dr. Domenico TEDESCO

SEDE

Oggetto: Relazione finale Linea progettuale 2.6.3 "aggiornamento del piano regionale TB:sviluppo di un percorso integrato di prevenzione diagnosi e cure".

Con riferimento alle attività svolte per la realizzazione della Linea progettuale in oggetto, sono state attivate azioni di informazione sulla prevenzione e sul rispetto delle regole comportamentali finalizzate a scongiurare il rischio di contagio di TB, allo scopo sono stati realizzati e distribuiti ai soggetti migranti interessati, pieghevoli informativi vignettistici per una più facile comprensione e, all'uopo, tradotti anche nelle lingue di interesse dei migranti ospiti presenti nei centri di accoglienza.

Sono stati coinvolti e fattivamente attivi nelle relativa partecipazione, i mediatori culturali per i quali è stato effettuato un corso di formazione allo scopo di dare diffusione a quanto previsto sia dalla normativa sanitaria nazionale sia dalle norme comportamentali previste per evitare le possibilità di rischio di contagio TB.

Sono stati effettuati screening tubercolinici sia ai soggetti migranti ospiti nel Centro di prima Accoglienza di S. Anna sia a quelli presenti nelle diverse Cooperative sociali e nelle Case Famiglia presenti in tutto il territorio provinciale di competenza.

E' importante rilevare che nel territorio di pertinenza dell'ASP di Crotone trova sede uno dei più grandi ed importanti Centri di accoglienza, identificazione e permanenza di tutto il territorio nazionale con un costante e nutrito numero di immigranti, che per la natura del Centro stesso, impongono controlli immediati in ordine di tempistica (perché rapidamente smistati in altri Centri) ed impegnativi per i permanenti.

Pertanto gli obiettivi prefissati dalla Linea progettuale in oggetto sono stati, seppur faticosamente e con rilevanti difficoltà, perseguiti e raggiunti.

Cordiali saluti.

IL RESPONSABILE DELL'UNITA' OPERATIVA
MEDICINA PREVENTIVA
(Dr. Giuseppe DATTOLO)

REGIONE CALABRIA

ASP

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

DIPARTIMENTO AREA DI PREVENZIONE
(DIRETTORE Dr. Domenico TEDESCO)

Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012 – Progetto 2.6.4 "Piano per la sorveglianza prevenzione e controllo delle malattie da importazione trasmesse da insetti vettori".

Con riferimento alla Linea progettuale 2.6.4 " Piano per la sorveglianza prevenzione e controllo delle malattie da importazione trasmesse da insetti vettori", sono state svolte le seguenti azioni:

sono state approntate cartelle informative, consegnate ai Sindaci dei Comuni del territorio di competenza, contenenti oltre che materiale illustrativo anche un questionario da compilare a cura del Settore Ambiente allo scopo di definire le situazioni di rischio sul territorio, oltre al posizionamento di ovitrappole da parte degli Operatori del Servizio di Igiene Pubblica dell'ASP.

E' stato consegnato un DVD illustrativo, tra le altre cose, anche delle situazioni causali della presenza di zanzare sia in ambito privato che pubblico con le indicazioni ed i suggerimenti da adottare per la necessaria preventiva azione di contrasto.

E' stata consegnata anche una bozza di Ordinanza sindacale per il contenimento della diffusione delle zanzare sul territorio.

Sono stati organizzati incontri con i Sindaci e corsi svolti dai referenti del Servizio di Igiene Pubblica sia per Operatori sanitari che per gli Operatori tecnici comunali adibiti alla bonifica del territorio (giardinieri, addetti ai cimiteri ecc.).

Attualmente è ancora incorso una campagna di comunicazione sui rischi e sui metodi da adottare anche in ambito privato per prevenire e contenere il diffondersi di situazioni di rischio zanzare.

IL REFERENTE/RESPONSABILE
LINEA PROGETTUALE 2.6.4
(Dr. Domenico TEDESCO)

Domenico Tedesco

Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012 - Progetto n. 2.7.1 " **Sistema di sorveglianza e approccio integrato alla problematica degli aeroallergeni (pollini e muffe) campagne di informazione"**

Rendiconto Attività anno 2011/12 ASP di CROTONE

In riferimento alla Linea Progettuale **Progetto 2.7.1** " Sistema di sorveglianza e approccio integrato alla problematica degli aeroallergeni (pollini e muffe) - Campagne di informazione", di seguito si rendiconta in merito alle attività svolte nell'anno 2011/12

Macroarea 2: prevenzione universale.

Linea di Intervento generale 2.7: prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici,fisici e biologici.

Obiettivo generale del progetto: Aumentare il livello di protezione della salute umana dal rischio esposizione/sensibilizzazione ad aerollergeni, pollini e muffe con riduzione dell'incidenza delle patologie allergiche respiratorie.

Indicatori di processo:

1. Attivazione di n° 1/ sportello informativo/anno" Prevenzione Malattie Allergiche Respiratorie "
2. Realizzazione di n° 1 evento informativo-divulgativo/anno rivolto ai diversi gruppi di interesse individuati

Attività ANNO 2011

Non ci sono attività da rendicontare . Il gruppo di lavoro è stato costituito con delibera n° 60 del 15 febbraio 2012 . La sottoscritta ha ricevuto l'incarico di responsabile aziendale del progetto con delibera n° 236 del 5 Giugno 2012.

Attività ANNO 2012

Per il raggiungimento degli obiettivi di processo previsti nel progetto, sono stati attivati n° 2 sportelli informativi/divulgativi per sensibilizzare e aumentare le conoscenze sulle problematiche e sugli interventi di prevenzione da attuare in merito alle malattie allergiche respiratorie. Sono stati inoltre realizzati n° 3 eventi informativi /divulgativi:

Risultato atteso n° 1

Evento realizzato in data 02/04/2012 presso Istituto Comprensivo "V.Alfieri "Crotone
rivolto a: Docenti e Genitori N° 50 partecipanti

Per esigenze legate alle attività scolastiche gli altri 2 eventi, programmati per Ottobre/Dicembre 2012 ,sono stati realizzati a Gennaio 2013

Evento realizzato in data 24/01/2013 .presso Istituto Comprensivo"Casopero" Cirò Marina
rivolto a: Docenti e Genitori N° 40 partecipanti

Evento realizzato in data 31/01/2013 .presso Istituto Comprensivo"Moro-Lamanna" Mesoraca
rivolto a: Docenti N° 100 partecipanti

.

Risultato atteso n° 2: Attivati n° 2 sportelli informativi/divulgativi " Prevenzione delle Malattie Allergiche Respiratorie" presso le sedi di seguito indicate:

Sportello n° 1

Sede: U.O. di Medicina Scolastica -Crotone
Orario: 9.00/10.00 Operatori: Dott.ssa Matilde Morello

Sportello n° 2

Sede: U.O. di Medicina Scolastica – Santa Severina
Orario: 17.00/18.00 Operatori: Dott.ssa Adalgisa Pugliese

E' stato inoltre predisposto il materiale e attivate le procedure per la realizzazione di uno sportello informativo web sul portale dell'ASP di Crotone

ALTRE ATTIVITA' SVOLTE

1. Riunioni di lavoro e numerosi scambi di e-mail/telefonate con la Referente Regionale e Referenti Aziendali
2. Riunioni con gruppo di lavoro ASP di Crotone
3. Riunioni con Dirigenti Scolastici e Referente Ufficio Scolastico Provinciale
4. Attività di preparazione materiale per gli eventi inseriti nella Campagna Informativa (sono stati stampati 600 brochure divulgative, 40 locandine per sportello informativo, 20 locandine per divulgazione eventi e 20 locandine per divulgazione progetto)
5. Stesura articolo inerente il progetto e il I° evento formativo con pubblicazione su il giornale "Quotidiano"
6. Partecipazione all'incontro"Comunicazione Istituzionale e socializzazione dei risultati P.R.P. e I^ Conferenza Regionale" 6 Novembre 2012-Lamezia Terme.
7. Partecipazione evento Formativo"Approccio multidisciplinare alle malattie allergiche respiratorie" 13 Novembre 2012-Lamezia Terme
8. Partecipazione alla I^Conferenza Regionale "Prevenzione tutela della salute e medicina d'iniziativa" 29/30 novembre 2012-Lamezia Terme

La Responsabile Progetto 2.7.1
A.S.P. di Crotone

Dott.ssa Matilde Morello

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - CROTONE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio di Medicina Scolastica

ASL
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Graecia
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO DI IGIENE AMBIENTALE
(Responsabile: dott.sa Rosa Bilotta)
Via Saffo n° 37 - 88900 Crotone, tel./fax 0962 924022
E-mail: igieneambientele@asp.crotone.it

Prot. n° 173/I.A.

Crotone 14.03.2013

Al Direttore Dipartimento di Prevenzione
ASP di Crotone

OGGETTO: Trasmissione relazione conclusiva Linea progettuale n. 2.7.2 "Sistemi di sorveglianza della qualità degli scarichi e dei corpi recettori in relazione agli usi degli stessi e alla protezione della salute pubblica".

In riferimento alla vs. nota n. 185/DP del 12.03.2013 avente per oggetto "sintesi rendicontazione attività linee progettuali annualità 2012", in allegato si trasmette la relazione conclusiva delle attività svolte per la Linea progettuale n. 2.7.2 *"Sistemi di sorveglianza della qualità degli scarichi e dei corpi recettori in relazione agli usi degli stessi e alla protezione della salute pubblica"*.

Si comunica che tutti i risultati attesi alla data del 31.12.2012 previsti dagli indicatori di processo, stabiliti dalla delibera di Giunta Regionale n. 851 del 29.12.2010, sono stati ampiamente raggiunti.

Con nota n° 164/I.A. del 12.03.2013 è stata già trasmessa una sintesi della rendicontazione delle attività alla data del 31.12.2012.

Si allega anche CD.
Distinti Saluti

A. S. P.
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
PROT. 1051 DEL 21-03-13
RESPONSABILE
Dr. Tedesco

Il Referente del Progetto 2.7.2.
d.ssa Rosa Bilotta

Giunta Regionale
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie
Settore Area LEA

Dirigente
dott. Luigi Rubens Curia

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene Ambientale

Dirigente
dr.ssa Rosa Bilotta

Piano Regionale di Prevenzione

Macroarea 2

Prevenzione universale

Linea di Intervento generale 2.7

Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici.

Progetto n. 2.7.2

"Sistemi di sorveglianza della qualità degli scarichi e dei corpi recettori in relazione agli usi degli stessi e alla protezione della salute pubblica"

Gruppo di Lavoro Regionale

dr. Eduardo Malacaria	Referente Regione
dr.ssa Maria Antonietta Soccio	ASP CZ
dr.ssa Rosa Bilotta	ASP KR
dr. Ugo Mezzotero	ASP KR

Gruppo di lavoro ASP Crotone
Servizio Igiene Ambientale

dr.ssa Rosa Bilotta	Dirigente Servizio Igiene Ambientale
dr. Ugo Mezzotero	Tecnico della Prevenzione
dr. Fabio Menzano	Tecnico della Prevenzione

Provincia di Crotone
Settore Ambiente e Polizia Provinciale
Servizio Emissioni

Ing. Alfredo Voce	Dirigente Settore Ambiente
ing. Claudio Filice	Resp.le Servizio Emissioni
geom. Fabrizio Pupa	Servizio Emissioni
p.i. Mirella Carvello	Servizio Emissioni

A.R.P.A.Cal. di Catanzaro

dott. Francesco Russo	Dirigente Settore Chimico
dott.sa Annamaria Albano	Dirigente Settore Bio-Tossicologico

In ottemperanza alla Delibera di Giunta Regionale n. 851 del 29.12.2010, avente ad oggetto approvazione "Piano Regionale di Prevenzione", il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, con delibera n.060 del 15.02.2012, ha nominato i referenti ed i componenti dei gruppi di lavoro per l'attuazione dei progetti previsti nel Piano Regionale di Prevenzione.

Per quanto riguarda il Progetto 2.7.2 " *Sistemi di sorveglianza della qualità degli scarichi e dei corpi recettori in relazione agli usi degli stessi e alla protezione della salute pubblica"* , è stato nominato il seguente gruppo di lavoro:

Dr.ssa Rosa Bilotta	- Responsabile Servizio Igiene Ambientale
Ugo Mezzotero	- T.P. Servizio Igiene Ambientale
Fabio Menzano	- T.P. Servizio Igiene Ambientale

OBIETTIVO GENERALE DEL PROGETTO:

Contenimento entro i limiti di legge previsti, degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti produttivi e civili, per la prevenzione delle patologie da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici.

INDICATORI DI PROCESSO:

1. riduzione del 5% degli scarichi abusivi o non conformi/totale scarichi monitorati.
2. istituzione tavoli tecnici e accordi di programma su Sistema di Sorveglianza Regionale siglati dai diversi Enti (Regione, A.S.P., ARPACal, Dipartimento Politiche dell'Ambiente, Province).
3. formazione personale di vigilanza/totale operatori del Sistema di Sorveglianza della qualità scarichi e dei corpi recettori.

AZIONI:

Per il raggiungimento degli obiettivi di processo previsti nel progetto sono state condotte le azioni previste nella linea progettuale con il conseguimento dei risultati attesi di seguito indicati:

RISULTATO ATTESO n° 1:

Riduzione del 5% degli scarichi abusivi o non conformi sul totale degli scarichi monitorati.

Valore dell'indicatore al 31.12.2010:

Nel territorio dell'ASP di Crotone si sono riscontrati al valori percentuali di scarichi abusivi pari al 45,6%, e di quelli non conformi ai limiti tabellari pari al 82%.

▪ *Azione 1*

Valore Atteso dell'indicatore al 31.12.2011: Riduzione del 5 %.

Valore Osservato: Riduzione del 19,6% degli scarichi abusivi,Riduzione del 22% degli scarichi non conformi ai limiti di legge.

▪ *Azione 2*

Valore Atteso dell'indicatore al 31.12.2012: Riduzione del 5 %.

Valore Osservato: Riduzione del 26%degli scarichi abusivi,Riduzione del 42 % degli scarichi non conformi ai limiti di legge.

RISULTATO ATTESO n° 2:

Istituzione di tavoli tecnici e accordi di programma su Sistema di Sorveglianza Regionale siglati dai diversi Enti (Regione, A.S.P., ARPACal, Dipartimento Politiche Ambientali, Province).

▪ *Azione 1*

Il Gruppo di Lavoro Regionale, si è riunito per programmare e definire gli indirizzi generali per la stesura di un protocollo d'Intesa da siglare tra i diversi Enti individuati, quali attori del progetto di sorveglianza degli scarichi e dei corpi recettori in relazione agli usi degli stessi e alla protezione della salute pubblica.

▪ *Azione 2*

E' stato predisposto e redatto da parte dei componenti del Gruppo di Lavoro Regionale il Protocollo d'intesa da sottoscrivere fra i diversi Enti sopra menzionati, nel quale sono state individuate e definite per ogni singolo Ente, nell'ambito delle specifiche competenze, le azioni da attuarsi in sinergia ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti.

Successivamente è stato inviato ai vari Enti una richiesta di adesione al Documento Protocollo d'Intesa ed inoltre si è proceduto alla richiesta di formalizzazione in Giunta Regionale.

Si sono tenute riunioni, presso la sede del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria e presso l'Assessorato all'Ambiente della Regione per discutere delle competenze e dei ruoli dei vari Enti che partecipano alle attività del progetto.

RISULTATO ATTESO n° 3:

Formazione personale di vigilanza e operatori per l'attuazione del progetto.
Nel corso del 2011 è stato programmato e organizzato ad opera dei referenti del Gruppo di Lavoro, il primo evento del piano di formazione, tenutosi in data 28 ottobre 2011 presso la sede del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria di Catanzaro, nel corso del quale sono stati formati 21 operatori dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle 5 A.S.P. della Regione, designati dai rispettivi Direttori dei Dipartimento di Prevenzione.

Per l'ASP di Crotone hanno partecipato alla giornata di formazione i dipendenti di seguito indicati:
d.ssa Rosa Bilotta * Responsabile Servizio Igiene Ambientale
dr. Ugo Mezzotero * T. P. Servizio Igiene Ambientale
dr. Fabio Menzano T. P. Servizio Igiene Ambientale
* hanno svolto attività di docenza

Normativa di Riferimento

- Delibera 04.02 1977 del Comitato dei Ministri per la Tutela delle Acque dall'Inquinamento
- Legge Regione Calabria 3 ottobre 1997, n. 10
- D. Lgs. 112/98
- DPCM 29.11.2001
- Legge Regione Calabria 34/02
- Delibera Giunta Regione Calabria 15.03.2005 n. 316
- Decreto Legislativo 03.04.2006, n. 152 e ss.mm.ii.
- Delibera di Giunta Regionale n. 851 del 29.12.2010
- Delibera n. 060 del 15.02.2012

ATTIVITÀ

Il Progetto attuato dal Servizio Igiene Ambientale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone con la collaborazione del Settore Ambiente della Provincia di Crotone e dei laboratori ARPACAL di Catanzaro si pone l'obiettivo di monitorare, attraverso sopralluoghi, i depuratori di acque reflue ed i corsi d'acqua superficiali recettori degli scarichi.

Le attività si sono sviluppate nell'ambito territoriale in tre diverse fasi:

La prima fase ha riguardato il controllo degli scarichi delle piattaforme depurative a servizio dei comuni ricadenti sulla fascia costiera della Provincia di Crotone.

In un secondo momento sono stati controllati gli impianti di depurazione dei comuni attraversati dai fiumi Neto e Tacina.

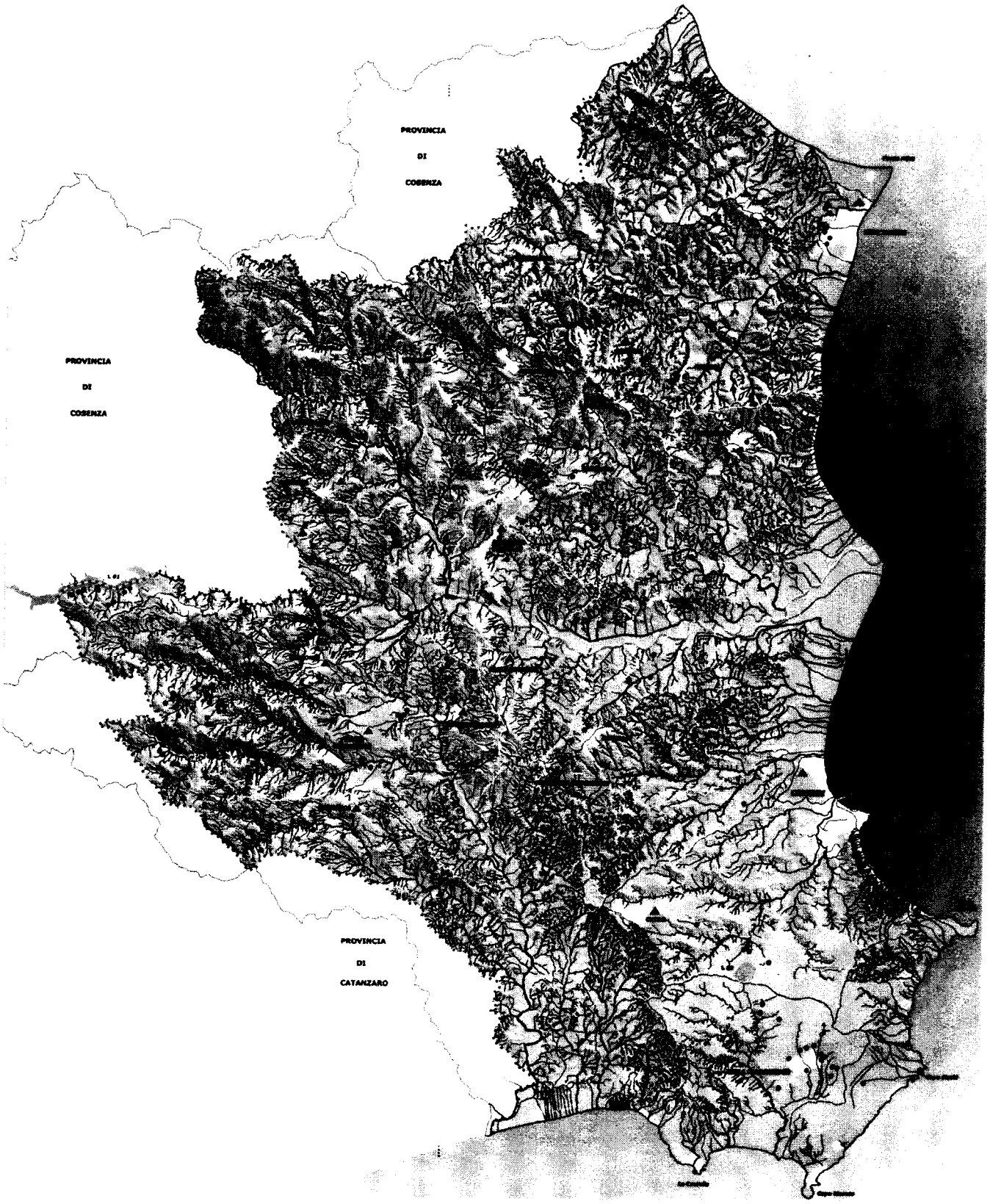
La terza ed ultima fase ha interessato gli impianti di depurazione dei comuni dell'entroterra Crotonese.

In linea con quanto previsto dal Protocollo stipulato con il Settore Ambiente della Provincia di Crotone , il personale tecnico provinciale ha curato l'aspetto della depurazione al fine di verificare lo stato dell'efficienza degli impianti e delle eventuali problematiche che danneggiano la qualità delle acque superficiali dei recettori.

L'Azienda Sanitaria si è occupata delle attività di campionamento delle acque dei corpi recettori e degli scarichi al fine di valutare l'impatto sanitario e dei rischi sulla salute da inquinamento di reflui su corpi recettori sensibili: suolo (agricoltura, falde) acque superficiali (prese di acque potabile, risorse idriche in genere) mare (pesca, balneazione).

I laboratori ARPACal del Dipartimento Provinciale di Catanzaro hanno svolto le indagini di laboratorio sui campioni prelevati.

Territorio Provincia di Crotone - Bacini Idrografici



Bacini di I ORDINE	Bacini di II ORDINE
Bacino del Fiume Nicà	▪ Bacino del Torrente Sorvito ▪ Bacino del Carrofuno Cacciadebiti ▪ Bacino del Torrente Garge ▪ Bacino tra il Fiume Nicà e il Fiume Lipuda
Bacino del Fiume Lipuda	▪ Bacino del Torrente Ponda ▪ Bacino del Torrente Iornito ▪ Bacino del Torrente Monzella ▪ Bacino del Torrente Palombelli ▪ Bacino del Torrente S. Andrea ▪ Bacino del Torrente Scalone ▪ Bacino di Valle della Pulce ▪ Bacino di Valle S. Francesco ▪ Bacino tra il Fiume Lipuda ed il Fiume Neto
Bacino del Fiume Neto	▪ Bacino del Fiume Arvo ▪ Bacino del Fiume Ampollino ▪ Bacino del Fiume Lese ▪ Bacino del Fiume Vitravo ▪ Bacino del Torrente Talesi ▪ Bacino del Torrente Cipodero ▪ Bacino tra T. Cipodero e Fosso Gana ▪ Bacino di Fosso Gana ▪ Bacino tra F. Ampollino e Fosso Gana ▪ Bacino del Torrente Topanello ▪ Bacino del Torrente Campanelli ▪ Bacino tra T. Campanelli e F. Vitravo
Bacino tra Neto e Tacina	▪ Bacino tra F. Neto e T. Passovecchio ▪ Bacino del Torrente Passovecchio ▪ Bacino del Fiume Esaro ▪ Bacino tra F. Esaro e Vallone Vorga ▪ Bacino tra Vallone Vorga e F. Tacina ▪ Bacino del Vallone Vorga
Bacino del Fiume Tacina	▪ Bacino tra Fiumara S. Antonio e Foce Tacina ▪ Bacino Fiumara S. Antonio ▪ Bacino tra Fiumara S. Antonio e Fiume Soleo ▪ Bacino Fiume Soleo ▪ Bacino Fiume Tacina

L'ambito territoriale della Provincia di Crotone

La Provincia di Crotone comprende un territorio suddiviso in 27 Comuni con una popolazione di 173.140 abitanti distribuiti in 1.716,53 Kmq di superficie.

Comune	Abitanti anno 2010	Km^2	Ubicazione impianto	Corpo recettore	Bacino
Belvedere di Spinello	2.362	30,19	loc. "Chiusa del Pozzo" loc. "Chiatrette"	Fiume Neto Fiume Neto	Fiume Neto
Caccuri	1.724	57,27	loc. "Rupe" loc. "Santa Rania" loc. "Campo" loc. "Parte" loc. "Ielandaro"	Fosso naturale Fosso naturale Fosso naturale Fosso naturale Fosso naturale	Fiume Neto
Carfizzi	788	20,34	loc. "S. Antonio"	Fosso Vallotta	Fiume Lipuda
Casabona	2.911	67,00	abitato di Casabona (due impianti) Frazione Zinga	Fosso naturale Fosso naturale	Fiume Neto
Castelsilano	1.061	39,51	loc. "Canalicchio"	Fosso naturale	Fiume Neto
Cerenzia	1.256	24,28	"Acqua della Castagna"	Fosso Nardò Cornicello	Fiume Neto
Cirò	3.239	70,15	abitato di Cirò (tre impianti)	Fosso naturale	Fiume Nica' e Fiume Lipuda
Cirò Marina	14.684	41,60	Via Lungomare	Mare Jonio	Fiume Lipuda
Cotronei	5.467	78,13	Frazione Trepidò loc. "Cona". Timpa grande	Fosso Migliorito Torrente Turvule Torrente Archiviato	Fiume Tacina
Crotone	61.878	187,33	SS 106 Loc. Papanciaro Nucleo Industriale	Torrente Papaniciaro Torrente Passovecchio	Neto e Tacina
Crucoli	3.323	49,81	loc. "Trascia" Frazione Torretta	Torrente Cassia Mare Jonio	Fiume Nica' e Fiume Lipuda
Cutro	10.426	131,87	Loc. Rombolo	Torrente Dragone Fossi naturali	Neto e Tacina
Isola Capo Rizzuto	15.689	125,27	loc. "Capo Piccolo" Frazione Le Castella loc. "Mazzotta"	Torrene Vorga Porto Turistico Fosso Bonnace	tra Neto e Tacina
Melissa	3.696	50,94	loc. "Valle Umbra" Frazione Torre Melissa	Torrente Umbro Fosso Cannato	Fiume Lipuda Lipuda e Neto
Mesoraca	6.798	93,56	loc. Campizzi abitato di Mesoraca	Fosso naturale Fosso naturale	Fiume Tacina
Pallagorio	1.382	40,00	loc. "Principe"	Fosso naturale	Fiume Neto
Petilia Policastro	9.303	93,43	Frazione "Pagliarelle Frazione Foresta" loc. "San Liborio"	Fosso naturale Fosso naturale Fosso naturale	Fiume Tacina
Rocca di Neto	3.529	43,63	Loc. Topanello loc. Serrate	Fiume Neto Fiume Neto	Fiume Neto
Roccabernarda	5.651	65,52	Loc. "Filicetto"	Fiume Tacina	Fiume Tacina
S. Mauro Marchesato	2.246	42,02	Loc. Le Manche	Fosso naturale	Fiume Tacina
San Nicola dell'Alto	915	7,83			Fiume Lipuda
Santa Severina	2.234	51,88	Frazione Altilia Abitato di S. Severina	Fosso S. Angelo Fosso naturale	Fiume Neto
Savelli	1.352	48,50	Villaggio Pino Grande Loc. Bollari	Fosso naturale Fosso Pietramone	Fiume Neto
Scandale	3.300	53,00	Loc. Condoleo Loc. San Leonardo Loc. San Antonio Loc. Corazzo-Cimitero Loc. Corazzo	Fosso naturale Fosso naturale Fosso naturale Fosso naturale Fosso naturale	Neto e Tacina
Strongoli	6.661	85,29	Loc. Scannaporcello	Fosso Caiazzo	Lipuda e Neto
Umbriatico	973	72,86	Loc. Madonna delle Grazie Loc. Sede Vescovile Loc. S. Domenica Loc. San Liguori	Fosso Partusa Fosso Carananna Fosso S. Domenica Fosso San Liguori	Fiume Lipuda
Verzino	2.019	45,37	Loc. Canalicchio	Fosso C. Grande	Fiume Neto
	174.867				

Attività al 31.12.2010

Comune	Sistema di Trattamento e Ubicazione	Aut. allo scarico	Corpo recettore	Provvedimenti adottati
Belvedere Spinello	Depuratore loc. "Chiusa del Pozzo" Depuratore loc. "Chiatrette"	Non esiste Esiste	Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto	CNR - Sanzione Amm.- Com. Enti vari Sanzione Amm.- Com. Enti vari
Caccuri	Depuratore Loc. Rupe Depuratore Loc. Santa Rania Depuratore Loc. Campo Depuratore Loc. Parte Depuratore Loc. Ziifarelli	Non esiste Non esiste Non esiste Non esiste Non esiste	Fosso naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto	Sanzione Amm.-Com. Enti vari Sanzione Amm. -Com. Enti vari Sanzione Amm. -Com. Enti vari Sanzione Amm. -Com. Enti vari Sanzione Amm. -Com. Enti vari
Carfizzi	Depuratore loc. "S. Antonio"	Esiste	Fosso Vallotta e Fiume Lipuda	Sanzione Amm. - Com. Enti vari
Casabona	abitato di Casabona Frazione Zinga	Non esiste Non esiste	Fosso Naturale e Fiume Vitravo. Fosso Naturale e Fiume Vitravo	CNR -Com. Enti vari CNR -Com. Enti vari
Castelsilano	Depuratore loc. "Canalicchio"	Non esiste	Fosso Naturale e Fiume Neto	CNR- Com. Enti vari
Cerenzia	Depuratore loc. Acqua della Castagna	Non esiste	Fosso Naturale e Fiume Neto	CNR -Com. Enti vari
Cirò	Depuratore Loc. Cacovia Toscano	Non esiste	Fosso naturale "Paradiso" e Fiume Lipuda	CNR -Com. Enti vari
Cirò Marina	Depuratore Via Lungomare	Non esiste	Mare Jonio	CNR- Sanzione amm.- Com. Enti vari
Cotronei	Depuratore Frazione Trepidò Depuratore loc. "Cona"	Non esiste Esiste	Fosso Migliorito Torrente Turvule	CNR -Com. Enti vari Sanzione amm.- Com. Enti vari
Crotone	Depuratore SS 106 Loc. Papanciaro Depuratore ATERP Loc. Margherita	Esiste	Torrente Papaniciaro e mare Jonio	Sanzione Amm.- Com. Enti vari
Crucoli	Depuratore loc. "Trascia" Depuratore Frazione Torretta	Esiste Esiste	Torrente Giardino Torrente "Cassia" e mare Jonio	Sanzione Amm.- Com. Enti vari Sanzione Amm.- Com. Enti vari
Cutro	Depuratore Loc. Rombolo	Non esiste	Torrente Dragone e mare Jonio	Sanzione Amm.
Isola Capo Rizzuto	Depuratore loc. "Capo Piccolo" Depuratore Frazione Le Castella Depuratore loc. "Mazzotta"	Non esiste Non esiste Esiste	Torrente Vorga e mare Jonio (Riserva Marina) Mare Jonio (Porto) Torrente Bonnace e mare Jonio	Sanzione Amm.- Com. Enti vari CNR - Sanzione Amm.- Com. Enti vari Sanzione Amm- Com. Enti vari
Melissa	Depuratore loc. "Valle Umbra" Depuratore Frazione Torre Melissa	Esiste Esiste	Torrente Umbro e mare Jonio Fosso Naturale e mare Jonio	Sanzione Amm -Com. Enti vari Sanzione Amm -Com. Enti vari
Mesoraca	Depuratore loc. Campizzi abitato di Mesoraca	Non esiste	Fosso Naturale e Fime Tacina Fosso Naturale e Fiume Tacina	Sanzione Amm Com. Enti vari
Pallagorio	Depuratore loc. "Principe"	Non esiste	Fosso naturale e Fiume Neto	CNR - Com. Enti vari
Petilia Policastro	Depuratore loc. "San Liborio"	Esiste	Torrente Cropa e Fiume Tacina	Sanzione amm. -Com. Enti vari
Rocca di Neto	Depuratore loc. Serrate	Esiste	Fiume Neto	Sanzione amm. - Com. Enti vari
Roccabernarda	Depuratore Loc. "Filicetto"	Esiste	Fiume Tacina	Com. Enti vari
S. Mauro Marchesato	Depuratore Loc. Le Manche	Esiste	Torrente Pizzo Nuovo e Fiume Tacina	
San Nicola dell'Alto	Depuratore Loc.Canale Sottano	Non esiste	Fosso naturale e Fiume Neto	Sanzione amm.- Com. Enti vari
Santa Severina	Frazione Altilia loc. Campodenari. Abitato di S. Severina	Esiste Non esiste	Fosso S. Angelo e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto	Sanzione amm.- Com. Enti vari CNR -Com. Enti vari
Savelli	Depuratore Loc. Bollari	Esiste	Fosso Pietramone	Com. Enti vari
Scandale	Depuratore Loc. Condoleo Depuratore Loc. San Leonardo Depuratore Loc. San Antonio Depuratore Loc. Corazzo	Provvisoria Provvisoria Provvisoria Provvisoria	Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto	Sanzione amm. -Com. Enti vari Sanzione amm. -Com. Enti vari Sanzione amm. -Com. Enti vari Sanzione amm. -Com. Enti vari
Strongoli	Depuratore Loc. Scannaporcello	Esiste	Fosso Caiazzo e mare Jonio	
Umbriatico	Depuratore Loc. Madonna delle Grazie Depuratore Loc. Sede Vescovile Depuratore Loc. S. Domenica Depuratore Loc. San Liguori	Esiste Esiste Esiste Esiste	Fosso Partusa e Fiume Lipuda Fosso Carananna e Fiume Lipuda Fosso S. Domenica e Fiume Lipuda Fosso San Liguori e Fiume Lipuda	Sanzione amm. -Com. Enti vari Sanzione amm -Com. Enti vari Sanzione amm. -Com. Enti vari Sanzione amm. -Com. Enti vari
Verzino	Depuratore Loc. Canalicchio	Esiste	Fosso C. Grande e Fiume Neto	Sanzione amm. - Com. Enti vari

Riepilogo anno 2010

		Percentuale
Depuratori	**N° 46**	
Funzionanti	**N° 32**	
inattivi o inesistenti	**N°15**	
Scarichi		
autorizzati	**N°25**	
non autorizzati	**N°21**	**45%**
Campionamenti effettuati	**N°34**	
conformi ai limiti	**N° 6**	
non conformi ai limiti	**N°28**	**82%**

		Percentuale
Corpi recettori controllati	**48**	
accessibili	**8**	
non accessibili	**40**	**83,3%**
Campionamenti effettuati	**8**	
conformi ai limiti	**1**	
non conformi ai limiti	**7**	**87,5%**

Corpi recettori	**Tipologia**
fossi naturali, suolo	**35**
mare, Fiumi o Torrenti	**12**

Comunicazioni Enti	**45**
Sanzioni Amministrative	**32**
Sanzioni Penali (CNR)	**15**

Scarichi privati autorizzati	**N°12**

Attività al 31.12.2011

Comune	Sistema di Trattamento e Ubicazione	Aut. allo scarico	Corpo recettore	Provvedimenti adottati
Belvedere Spinello	Depuratore loc. "Chiusa del Pozzo" Depuratore loc. "Chiatrette"	Esiste Esiste	Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto	CNR Sanzione Amm. ,Com. Enti vari
Comune di Caccuri	Depuratore Loc. Rupe Depuratore Loc. Santa Rania Depuratore Loc. Campo Depuratore Loc. Parte Depuratore Loc. Ziifarelli	Esiste Esiste Esiste Esiste Esiste	Fosso naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto	Sanzione Amm., Com. Enti vari Sanzione Amm., Com. Enti vari Sanzione Amm.- Com. Enti vari Sanzione Amm.- Com. Enti vari
Carfizzi	Depuratore loc. "S. Antonio"	Esiste	Fosso Vallotta e Fiume Lipuda	
Casabona	abitato di Casabona Frazione Zinga	Non esiste Non esiste	Fosso Naturale e Fiume Vitravo. Fosso Naturale e Fiume Vitravo	CNR- Com. Enti vari CNR - Com. Enti vari
Castelsilano	Depuratore loc. "Canalicchio"	Esiste	Fosso Naturale e Fiume Neto	Sanzione Amm. -Com. Enti vari
Cerenzia	Depuratore loc. Acqua della Castagna	Esiste	Fosso Naturale e Fiume Neto	Sanzione Amm. -Com. Enti vari
Cirò	Depuratore Loc. Cacovia Toscano	Esiste	Fosso naturale "Paradiso" e Fiume Lipuda	
Cirò Marina	Depuratore Via Lungomare	Non esiste	Mare Jonio	Sanzione amm. - Com. Enti vari
Cotronei	Depuratore Frazione Trepidò Depuratore loc. "Cona"	Non esiste Esiste	Fosso Migliorito Torrente Turvule	Sanzione amm. - Com. Enti vari
Crotone	Depuratore SS 106 Loc. Papanciaro Depuratore ATERP Loc. Margherita	Esiste Esiste	Torrente Papaniciaro e mare Jonio	CNR,Sanzione Amm.- Com. Enti vari CNR, - Com. Enti vari
Crucoli	Depuratore loc. "Trascia" Depuratore Frazione Torretta	Esiste Esiste	Torrente Giardino Torrente "Cassia" e mare Jonio	
Cutro	Depuratore Loc. Rombolo	Esiste	Torrente Dragone e mare Jonio	Sanzione Amm.
Isola Capo Rizzuto	Depuratore loc. "Capo Piccolo" Depuratore Frazione Le Castella Depuratore loc. "Mazzotta"	Non esiste Non esiste Esiste	Torrente Vorga e mare Jonio (Riserva Marina) Mare Jonio (Porto) Torrente Bonnace e mare Jonio	Sanzione Amm.- Com. Enti vari- CNR -Sanzione Amm. - Com. Enti vari Sanzione Amm - Com. Enti vari
Melissa	Depuratore loc. "Valle Umbra" Depuratore Frazione Torre Melissa	Esiste Esiste	Torrente Umbro e mare Jonio Fosso Naturale e mare Jonio	Sanzione Amm -Com. Enti vari Sanzione Amm - Com. Enti vari
Mesoraca	Depuratore loc. Campizzi abitato di Mesoraca	Non esiste	Fosso Naturale e Fime Tacina Fosso Naturale e Fiume Tacina	Sanzione Amm - Com. Enti vari Sanzione Amm - Com. Enti vari
Pallagorio	Depuratore loc. "Principe"	Non esiste	Fosso naturale e Fiume Neto	Com. Enti vari
Petilia Policastro	Depuratore loc. "San Liborio"	Esiste	Torrente Cropa e Fiume Tacina	
Rocca di Neto	Depuratore loc. Serrate	Non esiste	Fiume Neto	CNR- Com. Enti vari
Roccabernarda	Depuratore Loc. "Filicetto"	Esiste	Fiume Tacina	Com. Enti vari- CNR
S. Mauro Marchesato	Depuratore Loc. Le Manche	Esiste	Torrente Pizzo Nuovo e Fiume Tacina	Sanzione amm.- Com. Enti vari
San Nicola dell'Alto	Depuratore Loc.Canale Sottano	Esiste	Fosso naturale e Fiume Neto	Sanzione amm. -Com. Enti vari
Santa Severina	Frazione Altilia loc. Campodenari. Abitato di S. Severina	Esiste Non esiste	Fosso S. Angelo e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto	Sanzione amm. Com. Enti vari .- CNR
Savelli	Depuratore Loc. Bollari	Esiste	Fosso Pietramone	Sanzione amm.- Com. Enti vari
Scandale	Depuratore Loc. Condoleo Depuratore Loc. San Leonardo Depuratore Loc. San Antonio Depuratore Loc. Corazzo	Provvisoria Provvisoria Provvisoria Provvisoria	Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto	Sanzione amm.- Com. Enti vari Sanzione amm. - Com. Enti vari Sanzione amm. - Com. Enti vari Sanzione amm. - Com. Enti vari
Strongoli	Depuratore Loc. Scannaporcello	Esiste	Fosso Caiazzo e mare Jonio	Sanzione amm. - Com. Enti vari
Umbriatico	Depuratore Loc. Madonna delle Grazie Depuratore Loc. Sede Vescovile Depuratore Loc. S. Domenica Depuratore Loc. San Liguori	Esiste Esiste Esiste Esiste	Fosso Partusa e Fiume Lipuda Fosso Carananna e Fiume Lipuda Fosso S. Domenica e Fiume Lipuda Fosso San Liguori e Fiume Lipuda	CNR- Com. Enti vari
Verzino	Depuratore Loc. Canalicchio	Esiste	Fosso C. Grande e Fiume Neto	Sanzione amm. - Com. Enti vari

Riepilogo anno 2011

	Differenze con l'anno 2010	Percentuale		Riduzione
Depuratori	**N° 47**			
funzionanti	**N° 35**	**+ 2**		
inattivi o inesistenti	**N°10**	**- 4**		
Scarichi				
autorizzati	**N°34**	**+ 9**		
non autorizzati	**N°12**	**- 9**	**26%**	**19,6%**
Campionamenti effettuati	**N°35**	**+ 1**		
Non conformi ai limiti	**N° 21**	**- 7**	**60%**	**22%**
conformi ai limiti	**N°15**	**+8**		

	Differenze con l'anno 2010	Percentuale		Riduzione
Corpi recettori controllati	**48**			
accessibili	**16**	**+ 8**		
non accessibili	**32**	**- 8**	**66,6%**	**16,7%**
Campionamenti effettuati	**15**	**+ 7**		
conformi ai limiti	**2**			
Non conformi ai limiti	**13**		**86%**	**1,5%**

Corpi recettori	
fossi naturali, suolo	**35**
mare, Fiumi o Torrenti	**14**

Comunicazioni Enti	**35**
Sanzioni Amministrative	**29**
Sanzioni Penali	**10**

Scarichi privati autorizzati	**N°16**

Istituzione Tavoli Tecnici N° incontri	**Protocolli d'intesa**	Accordi di Programma	**Formazione Operatori**
8 c/o Prefettura	1 con la Provincia di KR	1 con la Provincia di KR	N° 4 giornate (Regionali)

Attività al 31.12.2012

Comune	Sistema di Trattamento e Ubicazione	Aut. allo scarico	Corpo recettore	Provvedimenti adottati
Belvedere Spinello	Depuratore loc. "Chiusa del Pozzo" Depuratore loc. "Chiatrette"	Esiste Esiste	Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto	Conforme Conforme
Caccuri	Depuratore Loc. Rupe Depuratore Loc. Santa Rania Depuratore Loc. Campo Depuratore Loc. Parte Depuratore Loc. Ziifarelli	Esiste Esiste Esiste Esiste Esiste	Fosso naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto Fosso Naturale e Fiume Neto	Sanzione Amm. - Com. Enti vari Sanzione Amm. -Com. Enti vari Sanzione Amm. -Com. Enti vari Sanzione Amm - Com. Enti vari Conforme
Carfizzi	Depuratore loc. "S. Antonio"	Esiste	Fosso Vallotta e Fiume Lipuda	Conforme
Casabona	Valle Cupe di Casabona Dattilo di Casabona Frazione Zinga	Non esiste Non esiste Non esiste	Fosso Naturale e Fiume Vitravo. Fosso Naturale e Fiume Vitravo Fosso Naturale e Fiume Vitravo	CNR Com. Enti vari
Castelsilano	Depuratore loc. "Canalicchio"	Esiste	Fosso Naturale e Fiume Neto	Conforme
Cerenzia	Depuratore loc. Acqua della Castagna	Esiste	Fosso Naturale e Fiume Neto	Conforme
Cirò	Depuratore Loc. Cacovia Toscano	Esiste	Fosso naturale "Paradiso" e Fiume Lipuda	Conforme
Cirò Marina	Depuratore Via Lungomare	Non esiste	Mare Jonio	Com. Enti vari
Cotronei	Depuratore Frazione Trepidò Depuratore loc. "Cona"	Esiste Esiste	Fosso Migliorito Torrente Turvule	CNR - Com. Enti vari Conforme
Crotone	Depuratore SS 106 Loc. Papanciaro Depuratore ATERP Loc. Margherita	Esiste Esiste	Torrente Papaniciaro e mare Jonio	Diffida Provincia Diffida Provincia
Crucoli	Depuratore loc. "Trascia" Depuratore Frazione Torretta	Esiste Esiste	Torrente Giardino Torrente "Cassia" e mare Jonio	Conforme Sanzione Amm. - Com. Enti vari
Cutro	Depuratore Loc. Rombolo	Esiste	Torrente Dragone e mare Jonio	Sanzione Amm.- Com. Enti vari
Isola Capo Rizzuto	Depuratore loc. "Capo Piccolo" Depuratore Frazione Le Castella Depuratore loc. "Mazzotta"	Non esiste Non esiste Esiste	Torrente Vorga e mare Jonio Mare Jonio (Porto) Torrente Bonnace e mare Jonio	Conforme CNR -Com. Enti vari Conforme
Melissa	Depuratore loc. "Valle Umbra" Depuratore Frazione Torre Melissa	Esiste Esiste	Torrente Umbro e mare Jonio Fosso Naturale e mare Jonio	CNR -Diffida Provincia Sanzione Amm
Mesoraca	Abitato Mesoraca	Non esiste	Fosso Naturale e Fime Tacina	CNR - Com. Enti vari
Pallagorio	Depuratore loc. "Principe"	Non esiste	Fosso naturale e Fiume Neto	CNR -Diffida Prov.
Petilia Policastro	Depuratore loc."San Liborio"	Esiste	Torrente Cropa e Fiume Tacina	Conforme
Rocca di Neto	Depuratore loc. Serrate	Esiste	Fiume Neto	Diffida Prov.
Roccaberna rda	Depuratore Loc. "Filicetto"	Esiste	Fiume Tacina	Diffida Prov.
S. Mauro Marchesato	Depuratore Loc. Le Manche	Esiste	Torrente Pizzo Nuovo e Fiume Tacina	Conforme
San Nicola dell'Alto	Depuratore Loc.Canale Sottano	Esiste	Fosso naturale e Fiume Neto	Conforme
Santa Severina	Frazione Altilia loc. Campodenari. Abitato di S. Severina	Esiste Non esiste	Fosso S. Angelo e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto	Conforme CNR Diffida Prov.
Savelli	Depuratore Loc. Bollari	Esiste	Fosso Pietramone	Conforme
Scandale	Depuratore Loc. Condoleo Depuratore Loc. San Leonardo Depuratore Loc. San Antonio Depuratore Loc. Corazzo	Esiste Esiste Esiste Esiste	Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto Fosso naturale e Fiume Neto	Sanzione amm Sanzione amm. Sanzione amm. Sanzione amm.
Strongoli	Depuratore Loc. Scannaporcello	Esiste	Fosso Caiazzo e mare Jonio	
Umbriatico	Depuratore Loc. Madonna delle Grazie Depuratore Loc. Sede Vescovile Depuratore Loc. S. Domenica Depuratore Loc. San Liguori	Esiste Esiste Esiste Esiste	Fosso Partusa e Fiume Lipuda Fosso Carananna e Fiume Lipuda Fosso S. Domenica e Fiume Lipuda Fosso San Liguori e Fiume Lipuda	CNR Diffida Prov
Verzino	Depuratore Loc. Canalicchio	Esiste	Fosso C. Grande e Fiume Neto	Conforme

Istituzione Tavoli Tecnici N° incontri	Protocolli d'intesa	Accordi di Programma	Formazione Operatori
12 c/o Prefettura, Provincia di KR, Capitaneria di Porto	1 con la Provincia di KR	1 con la Provincia di KR	N° 4 giornate (Regionali)

attività 2012

Depuratori	**47**
funzionanti	**N° 37**
inattivi o inesistenti	**N°10**

Scarichi	**47**	**Percentuale**	**Riduzione**
autorizzati	**N°38**		
non autorizzati	**N°9**	**19,1%**	**26%**

Campionamenti effettuati	**N°40**	**Percentuale**	**Riduzione**
Non conformi ai limiti	**N° 16**	**40 %**	**42%**
conformi ai limiti	**N°24**		

Corpi recettori controllati	**48**
accessibili	**16**
non accessibili	**32**
Campionamenti effettuati	**35**
conformi ai limiti	**18**
Non conformi ai limiti	**17**

Comunicazioni Enti	**23**
Sanzioni Amministrative	**12**
Sanzioni Penali	**9**

Scarichi privati autorizzati	**N°12**

Totale triennio

Comunicazioni Enti (Comuni, Provincia. Regione, Prefettura. ATO ecc)	**103**
Sanzioni Amministrative (mancanza aut. Scarico, superamento limiti tabellari, inosservanza prescrizioni autor.)	**73**
Sanzioni Penali	**34**

Campionamenti effettuati agli scarichi	**109**

Campionamenti effettuati corpi recettori	**58**

Scarichi privati autorizzati	**40**

Indicatori (di processo e di risultato)

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
1. Riduzione dell'x% degli scarichi abusivi o non conformi /tot Scarichi (produttivi e non) monitorati	Censimento regionale scarichi Verbali ispezioni Verbali/prelievi/ analisi Documenti Enti Pubblici	**Abusivi 45,6%** **Non conformi 82%**	**Riduzione del 5 %**	**Riduzione 19,6% Abusivi** **22% Non conformi**	**Riduzione del 5 %**	**Riduzione 26% Abusivi** **42% Non conformi**
2.Istituzione tavoli tecnici e Accordi di programma su Sistema di Sorveglianza regionale siglati tra i diversi Enti (Regione, Asp, Arpacal, Dipartimento Politiche Ambientali, Province /tot. Province	Documento d'intesa e Accordi di programma siglati		100%	**Protocolli 1** **Programmi 1** **Tavoli Tecnici 8**	100%	**Protocolli 1** **Programmi 1** **Tavoli Tecnici 12**
3.Formazione personale di vigilanza/ tot operatori del Sistema di Sorveglianza qualità scarichi e corpi recettori	Dipartimento Tutela della Salute Politiche Sanitarie Settore Area LEA Regione Calabria/ n° Corsi , n° partecipanti	n.d.	100% totale operatori previsti	**Formazione personale 3** **Incontri 4**	100% totale operatori previsti	**Formazione personale 3** **Incontri 4**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO DI IGIENE AMBIENTALE
(Responsabile: dott.sa Rosa Bilotta)
Via Saffo n° 37 – 88900 Crotone, tel./fax 0962 924022
E-mail: igieneambientele@asp.crotone.it

Prot. n° 174/I.A.

Crotone 12.03.2013

Al Direttore Dipartimento di Prevenzione
ASP di Crotone

OGGETTO: Trasmissione relazione conclusiva Linea progettuale n. 2.7.3 "Rete Regionale di Vigilanza su Regolamento REACH e CLP"..

In riferimento alla vs. nota n. 185/DP del 12.03.2013 avente per oggetto "sintesi rendicontazione attività linee progettuali annualità 2012", in allegato si trasmette la relazione conclusiva delle attività svolte per la Linea Progettuale n. 2.7.3 "Rete Regionale di Vigilanza su Regolamento REACH e CLP".

Si comunica che tutti i risultati attesi alla data del 31.12.2012 previsti dagli indicatori di processo, stabiliti dalla delibera di Giunta Regionale n. 851 del 29.12.2010, sono stati ampiamente raggiunti.

Con nota n° 165/I.A. del 12.03.2013 è stata già trasmessa una sintesi della rendicontazione delle attività alla data del 31.12.2012.

Distinti Saluti

Il Referente del Progetto 2.7.3.
dr. Ugo Mezzotero

Pr. 1052 21-03-13
RESPONSABILE DELL...
Dr. Tedesco
IL DIRETTORE
Dr. Domenico TEDESCO

Progetto n. 2.7.3

REGIONE CALABRIA
Giunta Regionale
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie
Settore Area LEA

Dirigente
dott. Luigi Rubens Curia

ASL
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE

Dipartimento di Prevenzione
(Direttore dott. Domenico Tedesco)

SERVIZIO IGIENE AMBIENTALE
(dott.sa Rosa Bilotta)

Referente del Progetto
dr. Ugo Mezzotero

Piano Regionale di Prevenzione

Macroarea 2
Prevenzione universale
Linea di Intervento generale 2.7

Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici.

Progetto n. 2.7.3

"Rete Regionale di Vigilanza sul Regolamento REACH e CLP"

Gruppo di Lavoro Regionale

dr. Dario Macchione Referente Regione

dr.ssa Maria Antonietta Soccio ASP CZ

dr. Ugo Mezzotero ASP KR

Gruppo di lavoro ASP Crotone

dr. Ugo Mezzotero Servizio Igiene Ambientale

dr. Antonio Aloe Servizio Spisal

dr. Francesco Mancuso Servizio Igiene Pubblica

dr. Fabio Menzano Servizio Igiene Ambientale

Normativa di Riferimento

Delibera di Giunta Regionale n. 851 del 29.12.2010, avente ad oggetto approvazione "Piano Regionale di Prevenzione";

Delibera del Direttore Generale n.060 del 15.02.2012, "nomina referenti ei componenti dei gruppi di lavoro per l'attuazione dei progetti previsti nel Piano Regionale di Prevenzione".

Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012.

Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012

In ottemperanza alla Delibera di Giunta Regionale n. 851 del 29.12.2010, avente ad oggetto approvazione "Piano Regionale di Prevenzione", il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, con delibera n.060 del 15.02.2012, ha nominato i referenti ed i componenti dei gruppi di lavoro per l'attuazione dei progetti previsti nel Piano Regionale di Prevenzione.

Per quanto riguarda il Progetto n. 2.7.3 "*Rete regionale di vigilanza sul regolamento Reach e CLP*", è stato nominato il seguente gruppo di lavoro:

dr. Ugo Mezzotero	Servizio Igiene Ambientale (Referente del progetto).
dr.Antonio Aloe	Servizio Spisal.
dr.Francesco Mancuso	Servizio Igiene Pubblica.
dr.Fabio Menzano	Servizio Igiene Ambientale.

Il Progetto n. 2.7.3 "Rete regionale di vigilanza su regolamento Reach e CLP" è previsto dalla Macroarea 2: *prevenzione universale*, Linea di Intervento generale 2.7: *prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici,fisici e biologici.*

Il Progetto ha come finalità la riduzione dell'incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimici attraverso l'attivazione della rete di sorveglianza REACH e CLP, e mira a perseguire l'obiettivo di salute della collettività e dei lavoratori.

OBIETTIVO GENERALE DEL PROGETTO:

Aumentare il livello di protezione della salute umana dal rischio di esposizione a sostanze chimiche attraverso:

1. la formazione specifica di personale addetto alla vigilanza in servizio presso le AA.SS.PP., con successiva implementazione della Rete Regionale di vigilanza e controllo su Industrie e Utilizzatori, in merito alla corretta applicazione degli adempimenti previsti nei Regolamenti "REACH" e "CLP".
2. l' attivazione di Sportelli Informativi "REACH" e "CLP" presso ciascuna AA.SS.PP. rivolti sia ai cittadini, che alle imprese; ciò ai fini della più ampia divulgazione delle conoscenze e degli adempimenti connessi all'entrata in vigore delle nuove normative del settore.

Ciò consentirà una efficace azione preventiva per il raggiungimento dell'obiettivo di salute.

INDICATORI DI PROCESSO:

1. addetti al controllo ufficiale da formare quali operatori di vigilanza in ambito REACH e CLP

2. Attivazione sportello Informativo/tot. AA.SS.PP.

FONTE DI VERIFICA

1. dati atti del Dipartimento Tutela Salute

Breve descrizione dell'intervento programmato

L'esposizione della popolazione ad agenti chimici, rappresenta uno dei principali problemi di sanità pubblica attuale.

I dati statistici di morbosità e mortalità per patologie correlate ad esposizione, professionale e non, ad agenti chimici depongono per un incremento dell'incidenza di patologie ad esso correlate, in primis le patologie oncologiche.

Il 1 giugno 2007 è entrato in vigore il Regolamento REACH (Regolamento CE n.1907/2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 18 dicembre 2006).

Il sistema REACH si basa su quattro elementi fondamentali:

- **Registrazione;**
- **Valutazione;**
- **Autorizzazione;**
- **Restrizioni**.

Il nuovo regolamento comunitario sul controllo delle sostanze chimiche prevede un forte coinvolgimento dell'industria europea e pertanto anche di quella italiana, sia quella produttrice che quella utilizzatrice.

Le imprese hanno la responsabilità di raccogliere informazioni adeguate sulle sostanze di loro pertinenza e di utilizzare dette informazioni per una corretta valutazione e gestione del rischio lungo l'intera catena di approvvigionamento.

L'intero sistema è applicabile sia alle sostanze prodotte in Europa, sia alle sostanze prodotte in Paesi terzi e importate in Europa come tali o sotto forma di preparati o articoli.

Analogamente il Regolamento 1272/2008 (CLP) del 16 dicembre 2008 , introduce in Europa il nuovo sistema di classificazione etichettatura e imballaggio delle sostanze e delle miscele pericolose ed abroga le direttive 67/548 (classificazione ed etichettatura delle sostanze pericolose) e 1999/45 (classificazione ed etichettatura dei preparati).

La credibilità dell'intero sistema normativo dipende in buona parte da un efficace sistema di controllo e vigilanza, che spetta alle Regioni.

La Regione Calabria ha recepito con DGR 26/2010 e DDG n. 10118/2010 l'Accordo Stato-Regioni Rep. n.181/CSR del 29 ottobre 2009, identificando le strutture competenti a livello regionale e territoriale deputate alla vigilanza in materia; con il presente progetto si intende rendere maggiormente operative tali strutture ed organizzazione.

L'attivazione del Sistema di vigilanza e controllo REACH e CLP rappresenta, dunque, un valido strumento per la prevenzione ed il contenimento del rischio di esposizione ad agenti chimici per la popolazione generale.
L'intervento programmato ha infatti come principale beneficiario la popolazione generale, che in via indiretta, attraverso le azioni di vigilanza e controllo condotte dalle strutture individuate e previste nel Sistema di Vigilanza e Controllo REACH e CLP su imprese che producono e/o importano sostanze chimiche o che si configurano come "utilizzatori a valle", si prefigge il raggiungimento dell'obiettivo generale di salute.

Modalità di svolgimento dei controlli

L'attività di vigilanza REACH si concretizzerà attraverso un controllo documentale delle ditte, procedendo successivamente all'accesso ispettivo su quelle, per le quali sulla base dell'analisi documentale – saranno state rilevate problematiche prioritarie, aspetti di interesse in ordine allo specifico settore produttivo, oppure elementi procedurali che si reputano utili per la futura attività di controllo REACH.

Prima di presentare le attività svolte dal gruppo di lavoro a cui è stata assegnata la linea progettuale n. 2.7.3 "Rete regionale di vigilanza su regolamento Reach e CLP, è opportuno e necessario, illustrare concisamente la problematica oggetto del progetto, che sta alla base del processo di svolgimento del REACH .

PREMESSA

Il REACH è l'acronimo di Registrazione, Valutazione, Autorizzazione e Restrizione delle sostanze chimiche.

Il Regolamento REACH è entrato in vigore il 1° giugno 2007 e ha l'obiettivo di razionalizzare e migliorare il precedente quadro legislativo in materia di sostanze chimiche dell'Unione europea.

Il REACH istituisce inoltre l'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) che svolge un ruolo centrale di coordinamento e di attuazione nell'intero processo.

L'ECHA ha sede a Helsinki (Finlandia) e ha il compito di gestire i processi di registrazione, valutazione, autorizzazione e restrizione delle sostanze chimiche, al fine di garantirne la coerenza in tutta l'Unione europea.

I due obiettivi più importanti del REACH sono da un lato, il miglioramento della tutela della salute umana e dell'ambiente rispetto ai pericoli legati alle sostanze chimiche, dall'altro, il rafforzamento della competitività dell'industria chimica europea.

In base al REACH, l'onere della prova relativo alla sicurezza dell'impiego di una determinata sostanza chimica sarà trasferito dagli Stati Membri all'industria, per assicurare che i rischi per la salute e l'ambiente siano evitati o tenuti adeguatamente sotto controllo.

Alle imprese, che producono o importano una determinata sostanza per un quantitativo annuo superiore ad una tonnellata, sarà richiesta la registrazione della sostanza in oggetto all'interno di un database gestito dall'Agenzia europea per le sostanze chimiche.

REACH prenderà il posto delle 40 disposizioni normative ad oggi in vigore, creando un sistema che - a differenza dell'attuale legislazione in materia, che effettua una distinzione tra le sostanze chimiche cosiddette "esistenti" e "nuove"- sarà unico per tutte le sostanze chimiche.

A partire dal 1981, infatti, le 100.106 sostanze chimiche già presenti sul mercato furono definite "esistenti", quelle introdotte successivamente a tale data (ad oggi, oltre 4300), furono definite "nuove" sostanze.

Inoltre, mentre per quest'ultime era previsto un sistema di testing abbastanza rigoroso, lo stesso non si applicava alle sostanze "esistenti".

Di conseguenza, sussiste una generale mancanza di informazioni circa le proprietà e gli impieghi delle sostanze "esistenti" e l'attuale procedimento per la definizione dei rischi è lento e oneroso, anche in termini di risorse.

Ad esempio, a partire dal 1993, solo 140 sostanze chimiche ad alto quantitativo (superiore alle 1000 tonnellate) sono state individuate come prioritarie per la definizione dei rischi e le relazioni conclusive sono disponibili per circa 70 di esse.

Questa mancanza di informazioni ha potenzialmente messo a rischio sia la salute umana sia l'ambiente.

Per quanto riguarda le nuove sostanze, l'attuale sistema ostacola altresì la ricerca e l'innovazione.

Le nuove sostanze chimiche fabbricate in quantità minime, pari a 10 kg, sono soggette a pesanti requisiti di esame, provocando un rallentamento dell'industria chimica europea rispetto alle sue controparti giapponese e statunitense.

LE PRINCIPALI FONTI NORMATIVE RIGUARDANTI IL "SISTEMA REACH"

- ***Il Regolamento (CE) n. 1907/2006*** *del Parlamento europeo e del Consiglio, del 18 dicembre 2006 concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche rappresenta la norma fondamentale di avvio del "Sistema REACH".*

A riguardo è tuttavia necessario considerare altri atti dell'U.E. che integrano o modificano il Regolamento del 2006 sviluppando e specificando alcuni aspetti, in relazione ad alcune particolari problematiche ed esigenze di funzionamento del "Sistema":

- ***il Regolamento (CE) n. 440/2008*** *della Commissione, del 30 maggio 2008, che istituisce dei metodi di prova ai sensi del regolamento (CE) n. 1907/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH);*
- ***il Regolamento (CE) n. 1272/2008*** *del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 dicembre 2008, relativo alla classificazione, all'etichettatura e all'imballaggio delle sostanze e delle miscele (CLP) che modifica e abroga le direttive 67/548/CEE e 1999/45/CE e che reca modifica al regolamento (CE) n. 1907/2006*
- ***il Regolamento (CE) n. 453/2010*** *della Commissione del 20/05/2010 recante modifica regolamento (CE) n. 1097/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 18 dicembre 2006 concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH).*

Per quanto riguarda la normativa nazionale in materia, và distinta quella precedente all'emanazione del Reg REACH dalle disposizioni che – successive ad esso – sono state approvate per dare attuazione allo stesso.

Relativamente alle prime è necessario ricordare:

- ***il D.Lgs. 3 febbraio 1997, n. 52*** *«Attuazione della direttiva n. 92/32/CEE concernente classificazione, imballaggio ed etichettatura delle sostanze pericolose», con successive modifiche ed integrazioni;*
- ***il D.Lgs. 14 marzo 2003, n. 65****, recante «Attuazione delle direttive n. 1999/45/CE e n.2001/60/CE relative alla classificazione, all'imballaggio e l'etichettatura dei preparati pericolosi»con successive modificazioni ed integrazioni.*

In materia devono tuttavia essere considerate anche ***la Circolare Ministro Sanità 12 settembre 2000, n. 13*** *«Attività di vigilanza nel settore delle sostanze chimiche pericolose e dei relativi preparati. Cooperazione tra amministrazione centrale e autorità locali» e* ***la Circolare Ministro Salute 7 gennaio 2004*** *«Indicazioni esplicative per l'applicazione del D.Lgs. 14 marzo 2003 n. 65».*

Dopo l'entrata in vigore del Regolamento REACH, a livello nazionale sono stati emanati i seguenti atti normativi:

- ***il D.L. 15 febbraio 2007 n. 10****, convertito in legge con modificazioni, dalla L. 6 aprile 2007 n. 46 «Disposizioni volte a dare attuazione ad obblighi comunitari ed internazionali»;*
- ***il Decreto 22 novembre 2007*** *Ministro della Salute «Piano di attività e utilizzo delle risorse finanziarie di cui all'articolo 5-bis del D.L. 15 febbraio 2007 n. 10, convertito in legge, con modificazioni, dalla L. 6 aprile 2007 n. 46";*
- ***il D.Lgs. 28 luglio 2008, n. 145*** *«Attuazione della direttiva 2006/121/CE, che modifica la direttiva 67/548/CEE concernente il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative in materia di classificazione, imballaggio ed etichettatura delle sostanze pericolose, per adattarle al Regolamento (CE) n. 1907/2006 concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH) e istituisce un'Agenzia europea per le sostanze chimiche»*
- *il D.Lgs. 14.9.2009, n. 133 "Disciplina sanzionatoria per la violazione delle disposizioni del Regolamento (CE) n. 1907/2006 che stabilisce i principi ed i requisiti per la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche".*
- ***l'Accordo n. 181 della Conferenza Stato-Regioni-PP.AA. del 29/10/2009****, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28/08/1997 n. 281, concernente il sistema dei controlli ufficiali e relative linee di indirizzo per l'attuazione del Regolamento (CE) n. 1907/2006;*

Al fine di realizzare in ambito regionale Calabrese il "Sistema REACH", sono stati approvati dalla Giunta Regionale i seguenti provvedimenti:

- ***Delibera n.26 del 28.1.2010*** *-Costituzione Autorità Regionale competente in materia di Controlli e Vigilanza per gli adempimenti previsti dal Regolamento 1907/2006 " Reach" e s.m.i.*
- ***DDG n° 10118, modificato ed integrato con DDG n° 2012/2011 e DDG 15941/2011;***

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Regolamento REACH non si applica:

- *alle sostanze radioattive;*
- *alle sostanze assoggettate a controllo doganale:*
- *alle sostanze intermedie non isolate;*
- *al trasporto per ferrovia, su strada, per via navigabile interna, marittimo o aereo si sostanze pericolose;*
- *ai rifiuti.*

Gli Stati Membri possono inoltre consentire esenzioni dal REACH per alcune sostanze, se necessario nell'interesse della difesa.

Sono esentate dalla Registrazione, dalla Valutazione, dall' Autorizzazione e dalle disposizioni a carico degli Utilizzatori a Valle le sostanze utilizzate:

- *in medicinali per uso umano o veterinario;*
- *in alimenti e alimenti per animali (inclusi gli addittivi e le sostanze aromatizzanti).*

Sono esentati dalla trasmissione delle informazioni all'interno della catena di approvvigionamento i seguenti preparati allo stato finito:

- *medicinali per uso umano o veterinario;*
- *prodotti cosmetici;*
- *dispositivi medici invasivi o usati a contatto diretto con il corpo umano;*
- *alimenti e alimenti per animali (inclusi gli additivi e le sostanze aromatizzanti).*

Sono esentate dalla registrazione, dalla Valutazione e dalle disposizioni a carico degli Utilizzatori a Valle:

- *le sostanze di cui all'allegato IV (disponibilità di dati sufficiente per considerarle in grado di comportare un rischio minimo a causa delle loro proprietà intrinseche);*
- *le sostanze di cui all'allegato V (Registrazione considerata non opportuna e non necessaria):*
- *le sostanze esportate e reimportate;*
- *le sostanze recuperate (se la sostanza risultante dal processo di recupero è la stessa registrata).*

Sono esentate dalla Registrazione, per un periodo di cinque anni le sostanze prodotte o importate a fini di attività di ricerca e sviluppo orientate ai prodotti e ai processi.

Sono considerate registrate:

- *le sostanze attive e le sostanze coformulanti prodotte/importate per essere utilizzate esclusivamente in prodotti fitosanitari*
- *le sostanze attive prodotte/importate per essere utilizzate esclusivamente in prodotti biocidi.*

OBBLIGHI

Il REACH pone una maggiore responsabilità a carico dell'industria europea circa la gestione dei rischio delle sostanze chimiche e la trasmissione dell'appropriata informativa sulla sicurezza agli utilizzatori professionali e, per quanto riguarda le sostanze maggiormente pericolose, anche ai consumatori.

***I fabbricanti e gli importatori** sono tenuti a registrare le sostanze che producono o importano in quantitativi superiori alla tonnellata annua.*

Il requisito della registrazione si applica alle sostanze in sé, presenti in preparati e in articoli in base a particolari specifiche (rilascio intenzionale).

La mancata registrazione implica che una data sostanza non può essere fabbricata, importata o utilizzata entro il mercato europeo.

***Gli utilizzatori a valle** di sostanze chimiche devono applicare le misure per la gestione dei rischi legati a sostanze pericolose contenute nei fascicoli sui dati relativi alla sicurezza (Safety Data Sheets) del fornitore.*

Gli utilizzatori possono mettere a conoscenza del fabbricante l'utilizzo che fanno di una sostanza, in modo che diventi un utilizzo identificato e sia dunque coperto dalla valutazione del loro fornitore circa la sicurezza della sostanza. In alternativa, gli utilizzatori possono elaborare la propria valutazione e trasmetterne l'impiego all'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA).

*Il **primo obbligo in base al REACH**, a carico dei produttori e degli importatori, è la pre- registrazione – effettuabile tra il 1 giugno 2008 e il 1 dicembre 2008 - delle sostanze chimiche presenti da tempo sul mercato.*
I soggetti che avranno effettuato tale pre-registrazione, potranno beneficiare delle successive scadenze relative alla registrazione: il 30 novembre 2010, il 31 maggio 2013 e il 31 maggio 2018, in base alla fascia quantitativa o al livello di preoccupazione legato ad una sostanza.

***Gli obblighi di registrazione si applicano ai fabbricanti e agli importatori di sostanze chimiche** che necessitano di informazioni maggiormente esaustive circa le proprietà della sostanza che producono o importano in quantitativi superiori alla tonnellata annua.*

Tali informazioni e le prove a dimostrazione dell'utilizzo in regime di sicurezza della sostanza in oggetto devono essere trasmesse, all'interno di un fascicolo di registrazione, all'Agenzia europea per le sostanze chimiche.

***Agli utilizzatori di sostanze chimiche si consiglia di comunicare attivamente con i propri fornitori**, per assicurarsi che l'impiego che fanno della suddetta sostanza sia coperto dal fascicolo di registrazione compilato dai fornitori.*

ELEMENTI ESSENZIALI DEL REACH

Il sistema REACH stabilisce un quadro normativo unico per la ***Registrazione, la Valutazione e l'Autorizzazione*** *delle circa 30 mila sostanze chimiche "esistenti" (quelle immesse sul mercato prima del settembre 1981) e "nuove" (quelle immesse sul mercato dopo il settembre 1981).*

Tale sistema sopprime pertanto l'attuale distinzione fra sostanze chimiche "esistenti" e "nuove", prevedendo una differenziazione solo tra sostanze ***"phase-in"*** *(quelle elencate nell'inventario EINECS; o prodotte in Unione Europea, ma non immesse sul mercato negli ultimi 15 anni; o i cosidetti "no longer polymers")* ***e non "phase-in"*** *(quelle non prodotte/importate o non immesse sul mercato prima dell'entrata in vigore del REACH).*

Il REACH impegna le Imprese che producono/importano e utilizzano sostanze chimiche a valutarne le proprietà intrinseche e a prendere le misure necessarie per gestire i rischi ad esse connessi.

L'onere della prova relativo alla valutazione del rischio delle sostanze chimiche viene pertanto trasferito dalle Autorità Pubbliche all' Industria.

REGISTRAZIONE

Ogni Produttore/Importatore di una sostanza (in quanto tale o in quanto componente di un preparato o di un articolo), in quantità pari o superiori ad 1 tonnellata all'anno, presenta all'agenzia Europea delle Sostanze Chimiche ("L'Agenzia") una Registrazione di tale sostanza corredata dalla seguente documentazione:

a)un Fascicolo Tecnico contenente:

- *l'identità del Produttore/Importatore:*
- *l'identità della sostanza;*
- *le informazioni sulla produzione e sugli usi identificati della sostanza;*
- *la classificazione e l'etichettatura della sostanza;*
- *le istruzioni sulla sicurezza d'uso della sostanza;*
- *le informazioni risultanti dagli studi sulle proprietà intrinseche della sostanza.*

b)una Relazione sulla Sicurezza Chimica*, compilata sulla base di una Valutazione della Sicurezza Chimica, per tutte le sostanze soggette a Registrazione in quantitativi pari o superiori a 10 tonnellate all'anno.*

c) -La Valutazione della Sicurezza Chimica *di una sostanza comprende le seguenti fasi:*

- *la valutazione dei pericoli per la salute umana;*
- *la valutazione dei pericoli chimico-fisici;*
- *la valutazione dei pericoli per l'ambiente;*
- *la valutazione PBT (persistente, bioaccumulabile e tossico) e vPvB (molto persistente e molto bioaccumulabile).*

Se la sostanza risponde ai criteri di classificazione come pericolosa a norma della Direttiva 67/548/CEE o deve essere considerata PBT o vPvB, la valutazione della Sicurezza Chimica comporta le ulteriori seguenti fasi:

- *la valutazione dell'esposizione, inclusa la creazione di scenari di esposizione e la stima dell'esposizione.*
- *la caratterizzazione dei rischi.*

Pre-registrazione

Per usufruire dei termini transitori per la Registrazione, ogni Produttore/Importatore di una sostanza "phase-in" in quantità pari o superiori a 1 tonnellata all'anno (incluse le sostanze intermedie) trasmette, le seguenti informazioni all'Agenzia:

- *il nome della sostanza, compresi il numero EINECS e il numero CAS o, se non sono disponibili, altri codici di identificazione;*
- *il proprio nome e indirizzo*
- *il termine previsto per la Registrazione e la fascia di tonnellaggio.*

VALUTAZIONE

Le Autorità Competenti degli Stati Membri, sotto il coordinamento dell'Agenzia, valutano le informazioni fornite dall' Industria sulle proprie sostanze.

Sono previsti 2 tipi di Valutazione:

- *del Fascicolo Tecnico: sono esaminate le proposte di test, prima che questi vengano effettuati e, successivamente, è valutata la conformità delle informazioni contenute nel Fascicolo Tecnico rispetto alle richieste del REACH.*
- *della Sostanza, la cui valutazione è assegnata dall'Agenzia alle Autorità Competenti dei singoli Stati Membri.*

Entrambi i tipi di Valutazione possono concludersi con una richiesta di informazioni supplementari, qualora dovesse sorgere un sospetto di rischi per la salute e/o per l'ambiente.

AUTORIZZAZIONE E RESTRIZIONE

Scopo dell'Autorizzazione è assicurare che i rischi che presentano le sostanze estremamente problematiche siano adeguatamente controllati e che queste sostanze siano progressivamente sostituite da idonee sostanze o tecnologie alternative, ove queste siano economicamente e tecnicamente valide.

Ogni Produttore/Importatore o Utilizzatore a Valle di una sostanza presenta all'Agenzia una domanda di Autorizzazione per la produzione, l' immissione sul mercato e l'uso delle seguenti sostanze:

- *CMR (cancerogene, mutagene o tossiche per la produzione) di categoria 1 e 2;*
- *PBT (persistenti, bioaccumulabili e tossiche) e vPvB (molto persistenti e molto bioaccumulabili);*
- *aventi proprietà che perturbano il sistema endocrino o per le quali è scientificamente comprovata la probabilità di effetti gravi per la salute umana o per l'ambiente (identificate in base ad una valutazione caso per caso) che danno adito ad un livello di preoccupazione equivalente a quella suscitata dalle altre sostanze soggette a tale procedura.*

L'Autorizzazione è rilasciata se il rischio per la salute umana o per l' ambiente che l'uso di una sostanza comporta è adeguatamente controllato.

Proposte di Restrizione possono riguardare le condizioni di produzione, immissione sul mercato e uso di una sostanza o anche, se necessario, il divieto di tali attività.

Le restrizioni attualmente esistenti, secondo la Direttiva 76/769/CEE, sono riprese in una nuova forma che rappresenta il punto di partenza della nuova procedura all'interno del REACH.

Anche la Restrizione prescinde dal limite quantitativo di 1 tonnellata all' anno.

LA VIGILANZA ED IL CONTROLLO

La vigilanza ed il controllo in materia di sostanze chimiche pericolose è ***competenza primaria*** *delle* ***Regioni*** *e delle* ***Province autonome****.*
Le Regioni e le Province autonome esercitano le funzioni di controllo sulla produzione, detenzione, commercio ed impiego delle sostanze pericolose mediante sub-delega ai Comuni (in particolare al SINDACO quale Autorità Sanitaria Locale Competente) per mezzo delle Unità Sanitarie Locali (ora ***AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI****) e in particolare per mezzo dei* ***DIPARTIMENTI DI SANITA' PUBBLICA.***
Il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria con n° 15941 del 15.12.2011, ha individuato e nominato i soggetti componenti l'Autorità Regionale Competente per i controlli sui Regolamenti "REACH e CLP"rete di vigilanza in ambito regionale e ha individuato gli utilizzatori e le postazioni di accesso al portale RIPE delle varie Aziende Sanitarie.

Considerazioni finali

La Direttiva viene considerata da parte della Comunità Scientifica un passo importante per aumentare la tutela sia dei lavoratori sia dei consumatori.
Alcune associazioni ambientaliste lamentano la carenza di misure adeguate nei confronti dei composti pericolosi soggetti ad autorizzazione.
Per questi infatti non vi è l'obbligo di sostituzione ma è sufficiente che si dimostri l'applicazione di misure adeguate per la gestione del rischio.
Anche i numerosi test da effettuare sugli animali sono oggetto di discussione.
La Comunità europea "in primis" incoraggia l'uso di test alternativi.
E' noto, tuttavia, che per lo studio di effetti avversi a lungo termine non sono disponibili test alternativi altrettanto efficaci.
Infine l'industria chimica ritiene il sistema REACH un farraginoso ostacolo burocratico in grado di diminuire la competitività con altri paesi come Giappone o Usa non soggetti a tali obblighi.

Di seguito si rendiconta in merito alle attività svolte e previste dagli obiettivi di salute della Linea Progettuale **2.7.3** " Rete Regionale di Vigilanza su Regolamento REACH e CLP".

Obiettivo generale del progetto: Ridurre l'esposizione della popolazione generale ad agenti chimici mediante implementazione della Rete Regionale di Vigilanza REACH e CLP.

Indicatori di processo:

- *formazione specifica di personale dell'ASP (Servizi Igiene e Sanità Pubblica e SPISAL) per la vigilanza e il controllo in ambito REACH e CLP.*

- *attivazione di uno sportello informativo rivolto ai diversi gruppi di interesse (cittadini e imprese coinvolte negli adempimenti del Regolamento (CE) 1907/2006 del 18.12.2006 "REACH" e Regolamento (CE) 1272/2008 del 18.12.2006 "CLP".*

AZIONI:

Per il raggiungimento degli obiettivi di processo previsti nel progetto, sono stati formati per la specifica figura di "Ispettore REACH e CLP" n° 6 dipendenti operanti nei servizi Igiene e Sanità Pubblica e SPISAL dell'ASP di Crotone ed è stato attivato lo Sportello Informativo "REACH & CLP" sul sito web dell'Azienda Sanitaria.

Risultato atteso n°1:

Formazione di n° 6 dipendenti operanti nei Servizi Igiene Ambientale, Igiene Pubblica e SPISAL del Dipartimento di Prevenzione.

1) Dr. Ugo Mezzotero ha partecipato ai quattro moduli del corso di formazione Interregionale per "La costruzione di una rete nazionale di vigilanza e di ispezione per il controllo dell'applicazione del REACH in Italia ", rivolto al personale delle Regioni del Sud è destinato alle attività di controllo in materia, svoltosi a Bari nei seguenti periodi: anno 2009 (I° modulo 08-09 ottobre, II° modulo 23-24 novembre) anno 2010 (III° modulo 30 giugno - 01 luglio, IV° modulo 15-16-17 settembre).
2) Dr. Antonio Aloe, Dr. Francesco Mancuso e Dr. Fabio Menzano, hanno partecipato a due Corsi di Formazione organizzati dal Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria (I° modulo base 4-8 luglio 2011 e II° modulo avanzato 26 - 28 settembre 2011 - sede ASP di Vibo Valentia).
3) Dott.sa Rosa Bilotta e Dr.Giuseppe Mammolenti hanno partecipato a due Corsi di Formazione tenutosi c/o la scuola Focus c/o Unical – Arcavacata di Rende (CS) dal 28.05.2012 al 01.06.2012 e dal 24.10.2012 al 26.10.2012.

Risultato atteso n° 2:

Per offrire alla popolazione, ai consumatori, alle imprese e agli altri soggetti coinvolti negli adempimenti del Regolamento REACH e Regolamento CLP, informazioni su questa tematica è stata attivata una pagina web nel sito aziendale dell'ASP di Crotone, dove si può accedere al materiale informativo/divulgativo.

Parallelamente si è proceduto a organizzare e garantire un buon livello di attività di vigilanza tramite il Coordinamento regionale interdirezionale REACH-CLP a cui partecipa la Regione Calabria in qualità di Autorità Competenti per i controlli; l'omogeneità delle attività di vigilanza sarà garantita tramite:

- la definizione e condivisione di strumenti di lavoro, quali le check-list, utilizzate nei controlli che saranno eseguiti secondo modalità definite in ambito europeo e nazionale;
- la realizzazione di piani annuali di campionamento delle sostanze e delle miscele chimiche.

Iter preliminare allo svolgimento dei controlli

Nell'attuale fase transitoria non sono ancora totalmente operativi i Gruppi Aziendali REACH che rappresentano, con L'Autorità regionale competente, l'assetto istituzionale del sistema regionale REACH.

Pertanto le operazioni necessarie allo svolgimento dell'attività di controllo saranno assicurate a livello regionale attraverso:

1. l'individuazione preliminare – mediante un sistema selettivo delle imprese che sul territorio regionale rispondono ai requisiti fissati dall'ECHA per l'effettuazione della vigilanza;
2. la trasmissione a tali aziende del questionario nformativo predisposto dal Ministero della Salute (Autorità Competente Nazionale);
3. l'analisi dei questionari compilati per individuare le ditte che rientrano nei parametri stabiliti dall'ECHA;

Criteri per l'individuazione delle Aziende da sottoporre a vigilanza

Gli elementi di programmazione dei controlli sul REACH sono stati individuati dall'ECHA, e quindi ripresi dal Piano Nazionale Controlli, come evidenziato nei seguenti punti:

1. target group

- aziende che producono pitture, lacche e vernici intese per usi generali;
- aziende che formulano surfattanti, detergenti e prodotti per pulizia;
- aziende che mescolano o formulano specifici prodotti chimici per i settori trasporti e costruzioni.

2. criteri per la selezione delle imprese

- volume di sostanze usate con priorità alle aziende che immettono sul mercato grandi quantitativi di sostanze (>1000 tonn.)
- proprietà delle sostanze usate; sostanze CMR in categoria 1 o 2 e sostanze pericolose per l'ambiente;
- storia aziendale in materia di rispetto delle regole.

3. le sorgenti di informazioni per i criteri di priorità

- registri dei produttori di categorie di formulati;
- permessi rilasciati per specifiche attività (IPPC, Severo, ecc.)
- monitoraggi nazionali di inquinanti;
- informazioni da associazioni di categoria;
- storico delle ispezioni.

In relazione al punto 3., le principali fonti da cui ottenere i dati d'interesse delle Aziende da selezionare sono:

1) l'elenco delle ditte che hanno segnalato di essere soggette alla normativa "Seveso" (rischio incidente rilevante);
2) l'elenco delle ditte che hanno presentato richiesta di AIA(e/o IPPC);
3) la banca dati di Epiwork dei flussi informativi INAIL-Ispsel-Regioni sugli infortuni sul lavoro;
4) altri archivi indicati nel Piano Nazionale Controlli, ove disponibili.

L'attuazione dei controlli

I controlli da avviare nella fase transitoria nel periodo saranno condotti da un apposito nucleo specializzato di operatori, in attesa del completamento dell'attività formativa che consentirà la costituzione di un team di ispettori specializzati per lo svolgimento a regime dell'attività di vigilanza REACH.

Con D.D.G. n. 15941 del 21.12.2011 sono stati nominati i soggetti componenti l'Autorità Regionale Competente per i Controlli sul Regolamento Reach e CLP.

Si tratta di personale appartenente a varie professionalità (Dirigenza Medica, Chimica, Tecnici della Prevenzione) dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione, che ha partecipato alle attività di formazione agli incontri nazionali ed interregionali ed ha pertanto conseguito una specifica preparazione per poter svolgere l'attività di vigilanza REACH.

Tale nucleo di esperti sarà quindi in grado di svolgere, nel rispetto delle modalità e degli obiettivi di cui al Piano Nazionale dei controlli sulla applicazione del Regolamento REACH, l'attività evidenziata con il presente documento.

ALTRE ATTIVITA' SVOLTE:

1) In attuazione ai Decreti del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria, n° 10118 del 08.07.2010 e n° 15941 del 21.12.2011, che hanno individuato e nominato i soggetti componenti l'Autorità Regionale Competente per i controlli sui Regolamenti "REACH e CLP" e ha indicato gli utilizzatori e le postazioni di accesso al portale RIPE delle varie Aziende Sanitarie, è stata predisposta la postazione di accesso al portale "Ripe dell'ECHA" presso il Servizio di Igiene Ambientale del Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Crotone sito in Via M. Nicoletta (Centro Direzionale il Granaio) tel./fax 0962 924545. Ripe User: dr. Ugo Mezzotero;
2) E' stato istituito l'indirizzo di posta elettronica dedicato: **reach@asp.crotone.it;**
3) I^ Riunione Tavolo Tecnico Multidisciplinare REACH presso il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria – Catanzaro;
4) Predisposizione "Linee Guida per le attività di controllo e Vigilanza Reach";
5) Riunioni Gruppo Regionale di Vigilanza presso il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria – Catanzaro per concordare metodiche e modulistica per l'attività di vigilanza sul territorio;
6) Workshop per Ispettori Reach c/o Istituto Superiore di Sanità Roma;
7) Riunioni Gruppo di Lavoro Aziendale per la programmazione delle attività del progetto;

punti di forza delle attività svolte

Notevole interesse e motivazione degli operatori alla tematica, che ha comportato azioni di formazione/informazione autonome.

eventuali criticità e ipotesi di miglioramento

Difficoltà a condurre azioni autonome senza il supporto della Regione stante la notevole complessità tecnica e giuridica della materia.

Sono stati programmati interventi informativi/divulgativi, anche sotto forma di workshop, rivolti ai diversi gruppi di interesse del progetto, è stato previsto l'acquisto di attrezzature, arredi, materiale informatico e quanto si rende necessario sia per organizzare la postazione di accesso al portale RIPE e al rafforzamento della rete di vigilanza, per la cui realizzazione sono state richieste risorse specifiche illustrate nelle schede finanziarie già trasmesse con nota n° 0156/I.A. del 28.02.2012.

ASL
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO DI IGIENE AMBIENTALE
Via M. Nicoletta (Centro Direzionale il Granaio) tel./fax 0962 924545

Indicatori (di processo e di risultato)

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
addetti al controllo ufficiale da formare quali operatori di vigilanza in ambito REACH e CLP	dati atti del Dipartimento Tutela Salute		22	22	44	44
Attivazione sportello Informativo tot. AA.SS.PP.	dati atti del Dipartimento Tutela Salute		5	5	11	11

Il valore dell'indicatore al 31/12/2012 è da considerarsi cumulativo con quello al 31/12/2011

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Grecia
DIPARTIMENTO AREA DI PREVENZIONE
SERVIZIO SIAN
(Resp. dott.ssa M. Onorina MARASCO)

Prot. n° A.S.P. SIAN
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
PR. 104P DEL 20-03-13
RESPONSABILE DELL'ISTRUTTORIA
Dr. Teokeo
Dr. Domenico TEDESCO

Crotone \ \

AL Direttore del Dipartimento
di Prevenzione
Dr. D. Tedesco
SEDE

Oggetto: **Vs nota del 11.03. 2013 prot. 181/Dp e nota del 12.03.2013 prot. 185/Dp . Invio rendicontazione attività linea progettuale 2.8.1 *"Linee guida e formazione per il controllo interno della qualità delle acque destinate al consumo umano"* annualità 20012, D.G.R. n° 851 del 29 dicembre 2010, Delibera del Direttore Generale n° 60 del 15.02.2012 e Delibera del Direttore Generale n°236 del 05.06.2012.**

La sottoscritta D.ssa M.O. MARASCO in qualità di referente della linea progettuale 2.8.1 del P.R.P. citato in oggetto, con la presente comunica di aver raggiunti quasi tutti gli obbiettivi prefissati dalla linea progettuale 2.8.1 ed invia la relazione dell'attività effettuata nell'anno 2012.

La Responsabile del SIAN
La Referente del Progetto
P.R.P. 2012-2012
Linea Progettuale 2.8.1

M.O. Marasco

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Grecia
DIPARTIMENTO AREA DI PREVENZIONE
SERVIZIO SIAN
(Resp. dott.ssa M. Onorina MARASCO)

PIANO REGIONALE PREVENZIONE 2010-2012

Documento di rendicontazione e valutazione dell'attività svolta
Macroarea: Prevenzione Universale
Linea di intervento generale 2.8
Linea progettuale 2.8.1

Sono state presentate le linee guide per il controllo interno della qualità dell'acqua destinata al consumo umano.
Inoltre è stata effettuata una mappatura delle rete di distribuzione delle acque potabili rilevando quanto segue:

Gli acquedotti del Lese, Neto, Sila Badiale, Pozzi Lipuda, Pulitrea Brigante e Tacina, al servizio della Provincia di Crotone sono gestiti dalla Società SoRiCal.
Mentre alcuni acquedotti ubicati nei comuni di Isola Capo Rizzuto, Cutro, Crotone e Casabona sono gestiti dall'ARSSA.
Per la distribuzione dell'acqua all'utenza finale viene effettuata in alcuni paesi dagli uffici comunali preposti, mentre in altri è stato affidato il servizio alla società SOAKRO, tra cui la città capoluogo Crotone.

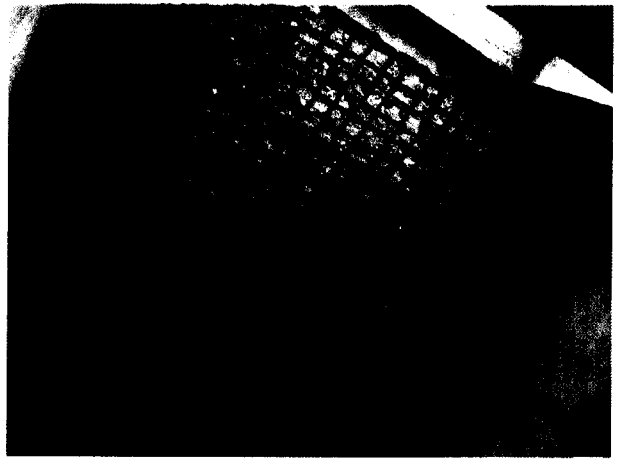
Tale società ha inoltre il compito di controllare l'adduzione la potabilizzazione e la distribuzione dell'acqua, di cui trasmette periodicamente la rendicontazione al SIAN quale organo di controllo.

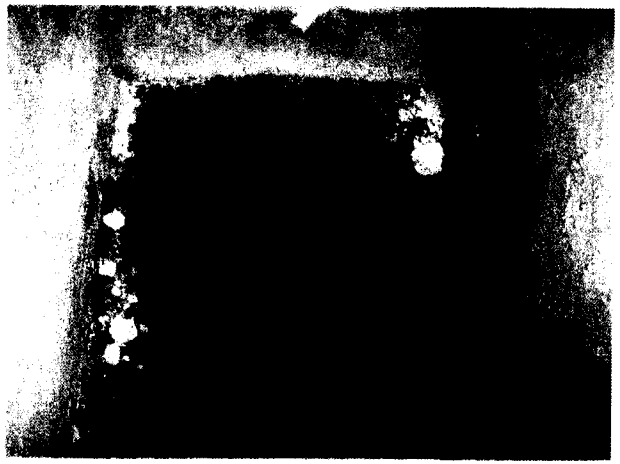
Inoltre nel territorio del comune di Crotone sono stati effettuati dei sopralluoghi ai vari serbatoi di accumulo e distribuzione dell'acqua gestiti dall'ARSSA, con relativi servizi fotografici, in quanto la stessa non comunica al SIAN le attività di controllo effettuate sull'acqua potabile.

Dai sopralluoghi effettuati si deduce che i locali visionati e le relative apparecchiature e tubazioni si presentano in condizione igieniche fatiscenti, pertanto a tutela della salute pubblica stiamo cercando di organizzare degli incontri con i gestori degli impianti di captazione e distribuzione delle acque affinché vengono eliminate le carenze igieniche riscontrate.
Pertanto la sottoscritta resta a Vostra completa disposizione per eventuali delucidazioni in merito.

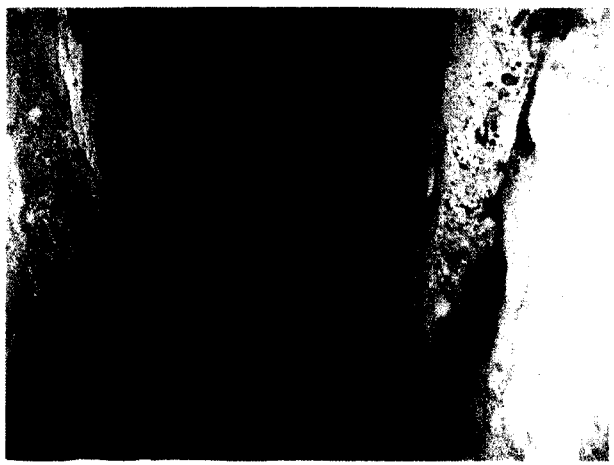
La Responsabile del SIAN
La Referente del Progetto
P.R.P. 2012-2012
Linea Progettuale 2.8.1

Serbatoio S. GIORGIO (ARSSA) Pag. 1

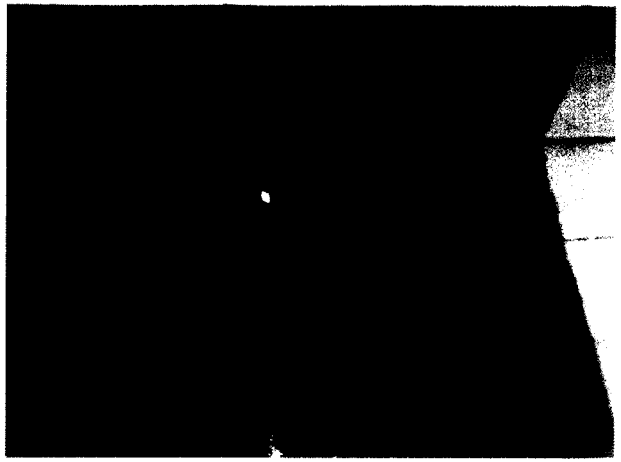


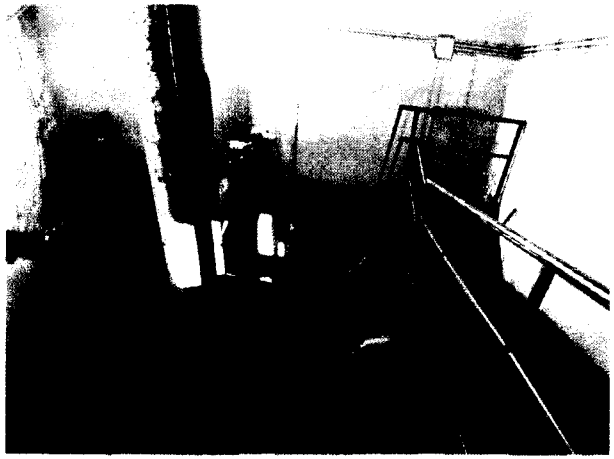


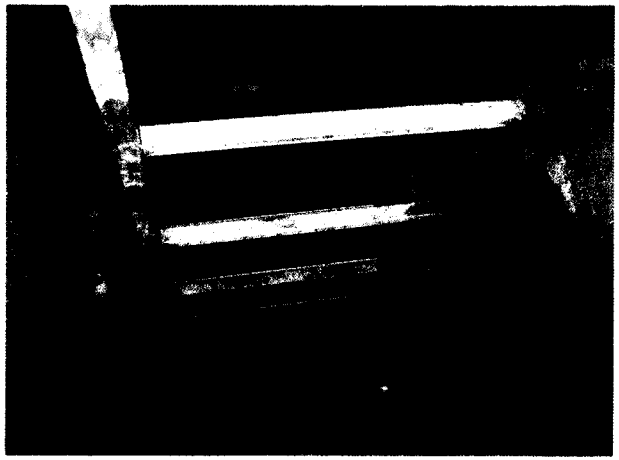
Serbato S. GIORGIO (ARSSA). Pag. 2.

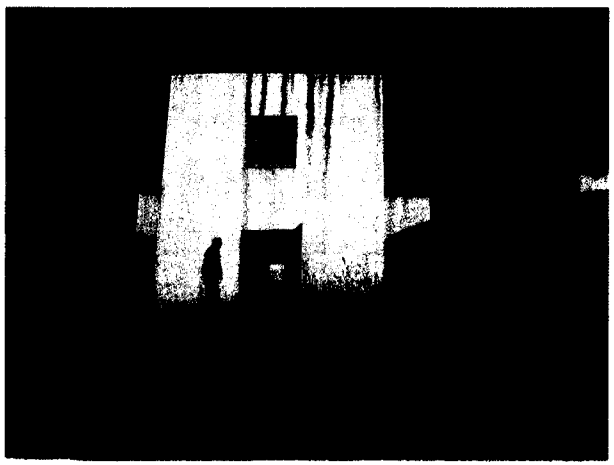


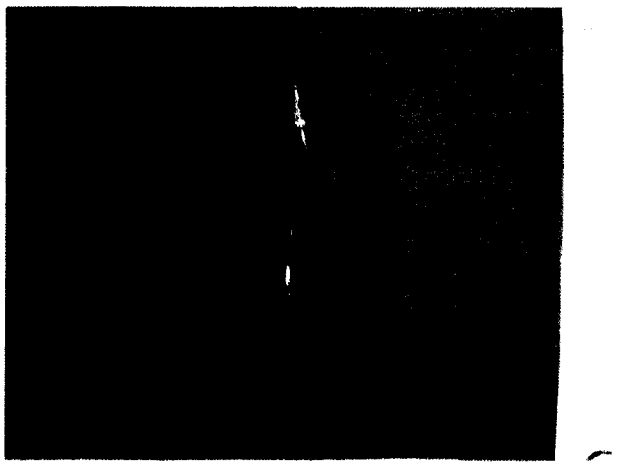
Serbatoio
Martorano.

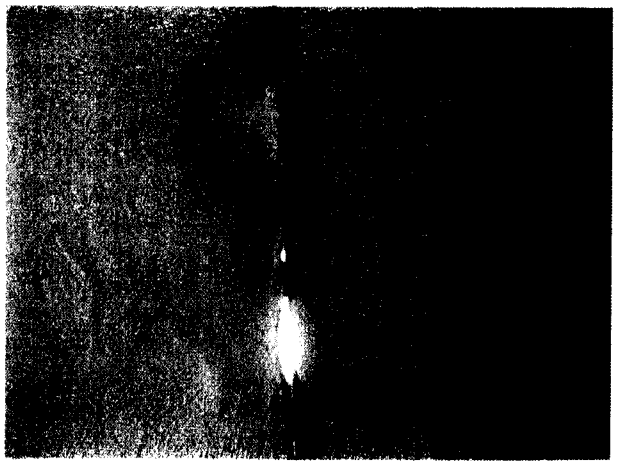




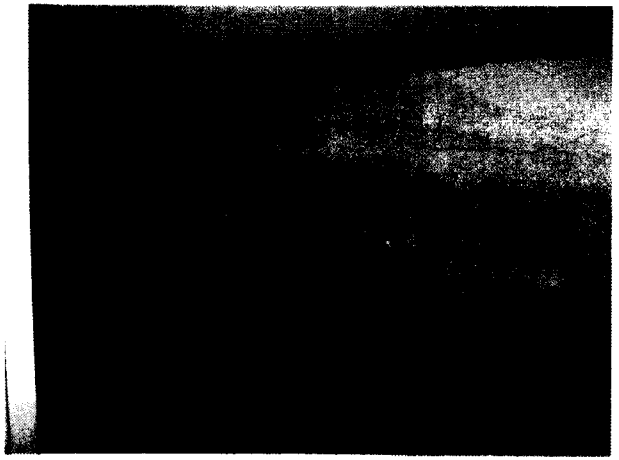


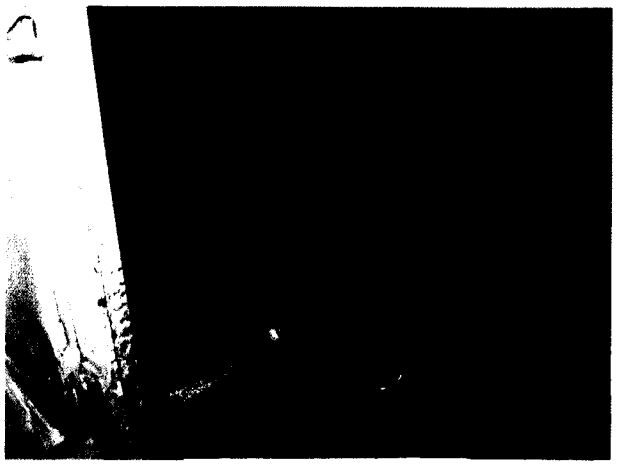




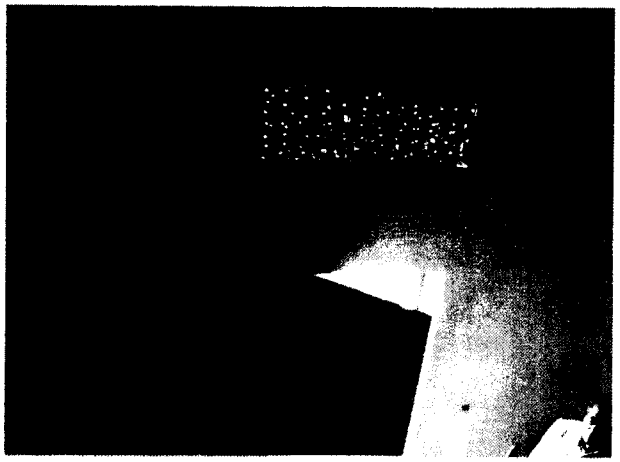


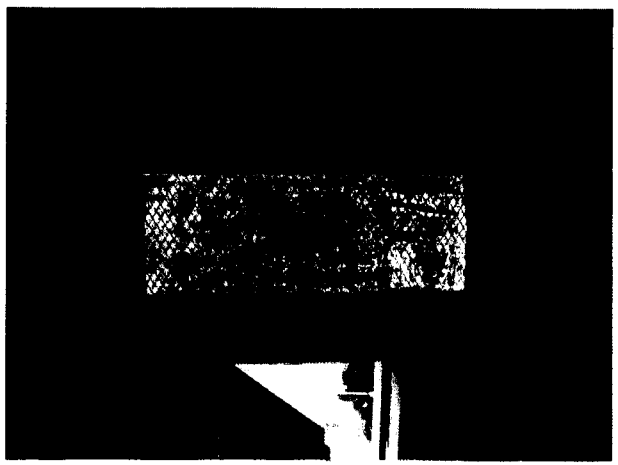
Serbatoio
Margherita - Gabella.



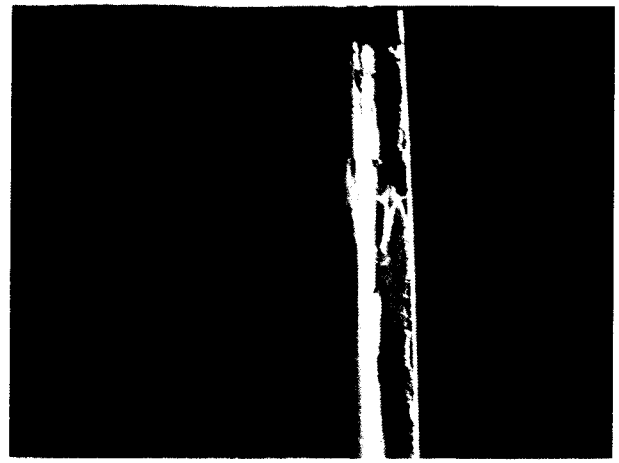


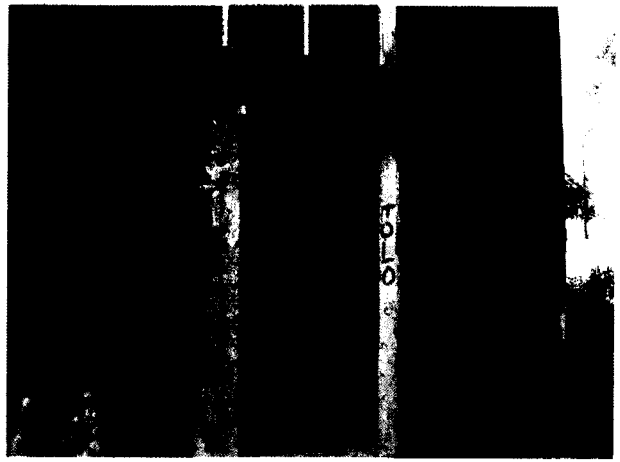
- Serbatoio
- Cantorato.

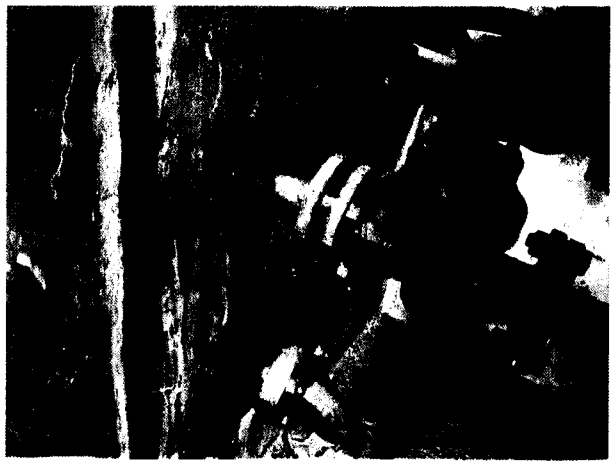




Serbatoi Iannello







ARSSA

Agenzia Regionale Sviluppo e Servizi in Agricoltura

Viale Trieste n. 93
Telefono 0984/6831
Fax 0984/683296
Part. I.V.A. 00121900781
Sede Regionale - 87100 **C O S E N Z A**
(Gestione Liquidatoria ex art. 5 L.R. 11 maggio 2007, n. 9.)
SETTORE RISORSE PATRIMONIALI
Gestione Acquedotti Rurali

14 MAG. 2012

Spett/le ASL
Azienda Sanitaria
Provinciale di Crotone

Att. Dott.ssa M. Onorina MARASCO

Prot. n° 975 SRP/DP

Oggetto: invio documentazione–

In riferimento alla richiesta prot. 135/SIAN del 11 maggio 2012 ed in seguito agli intervenuti accordi telefonici si invia, allegato alla presente, l'elenco dei comuni in cui ricadono gli acquedotti gestiti da questa Agenzia.

Per quanto concerne le planimetrie dove sono ubicati i partitori e le vasche e le planimetrie delle tubazioni di distribuzione, non è possibile soddisfare tale richiesta in quanto, essendo le opere gestite risalenti ai primi anni cinquanta ed essendo stato spostato l'archivio dell'ARSSA presso altre strutture, attualmente dismesse, non si riesce a poter avviare una ricerca di tali documenti che, probabilmente neanche esistono.

Nel rimanere a disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento, si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Cosenza, lì 14.05.2012

Il Responsabile
Gestione Acquedotti
(p.i. Dante Porto)

ACQUEDOTTI DELLA PROVINCIA DI CROTONE GESTITI DALL'ARSSA

ACQUEDOTTO	COMUNE
ANASTASI	ISOLA CAPO RIZZUTO
FORGIANO MARINELLA	"
CAMPOLONGO	"
SOVERETO	"
BONNACI	"
SANTA DOMENICA	"
CAPORIZZUTO	"
CAPOBIANCO	"
OVILE SPINOSO	"
S. ANDREA	"
S. ANNA	"
SAN FANTINO	"
TORRE BRASOLO	"
TORRE VEDETTA	"
SALETTA	"
STECCATO TORRE BRASOLO	"
CARBONARA	ISOLA CAPO RIZZUTO – CUTRO
ARANGO	ISOLA C. R. – CROTONE – CUTRO
BUCCHI	CROTONE
SAN GIORGIO	"
CANNONIERE	"
CANTORATO	"
CARPENTIERI	"
CORAZZO	"
FALLAO	"
GABELLA GRANDE	"
IANNELLO	"
MARGHERITA	"
POGGIO PUDANO	"
ROSITELLO	"
ROSITO CARIGLIETTO	CUTRO
SIMMA	"
	CASABONA

A.R.S.S.A.
GESTIONE ACQUEDOTTI
IL RESPONSABILE
(P.I. Dante Porto)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Grecia
DIPARTIMENTO AREA DI PREVENZIONE
(Dir. dott. Domenico Tedesco)

Linee Guida e Formazione per il Controllo Interno della qualità delle acque destinate al consumo umano

In esatto adempimento al Piano Regionale di Prevenzione (PRP), approvato con Delibera di G.R. n°851 del 29/12/201 e, nello specifico, al progetto di cui alla Prevenzione Universale linea 2.8 Progetto 2.8.1, costituito il gruppo di lavoro/tavolo tecnico , viene elaborato e condiviso il documento relativo alle Linee guida per il controllo interno delle acque destinate a consumo umano.

Componenti gruppo di lavoro:

1. ***Dott. Domenico Tedesco - Direttore Dipartimento di Prevenzione ASP Crotone;***
   Firmato
2. ***D.ssa Maria Onorina Marasco - Dirigente Medico Responsabile SIAN ASP Crotone;***
   Firmato
3. ***Dott. Pasquale Pantisano –Dirigente Medico Responsabile U.O. Igiene Pubblica ASP Crotone;***
   Firmato
4. ***T.d.P. Dott.Mancuso Francesco –U.O. Igiene Pubblica ASP di Crotone;***
   Firmato
5. ***T.d.P. Dott.Menzano Dionigi – U.O. Igiene Pubblica ASP di Crotone;***
   Firmato
6. ***T.d.P. Dott. Stirparo Antonio – U.O. Igiene Pubblica ASP di Crotone;***
   Firmato

INDICE

1. Finalità

2. Definizioni e Riferimenti normativi

2.1 definizioni

2.2 riferimenti normativi

3. Principi

4. Giudizio di idoneità

5. Controlli interni

5.1 formazione e aggiornamento del personale

5.2 applicazione dell'autocontrollo

6. Prelievo dei campioni d'acqua ed esecuzione delle analisi di laboratorio

6.1 modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei campioni

6.2 analisi di laboratorio

7. Controlli interni di "routine"

7.1 periodo di controllo

7.2 parametri da analizzare

8. Controlli interni di "verifica"

9. Gestione dei risultati analitici non conformi

9.1 Controllo del trattamento effettuato

10. Allegati

11. n° 1 parametri microbiologici e chimici

12. n° 2 parametri indicatori

13. n° 3 verbale di validazione dei punti di prelievo degli acquedotti

14. n° 4 verbale di valutazione del piano di autocontrollo

15. n° 5 frequenza minima annua delle analisi per i controlli interni

16. n° 6 modalità calcolo frequenza dei prelievi

1. FINALITÀ

Con la presente linea guida sono definite modalità e frequenze dei controlli interni obbligatori, secondo il Decreto Legislativo 31 del 2 febbraio 2001 e successive integrazioni, che vanno eseguiti da parte dei gestori degli acquedotti pubblici.
Il programma dei controlli di qualità interni dell'acqua destinata al consumo umano, ai sensi del citato Dlgs 31/2001, può essere concordato con il SIAN territorialmente competente.
Il Gestore, pertanto, è deputato ad assicurare:

- i controlli interni di routine, presso le fonti di approvvigionamento idropotabile e nella rete di distribuzione;
- i controlli interni di verifica, in intervalli di tempo codificati.

2. DEFINIZIONE E RIFERIMENTI NORMATIVI:

2.1 DEFINIZIONI

- ***Acque destinate al consumo umano***: sono definite dal D. Lgs 31/2001 come acque trattate o non trattate, destinate all'uso potabile, alla preparazione di cibi e bevande o ad altri utilizzi domestici, a prescindere dalla loro origine, siano esse fornite mediante rete di distribuzione, cisterne, bottiglie o contenitori.
- ***Acquedotto:*** complesso di infrastrutture di impianti di attingimento, dell'eventuale trattamento, di trasporto e di distribuzione di acqua potabile.
- ***Acqua grezza:*** acqua prelevata da una fonte di approvvigionamento prima dell'impianto di potabilizzazione.
- ***Acqua miscelata***: acqua condottata a valle dell'immissione di due o più fonti di approvvigionamento con portate in rapporto fisso o variabile.
- ***Acqua non trattata:*** acqua distribuita senza alcun preventivo trattamento di potabilizzazione.
- ***Acqua omogenea*** : acque distribuite con caratteristiche chimico-fisiche e microbiologiche sovrapponibili e che si mantengono stabili nel tempo.
- ***Acqua piovana***: acqua di origine meteorica raccolta tramite tetti o superfici idonee
- ***Acque sotterranee:*** accumuli d'acqua contenuti nel sottosuolo permeanti la matrice rocciosa, posti al di sotto del livello di saturazione permanente. Fra essi ricadono le falde freatiche e quelle profonde (in pressione o no) contenute in formazioni permeabili, oppure i corpi d'acqua intrappolati entro formazioni permeabili con bassa o nulla velocità di flusso. Le manifestazioni sorgentizie concentrate o diffuse si considerano appartenenti a tale gruppo di acque in quanto affioramenti della circolazione idrica sotterranea.
- ***Acqua trattata:*** acqua distribuita dopo l'impianto di potabilizzazione .
- ***Acquedotto***: sistema di approvvigionamento, trasporto, raccolta e distribuzione di acqua destinata al consumo umano, per il quale l'acqua viene erogata a soggetti terzi rispetto al titolare della fonte di approvvigionamento idrico, indipendentemente dal tipo di rapporto contrattuale in essere. L'acquedotto è costituito da opere di presa delle fonti di approvvigionamento, impianti di trattamento, serbatoi di carico e/o di miscelazione, torri piezometriche, condotte di trasporto e rete di distribuzione;

- ***Autoclave:*** serbatoio in pressione che permette la distribuzione di acqua.
- ***Camera avampozzo:*** locale interrato, seminterrato, o fuori terra in cui è alloggiata la testata del pozzo.
- ***Controlli interni*** sono, secondo l'Art. 7 comma 1 del D. Lgs 31/2001, i controlli effettuati dal gestore del servizio idrico integrato per la verifica della qualità dell'acqua destinata al consumo umano.
- ***Controllo di routine***: prelievo d'acqua per analisi chimico-microbiologiche, mira a fornire ad intervalli regolari informazioni sulla qualità organolettica e microbiologica delle acque fornite al consumo umano, nonché informazioni sull'efficacia degli eventuali trattamenti dell'acqua potabile, in particolare la disinfezione.
- ***Controllo di verifica***: prelievo d'acqua per analisi chimico-microbiologiche, mira a fornire le informazioni necessarie per accertare se tutti i valori di parametro contenuti nel D. Lgs 31/2001 sono rispettati.
- ***Corpo idrico superficiale:*** corso d'acqua o bacino le cui acque, dopo un trattamento, possono essere utilizzate per l'approvvigionamento idropotabile
- ***Fonte di approvvigionamento***: acqua che alimenta l'acquedotto proveniente da falda acquifera, sorgente, corpo idrico superficiale;
- ***Impianto di potabilizzazione***: si intende il complesso delle opere di trattamento e di disinfezione occorrenti per conferire alle acque attinte le particolari caratteristiche fisiche, chimiche biologiche e organolettiche richieste dalla loro destinazione;
- ***Impianto di trattamento***: sistema tecnologico utilizzato per rendere idonea al consumo umano la qualità dell'acqua di approvvigionamento;
- ***Pozzo:*** Scavo, generalmente cilindrico, ottenuto con varie tecniche, provvisto di armatura di sostegno, in cui può risalire l'acqua contenuta nel terreno per pressione naturale o tramite sistema di pompaggio.
- ***Punto critico:*** un punto, fase o procedura dove potenzialmente si possono verificare condizioni di pericolo igienico-sanitario o difformità dei requisiti analitici; può anche coincidere con un punto strutturalmente definito e individuato fra gli elementi dell'acquedotto, in cui la verifica tecnica evidenzia la non rispondenza ai requisiti di norma di buona costruzione.
- ***Punti di prelievo validati***: punti di prelievo rappresentativi dell'acquedotto, la cui affidabilità è stata accertata mediante:

a. la valutazione delle eventuali serie di analisi storiche effettuate presso tale punto di prelievo;
b. un esame localistico condotto con apposita check list, volto ad accertare l'idoneità del rubinetto, dell'area in cui è ubicato e del tratto di rete a valle del contatore nel caso il rubinetto sia ubicato a valle del punto di consegna (assenza di impianti di trattamento e/o accumulo tali da poter modificare le caratteristiche dell'acqua distribuita).

- ***Punto rete:*** punto di prelievo di campioni d'acqua situato sulla rete di adduzione, torri piezometriche, di distribuzione e presso il consumatore finale
- ***Punto significativo:*** è il punto rappresentativo della qualità dell'acqua di un tratto di rete acquedottistica.
- ***Rete di adduzione:*** sistema di tubazioni per il trasporto dell'acqua dalle fonti alla rete di distribuzione.
- ***Rete di distribuzione***: sistema di tubazioni, raccordi e dispositivi per il trasporto dell'acqua all'utenza. La rete può essere a ciclo chiuso, costituita da una singola zona di utenza, o a ramificazioni terminali, costituita da più zone di utenza;
- ***Serbatoio:*** vasca di accumulo alimentata da una o più fonti di approvvigionamento: può essere interrato, seminterrato, fuori terra o pensile.
- ***Sorgente***: affioramento di acque sotterranee dovuto a cause naturali connesse con l'assetto idrogeologico della zona interessata.

- ***Torre piezometrica***: serbatoio pensile con funzioni di regolatore della pressione di rete.
- ***Tratto di acquedotto:*** porzione o ramificazione di rete all'interno della quale l'acqua presenta le medesime caratteristiche chimico-fisiche in modo continuativo durante l'arco di tutte le stagioni.
- ***Utenze sensibili:*** sono edifici o strutture in cui l'acqua è fornita al pubblico (strutture sanitarie, socio-assistenziali, scolastiche, dialisi domiciliari), per le quali la non conformità o alterazione qualitativa dell'acqua erogata comporta rischi aggiuntivi per la salute, determinati dalle particolari necessità e/o condizioni degli utenti.
- ***Valvola di ritegno***: dispositivo che impedisce il riflusso di acqua in una tubazione.

2.2 RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.lgs. 2 febbraio 2001, n. 31. Attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle
- acque destinate al consumo umano.
- D.lgs. 2 febbraio 2002, n. 27. Modifica ed integrazione del D.lgs. 31/01.
- Decreto Ministero della Sanità 26 Marzo 1991
- Decreto del Ministero della Salute n. 174, 6 aprile 2004,

3. PRINCIPI

Il presente documento, finalizzato alla difesa della salute dei consumatori in materia di acqua destinata al consumo umano, deve soddisfare i seguenti principi:

a. L'acqua è un patrimonio della comunità da preservare: l'utilizzo è commisurato alla possibilità di rigenerarsi.
b. Tutte le acque superficiali e sotterranee, ancorché non estratte dal sottosuolo, sono pubbliche e costituiscono una risorsa che è salvaguardata e utilizzata secondo criteri di solidarietà dando priorità alla destinazione potabile.
c. L'acqua destinata al consumo umano deve considerarsi alimento quindi la qualità e il valore nutrizionale vanno preservati.
d. Il giudizio di idoneità dell'acqua destinata al consumo umano deve derivare dalla valutazione dei trend di concentrazione dei parametri analitici dei controlli esterni ed interni, dalle informazioni derivanti dalle ispezioni agli impianti acquedottistici, dall'adozione delle misure di salvaguardia.
e. L'acqua deve essere pura: l'utilizzo del disinfettante sulle acque destinate al consumo umano è inteso come metodo di intervento per ripristinare le condizioni di idoneità dell'acqua al consumo umano e non come unica azione preventiva che sottintende l'esclusione o lo scarso interesse ad adottare opportuni e mirati interventi per mantenere la qualità dell'acqua o prevenire eventuali peggioramenti.
f. La qualità e il valore nutrizionale dell'acqua vanno preservati pertanto va disincentivata l'installazione degli impianti di trattamento domestico sulle acque destinate al consumo umano che alterino i requisiti intrinseci dell'acqua.
g. Le AA.SS.PP. non devono limitarsi al monitoraggio della qualità dell'acqua e delle strutture acquedottistiche, bensì anche valutare la correttezza della gestione dei piani di autocontrollo dei gestori.

4. GIUDIZIO DI IDONEITA'

Oggetto del giudizio d'idoneità dell'acqua destinata al consumo umano è l'acqua distribuita a mezzo di pubblici acquedotti, cisterne, confezionata, nonché le acque di approvvigionamento autonomo.
Il giudizio di idoneità è espresso dal Servizio Igiene Alimenti e della Nutrizione dell'Azienda Sanitaria Provinciale ai sensi del comma 5 b dell'art. 6 del D. Lgs 31/2001 ed è, per gli acquedotti, verificato attraverso i controlli di routine e di verifica secondo quanto previsto dal Decreto medesimo.
Ai sensi dell'allegato 1 del Decreto Ministero della Salute 26/03/1991, il giudizio di idoneità è subordinato:
1) alla conformità dei requisiti minimi dei parametri chimico – fisici e microbiologici, di cui all'allegato n° 1
2) alla positiva valutazione dei parametri indicatori, di cui all'allegato n°2
3) alla conformità dei requisiti desunti dall'esame ispettivo su fonti di approvvigionamento, impianti acquedottistici e reti;
4) al rispetto delle misure cautelative individuate nelle aree di salvaguardia.
Ai sensi del c. 3 dell'art. 4 del D. Lgs. 02/02/2001 n° 31 il SIAN dell'ASP competente, pur in presenza dei requisiti per l'emissione del giudizio di idoneità, qualora ravvisi nel progressivo deterioramento dell'acqua un potenziale rischio di superamento di valori dei parametri dell'Allegato o la costante presenza di valori al limite della concentrazione ammessa, esprime pareri integrativi e promuove nei confronti dei gestori opportune azioni finalizzate a tutelare e a migliorare la qualità dell'acqua.

In sintesi, il giudizio di idoneità, deve essere assicurato per le seguenti voci:

- Acque in uso presso gli acquedotti;
- Acque di approvvigionamento autonomo;
- Acque di approvvigionamento per la emissione di certificazioni CE;
- Acque di nuova utilizzazione;
- Fornitura temporanea in situazioni di emergenza idrica;
- Acqua trattata con impianti di trattamento uso domestico ed esercizi pubblici;

5. CONTROLLI INTERNI

Ai sensi dell'art.7 del D. Lgs 31/2001 il gestore della fornitura idrica ha l'obbligo di effettuare i controlli interni per una verifica puntuale e continua delle caratteristiche qualitative dell'acqua erogata.
I controlli interni sono funzionali e finalizzati ad una corretta e puntuale gestione del servizio: in particolare sono indirizzati:
- alla verifica delle caratteristiche dell'acqua di approvvigionamento,
- all'efficacia degli eventuali trattamenti di potabilizzazione,
- al mantenimento della qualità dell'acqua nella rete di distribuzione.
La integrazione dei risultati analitici dei controlli interni con quelli esterni garantirà la qualità delle acque destinate al consumo umano rispettando la frequenza, l'affidabilità, la sistematicità, la puntualità dei campionamenti.

I controlli interni, come specificato dagli articoli 5 e 6 del D. Lgs 31/2001, devono essere effettuati
a) agli impianti di adduzione, di accumulo e di potabilizzazione;
b) alle reti di distribuzione.
I risultati dei controlli devono essere conservati per un periodo di almeno cinque anni per l'eventuale consultazione da parte dell'amministrazione che effettua i controlli esterni, come stabilisce l'articolo 7 comma 4 del D. Lgs 31/2001.

5.1 Formazione e aggiornamento del personale
L'azienda:

a) assicura che l'addetto sia in grado di svolgere le mansioni previste dal suo ruolo;

b) consegna ad ogni addetto che fa parte della struttura del pronto intervento istruzioni scritte che riguardano il suo ruolo o i suoi compiti all'interno della struttura;

c) fornisce al personale l'aggiornamento tecnico professionale necessario al corretto svolgimento delle mansioni affidategli;

d) prevede una specifica istruzione sull'uso dei dispositivi di sicurezza individuali e collettivi, di mezzi protezione e pronto soccorso.

L'allegato 2 del D. Lgs. 31/01 distingue il controllo interno in controllo di routine e controllo di verifica

5.2 Applicazione dell'Autocontrollo
L'adozione di un piano di autocontrollo, volto all'analisi e valutazione del rischio in ogni fase o processo, è utile strumento per gestire sia l'attività che la qualità dell'acqua. I dati storici relativi alla qualità dell'acqua e le conoscenze tecniche dell'impianto saranno tenute nella dovuta considerazione per la stesura del piano stesso ed in accordo con l'ASP possono essere concordate le frequenze di controllo, le modalità analitiche e i punti di prelievo.

Il Piano di autocontrollo deve contemplare i seguenti punti:

- ***Descrizione del sistema idrico***

a) fonti idropotabili utilizzate (sorgenti, pozzi e acque superficiali) descrizione di ubicazione, dati tecnici, profondità, emungimento,...

b) impianti di potabilizzazione (dati tecnici dell'impianto, schede tecniche dei prodotti utilizzati e certificazione analitica che garantisca l'assenza di contaminazione alla produzione);

c) Serbatoi di stoccaggio (ubicazione, schema, distribuzione, ...),

d) schema della rete di trasporto e di distribuzione e aree di influenza

e) certificazioni inerenti l'idoneità dei materiali a contatto con l'acqua destinata al consumo umano.

f) ubicazione e tipologia di utenze particolari (utenze caratterizzate da elevato numero di presenze e/o a rischio come case di riposo, ospedali etc e/o dalla non interrompibilità della erogazione)

g) punti di pericolo lungo la rete acquedottistica, a partire dal punto di captazione, inclusi i tratti terminali

h) aree di salvaguardia delle fonti idropotabili, con l'individuazione delle misure di protezione

- ***Descrizione del monitoraggio della qualità dell'acqua:***

I punti di campionamento devono essere scelti in modo da rappresentare la qualità dell'acqua attinta, stoccata e distribuita nonché delle situazioni di criticità (questa ultime rappresentate da: presenza di eventuali pressioni antropiche e ambientali). Per una validazione dei punti di prelievo degli acquedotti è possibile utilizzare l'allegato n°3.
Per una autovalutazione del Piano di autocontrollo è possibile compilare la scheda di cui all'allegato n° 4.

L'Ente Gestore deve altresì :

- redigere e tenere costantemente aggiornato un registro dei controlli interni effettuati, nonché comunicare, in modo tempestivo, all'Azienda Sanitaria Provinciale , territorialmente competente:

a. le non conformità risultanti dai controlli analitici interni e le misure adottate per ripristinare la qualità;

b. il piano di campionamento annuale, con i relativi punti di prelievo.

- svolgere le ispezioni periodiche, previste dagli Allegati I e II al Decreto Ministero Sanità 26 marzo 1991, presso gli impianti facenti parte dell'acquedotto, per effettuare gli interventi di conservazione, ammodernamento, manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture idriche.
- tenere a disposizione dell'ASP copia delle opere di ammodernamento, manutenzione ordinaria e straordinaria delle infrastrutture idriche, dando preventiva comunicazione all'ASP degli interventi che possono modificare la caratteristiche qualitative dell'acqua erogata;
- utilizzare materiali conformi ai requisiti previsti dal Decreto del Ministero della Salute 6 aprile 2004, n. 174: "Regolamento concernente i materiali e gli oggetti che possono essere utilizzati negli impianti fissi di captazione, trattamento, adduzione e distribuzione delle acque destinate al consumo umano".

6. PRELIEVO DEI CAMPIONI D'ACQUA ED ESECUZIONE DELLE ANALISI DI LABORATORIO

I campioni d'acqua sono prelevati da un tecnico, il quale abbia frequentato un corso formativo oppure dal laboratorio accreditato incaricato.

6.1 Modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei campioni (Decreto Ministero della Sanità 26/03/1991)

I campioni devono essere prelevati, conservati e trasportati in modo da evitare alterazioni che possano influenzare significativamente i risultati delle analisi.

A) Parametri organolettici, chimico-fisici, indesiderabili e tossici

I prelievi devono essere effettuati in contenitori puliti e sufficientemente risciacquati con lo stesso tipo di acqua da prelevare.

Fatte salve le determinazioni da eseguirsi in loco, il volume totale del campione deve essere sufficiente all'esecuzione delle analisi.

I campioni prelevati devono essere trasportati in idonei contenitori e conservati, di norma, tra i 4° e gli 8°C e comunque devono arrivare al laboratorio ad una temperatura uguale od inferiore a quella del prelievo.

Nel caso in cui si renda necessario un condizionamento del campione per delle determinazioni particolari, il condizionamento deve avvenire in loco.

B) Parametri microbiologici

I prelievi devono essere effettuati in contenitori sterili. Qualora le acque in esame contengano cloro residuo, le bottiglie di prelievo dovranno contenere una soluzione al 10% di sodio tiosolfato (nella quantità di ml 0,1 per ogni 100 ml di capacità della bottiglia) aggiunto prima della sterilizzazione.

Il volume totale del campione deve essere sufficiente all'esecuzione delle analisi.

Prima di procedere al riempimento del campione, è necessario effettuare una accurata pulizia del rubinetto, che può essere sede di biofilm, bisogna rimuovere, se presenti, tubi e guarnizioni di plastica e gomma. Il prelievo va eseguito, dopo aver fatto scorrere l'acqua per 2-3 min. evitando di modificare il flusso durante tali operazioni.

I campioni, prelevati secondo le usuali cautele di asepsi, devono essere trasportati in idonei contenitori frigoriferi (4- 8°C) al riparo dalla luce e, nel più breve tempo possibile (e comunque entro e non oltre le 24 ore dal prelievo), essere sottoposti ad esame.

6.2 Analisi di laboratorio

Le analisi di laboratorio sono eseguite da un laboratorio proprio o esterno che però, secondo l'articolo 7 del D. Lgs 31/2001, non deve coincidere con il laboratorio utilizzato dall'Azienda Sanitaria, Arpacal.

I laboratori esterni è auspicabile che siano accreditati per le singole prove o gruppi di prove dall'organismo di accreditamento Regionale (*ACCREDIA*).

A garanzia della qualità dei controlli interni, i laboratori che effettuano le analisi per conto terzi ai fini dell'autocontrollo, devono avviare le procedure per l'ottenimento dell'accreditamento secondo la norma europea UNI CEI ISO/IEC 17025 , in adempimento, peraltro, alla DGR n° 153 del 27/04/2011.

I laboratori esterni devono essere accreditati per le singole prove o gruppi di prove, da un organismo di accreditamento, conforme ai criteri generali stabiliti dalla norma Europea EN 45003.

7. CONTROLLI INTERNI DI "ROUTINE"

I punti di prelievo dei campioni per i controlli di routine sulla qualità dell'acqua sono distribuiti nell'intera rete di distribuzione, tenendo conto dei seguenti criteri:

- diverse aree di distribuzione
- impianti di accumulo
- impianti di trattamento
- bracci tronchi con lunghi tempi di permanenza.
- idoneità dei materiali a contatto con l'acqua destinata al consumo umano,
- indicazioni dell'ubicazione e tipologia di utenze particolari (case di riposo, ospedali) in ogni caso tener conto della non interrompibilità dell'erogazione.
- aree salvaguardia delle fonti idropotabili.

Le fonti di approvvigionamento sono da sottoporre a controlli di routine annuali. La frequenza va aumentata appropriatamente se si tratta di sorgenti di grossa portata (maggiore di 10 l/s).

Acque della stessa provenienza (bacino imbrifero) e di qualità uniforme si considerano come unica fonte di approvvigionamento.

Qualora vi siano una o più fonti di approvvigionamento all'interno dello stesso bacino imbrifero con particolari rischi di inquinamento queste devono essere campionate specificatamente.

In presenza di impianti di potabilizzazione è necessario aumentare la frequenza di analisi. Va impiegato inoltre un sistema di monitoraggio e sorveglianza costante, in caso contrario la funzionalità andrà controllata mensilmente.

7.1 Periodo di controllo

I campioni d'acqua per i controlli interni di routine vanno prelevati in quei periodi in cui sono più probabili eventuali contaminazioni, ovvero in relazione al dato storico.

Contaminazioni batteriologiche, sono , in genere, più probabili nel periodo estivo che in quello invernale. Per questo motivo i controlli interni di routine vanno preferibilmente eseguiti in estate;

Qualora esistessero possibili rischi anche in altre stagioni si richiederebbe l'esecuzione di controlli anche durante queste.

In seguito a particolari avvenimenti (incidenti, rotture delle condotte di entità significativa su tratti di acquedotto , interventi edili particolari etc.) vanno eseguite analisi mirate relative a parametri significativi. Queste analisi vanno classificate in tal caso come controlli interni di verifica e non di routine.

7.2 Parametri da analizzare

Durante i controlli di routine vanno analizzati almeno i seguenti parametri:

Alluminio	(Nota 1)
Ammonio	
Colore	
Conduttività elettrica	
Clostridium perfringens (spore comprese)	(Nota 2)
Escherichia coli (E.coli)	
Enterococchi	
Concentrazione ioni idrogeno	
Ferro	(Nota 1)
Nitriti	(Nota 3)
Odore	
Pseudomonas aeruginosa	(Nota 4)
Sapore	
Computo delle colonie a 22 °C e 37 °C	(Nota 4)
Batteri coliformi a 37 °C	
Torbidità	
Disinfettante residuo (se impiegato)	

Nota 1	Necessario solo se usato come flocculante o presente, in concentrazione significativa, nelle acque utilizzate. (♦).
Nota 2	Necessario solo se le acque provengono o sono influenzate da acque superficiali (♦).
Nota 3	Necessario solo se si utilizza la cloramina nel processo di disinfezione (♦).
Nota 4	Necessario solo per le acque vendute in bottiglie o in contenitori.
♦ In tutti gli altri casi i parametri sono contenuti nell'elenco relativo al controllo di verifica.	

La frequenza minima dei prelievi da effettuare viene calcolata in base al numero di abitanti, tenendo conto anche dei turisti (1000 pernottamenti annui corrispondono a 3,653 abitanti). (Allegato n° 5 e n° 6)

8. CONTROLLI INTERNI DI "VERIFICA"

Il controllo di verifica mira a fornire le informazioni necessarie per accertare se tutti i valori di parametro contenuti nel decreto sono rispettati. Tutti i parametri fissati sono soggetti a controllo di verifica, a meno che l'Azienda Sanitaria Provinciale competente al controllo non stabilisca che, per un periodo determinato, è improbabile che un parametro si trovi in un dato approvvigionamento d'acqua in concentrazioni tali da far prevedere il rischio di un marcato rispetto del relativo valore di parametro. Il presente punto non si applica ai parametri per la radioattività.
Qualora le concentrazioni di determinati parametri chimici o biologici fossero sottoposte a particolari oscillazioni o si trovassero in prossimità del limite massimo ammissibile, qualora persistessero particolari rischi per la qualità dell'acqua o avesse luogo il trattamento dell'acqua, il gestore dell'acquedotto pubblico li inserirebbe nel programma dei controlli di routine.
I Parametri da analizzare sono indicati negli Allegati n°1 e n°2.

Il controllo per radioattività, alogenoderivati, composti organici volatili in generale ed altri contaminanti organici ed inorganici, dovrà essere effettuato a giudizio delle ASP sulla base di particolari situazioni di rischio.

La frequenza minima dei prelievi da effettuare viene calcolata in base al numero di abitanti, tenendo conto anche dei turisti (1000 pernottamenti annui corrispondono a 3,653 abitanti). (Allegato n°5 e n° 6)

9. GESTIONE DEI RISULTATI ANALITICI NON CONFORMI

Il gestore dell'acquedotto predispone nel piano di emergenza le misure da adottare in caso di rilevamento di inquinamento o di potenziale pericolo di non conformità della qualità dell'acqua potabile.
Nel Piano di intervento per le non conformità è importante indicare:
- struttura che riceve e attiva il pronto intervento, (procedure e criteri)
- struttura operativa di pronto intervento con reperibilità
- responsabili
- criteri di priorità della richiesta di pronto intervento (precedenza a segnalazioni di anomalia sulla qualità dell'acqua, fuga dall'impianti di distribuzione, interruzione di fornitura, irregolarità della fornitura, danneggiamenti agli impianti causati da terzi)
- flussi informativi e modalità di informazione all'ASP
- criteri e modalità di informazione all'utenza
- formazione del personale

In caso di non conformità significativa (anche in base ad uno storico), il Gestore, sentito il parere dell'azienda sanitaria in merito al possibile rischio per la salute umana derivante dalla non conformità ai valori di parametro, mette in atto i necessari adempimenti di competenza, e dispone che vengano presi provvedimenti intesi a ripristinare la qualità delle acque, tenendo conto dell'entità del superamento del valore di parametro pertinente e del potenziale pericolo per la salute umana, ove ciò sia necessario per tutelare la salute umana.
Qualora si verifichi un caso di inquinamento, il gestore entro 24 ore dal rilevamento ne deve informare il Servizio Igiene degli Alimenti del comprensorio sanitario territorialmente competente e la So.Ri.Cal.

9.1 Controllo del trattamento effettuato

Vanno controllati con opportuna frequenza temporale tutti quei parametri che sono rappresentativi ai fini del rilevamento del trattamento di potabilizzazione e/o disinfezione.
Se l'acqua è trattata con cloro, inoltre, occorre determinare, possibilmente sul posto, il cloro attivo residuo effettuando il prelievo nei punti terminali della rete di distribuzione e verificando che la concentrazione del cloro residuo attivo nei punti suddetti si aggiri introno a 0,2 mg/l. Nel caso la clorazione venga effettuata per puro scopo precauzionale la concentrazione del cloro residuo potrà anche essere inferiore al predetto valore.
Qualora nell'eventuale trattamento di potabilizzazione delle acque venissero utilizzati flocculanti e coadiuvanti di flocculazione, e in tutti i casi in cui siano utilizzate sostanze e prodotti tendenti a migliorarne le caratteristiche igieniche (quali polifosfati, ozono, sali metallici etc.), se non vi è normativa specifica, è necessario accertare il grado di purezza e l'innocuità alle concentrazioni residue delle sostanze o prodotti utilizzati.
Infine è da tenere presente che l'impiego di additivi o di inibitori di incrostazione delle acque fluenti può portare alla disincrostazione delle condotte stesse con tutte le conseguenze che possono derivare per eventuali fenomeni di corrosione a carico delle tubature.

ALLEGATI

11. ALLEGATO n° 1

PARAMETRI MICROBIOLOGICI

Parametro	Valore di parametro (numero/100 ml)
Escherichia coli	0
Enterococchi	0

PARAMETRI CHIMICI

Parametro	Valore Parametro	Unità di misura	Note
Acrilammide	0,10	µg/l	Nota 1
Antimonio	5,0	µg/l	
Arsenico	10	µg/l	
Benzene	1,0	µg/1	
Benzo(a)pirene	0,010	µg/l	
Boro	1,0	µg/l	
Bromato	10	µg/l	Nota 2
Cadmio	5,0	µg/l	
Cromo	50	µg/l	
Rame	10	mg/l	Nota 3
Cianuro	50	µg/l	
1.2 dicloroetano	3,0	µg/l	
Epicloridrina	0,10	µg/l	Nota 1
Fluoruro	1,50	mg/l	
Piombo	10	µg/l	Note 3 e 4
Mercurio	1,0	µg/l	
Nichel	20	µg/l	Nota 3
Nitrato (come NO3)	50	mg/l	Nota 5
Nitrito (come NO2)	0,50	mg/l	Nota 5
Antiparassitari	0,10	ug/l	Nota 6 e 7
Antiparassitari-Totale	0,50	µg/l	Note 6 e 8
Idrocarburi policiclici aromatici	0,10	µg/l	Somma delle concentrazioni di composti specifici; Nota 9
Selenio	10	µg/l	
Tetracloroetilene Tricioroetilene	10	µg/l	Somma delle concentrazioni dei parametri specifici
Trialometani-Totale	30	µg/l	Somma delle concentrazioni di composti specifici; Nota 10
Cloruro di vinile	0,5	µg/l	Nota 1
Clorito	200	µg/l	Nota 11
Vanadio	50	µg/l	

Indipendentemente dalla sensibilità del metodo analitico utilizzato, il risultato deve essere espresso indicando lo stesso numero di decimali riportato in tabella per il valore di parametro.	
Nota 1	Il valore di parametro si riferisce alla concentrazione monometrica residua nell'acqua calcolata secondo le specifiche di rilascio massimo del polimero corrispondente a contatto con l'acqua.
Nota 2	Ove possibile, ci si deve adoperare per applicare valori inferiori senza compromettere la disinfezione. Per le acque di cui all'articolo 5 comma 1, lettere a), b) e d), il valore deve essere soddisfatto al più tardi entro il 25 dicembre 2008. Il valore di parametro per il bromato nel periodo compreso tra il 25 dicembre 2003 ed il 25 dicembre 2008 è pari a 25 µg/l.
Nota 3	Il valore si riferisce ad un campione di acqua destinata al consumo umano ottenuto dal rubinetto tramite un metodo di campionamento adeguato e prelevato in modo da essere rappresentativo del valore medio dell'acqua ingerita settimanalmente dai consumatori. Le procedure di prelievo dei campioni e di controllo vanno applicate se del caso, secondo metodi standardizzati da stabilire ai sensi dell'articolo 11 comma 1 lettera b). L'Autorità sanitaria Locale deve tener conto della presenza di livelli di picco che possono nuocere alla salute umana.
Nota 4	Per le acque di cui all'articolo 5, comma 1, lettere a), b) e d), questo valore deve essere soddisfatto al più tardi entro il 25 dicembre 2013. Il valore di parametro del piombo nel periodo compreso tra il 25 dicembre 2003 ed il 25 dicembre 2013 è pari a 25 µg/l. Le regioni, le Aziende sanitarie locali ed i gestori d'acquedotto, ciascuno per quanto di competenza, devono provvedere affinché venga ridotta al massimo la concentrazione di piombo nelle acque destinate al consumo umano durante il periodo previsto per conformarsi al valore maggiore di parametro; nell'attuazione delle misure intese a garantire il raggiungimento del valore in questione deve darsi gradualmente priorità ai punti in cui la concentrazione di piombo nelle acque destinate al consumo umano è più elevata.
Nota 5	Deve essere soddisfatta la condizione: [(nitrato)/50+ (nitrito)] /3=1, ove le parentesi quadre esprimono la concentrazione in mg/l per il nitrato (NO3) e per il nitrito (NO2), e il valore di 0,10 mg/l per i nitriti sia rispettato nelle acque provenienti da impianti di trattamento.
Nota 6	Per antiparassitari s'intende: - insetticidi organici - fungicidi organici - acaricidi organici - rodenticidi organici - erbicidi organici - nematocidi organici - alghicidi organici - sostanze antimuffa organiche - prodotti connessi (tra l'altro regolatori della crescita) e i pertinenti metaboliti, prodotti di degradazione e di reazione. Il controllo è necessario solo per gli antiparassitari che hanno maggiore probabilità di trovarsi in un determinato approvvigionamento d'acqua.
Nota 7	Il valore di parametro si riferisce ad ogni singolo antiparassitario. Nel caso di aldrina,

	dieldrina, eptacloro ed eptacloro epossido, il valore parametrico è pari a 0,030 µg/l.
Nota 8	"Antiparassitari - Totale" indica la somma dei singoli antiparassitari rilevati e quantificati nella procedura di controllo.
Nota 9	I composti specifici sono i seguenti: - benzo(b)fluorantene - benzo(k)fluorantene - benzo(ghi)perilene - indeno(1,2,3-cd)pirene
Nota 10	responsabili della disinfezione devono adoperarsi affinché il valore parametrico sia più basso possibile senza compromettere la disinfezione stessa. I composti specifici sono: cloroformio, bromoformio, dibromoclorometano, bromodiclorometano.
Nota 11	Per le acque di cui all'articolo 5, comma 1, lettere a), b) e d), questo valore deve essere soddisfatto al più tardi entro il 25 dicembre 2006. Il valore di parametro clorite, nel periodo compreso tra il 25 dicembre 2003 e il 25 dicembre 2006, è pari a 800 µg/l.

12. ALLEGATO n° 2

PARAMETRI INDICATORI

Parametro	Valore di parametro	Unità di misura	Note
Alluminio	200	µg/l	
Ammonio	0,50	mg/l	
Cloruro	250	mg/l	Nota 1
Clostridium perfringens (spore comprese)	0	Numero/100 ml	Nota 2
Colore	Accettabile per i consumatori e senza variazioni anomale		
Conduttività	2500	μScm^{-1} a 20°C	Nota 1
Concentrazione ioni idrogeno	≥6,5 e ≤9,5	Unità pH	Note 1 e 3
Ferro	200	µg/l	
Manganese	50	µg/l	
Odore	Accettabile per i consumatori e senza variazioni anomale		
Ossidabilità	5,0	mg/l O_2	Nota 4
Solfato	250	mg/l	Nota 1
Sodio	200	mg/l	
Sapore	Accettabile per i consumatori e senza variazioni anomale		
Conteggio delle colonie a 22°C	Senza variazioni anomale		
Batteri coliformi a 37°C	0	Numero/100 ml	Nota 5
Carbonio organico totale (TOC)	Senza variazioni anomale		Nota 6
Torbidità	Accettabile per i consumatori e senza variazioni anomale		Nota 7
Durezza *			Il limite inferiore vale per le acque sottoposte a trattamento di addolcimento o di dissalazione
Residuo secco a 180°C **			
Disinfettante residuo ***			

Indipendentemente dalla sensibilità del metodo analitico utilizzato, il risultato deve essere espresso indicando lo stesso numero di decimali riportato in tabella per il valore di parametro.

(*) Valori consigliati: 15-50 °F.

(**) Valore massimo consigliato: 1.500 mg/L.

(***) Valore consigliato 0,2 mg/L (se impiegato).

Nota 1	L'acqua non deve essere aggressiva.
Nota 2	Tale parametro non deve essere misurato a meno che le acque provengano o siano influenzate da acque superficiali. In caso di non conformità con il valore parametrico, l'Azienda sanitaria locale competente al controllo dell'approvvigionamento d'acqua deve accertarsi che non sussistano potenziali pericoli per la salute umana derivanti dalla presenza di microrganismi patogeni quali ad esempio il cryptosporidium. I risultati di tutti questi controlli debbono essere inseriti nelle relazioni che debbono essere predisposte ai sensi dell'articolo 18, comma 1.
Nota 3	Per le acque non frizzanti confezionate in bottiglie o contenitori il valore minimo può essere ridotto a 4,5 unità di pH.
	Per le acque confezionate in bottiglie o contenitori, naturalmente ricche di anidride carbonica o arricchite artificialmente, il valore minimo può essere inferiore.
Nota 4	Se si analizza il parametro TOC non è necessario misurare questo valore.
Nota 5	Per le acque confezionate in bottiglie o contenitori, l'unità di misura è "Numero/250 ml".
Nota 6	Non è necessario misurare questo parametro per approvvigionamenti d'acqua inferiori a 10.000 m3 al giorno.
Nota 7	In caso di trattamento delle acque superficiali si applica il valore di parametro: ≤ a 1,0 NTU (unità nefelometriche di torbidità) nelle acque provenienti da impianti di trattamento.

13. ALLEGATO n° 3

NUOVO PUNTO DI PRELIEVO CAMPIONI
COMUNE

DI: _____ ACQUEDOTTO _____

FONTE DI APPROVVIGIONAMENTO: _____

ENTE GESTORE _____

Il punto di prelievo è già usato in precedenza				SI	NO
Il proprietario è favorevole all'effettuazione di campione presso il punto individuato				SI	NO
Il rubinetto è di norma facilmente accessibile nei giorni di	Lu	Ma	Me	Gi	Ve
Le caratteristiche del punto di prelievo sono tali da garantire il facile rispetto delle norme di asepsi				SI	NO
La rete idrica dal contatore al punto di prelievo è idonea				SI	NO
Esistono vasche di accumulo tra il contatore ed il punto di prelievo				SI	NO
Sono installati impianti di addolcimento/filtrazione/trattamento nella rete di distribuzione				SI	NO
Il punto individuato è di norma frequentemente utilizzato per il prelievo di acqua destinata al consumo umano				SI	NO

NOTE

_____

_____

_____

_____

IL PERSONALE CHE HA ESEGUITO LA RILEVAZIONE

_____

Corrispondenza tra i parametri analitici dell' acqua erogata prelevata, con quelli della fonte di derivazione.	SI	NO

Conclusioni

_____

_____

☐ IDONEO ☐ NON IDONEO

Visto per la validazione – C.P.T.:_____

14. ALLEGATO n° 4

VERBALE DI VALUTAZIONE
DEL PIANO DI AUTOCONTROLLO

DATI ANAGRAFICI DELL'ENTE GESTORE

Ente Gestore: _____

Sede Legale: _____

Rappresentante Legale Sig. _____ nato a _____

il _____ residente in

Comune via

PIANO DI AUTOCONTROLLO

PUNTO DA VERIFICARE	SI	NO	NOTE
E' stato predisposto un gruppo di lavoro interdisciplinare per l'autocontrollo			
Vi è un mandato delle direzioni aziendali			
E' stato nominato il responsabile del piano di autocontrollo			
Esiste una eventuale delega formale			
E' previsto un organismo aggiornato con definizione delle responsabilità			
E' presente un piano di presidio attivo della struttura			
E' presente un sistema di telecontrollo a distanza			
Il piano di autocontrollo è sottoposto a verifica periodica			

NOTE _____

_____

_____

Definizione dell'acqua prodotta

PUNTO DA VERIFICARE	SI	NO	NOTE
E' definita la tipologia della fonte			
Sono stati indicati i trattamenti di potabilizzazione			
E' individuato l'ambito di distribuzione			

NOTE_____

_____

_____

Identificazione degli elementi e valutazione dei prerequisiti

PUNTO DA VERIFICARE	SI	NO	NOTE
Sono state descritte le fonti e le modalità di utilizzo delle stesse			
E' stata indicata l'ubicazione			
E' indicata la profondità			
E' indicato l'emungimento			
E' stata individuata la zona di tutela assoluta			
E' stata individuata la zona di rispetto			
E' presente una relazione tecnico descrittiva della filiera di potabilizzazione			
Sono allegate le schede tecniche degli additivi/reagenti utilizzati			
Vi è un elaborato grafico con l'ubicazione dei serbatoi di stoccaggio			
Tale elaborato contiene lo schema/tipologia dei serbatoi di stoccaggio			
E' definita l'area di influenza per singolo serbatoio di stoccaggio			
Esiste lo schema delle reti di trasporto e di distribuzione			
Vi è una relazione tecnico descrittiva reti(tipologia, materiali)			
Sono state individuate le utenze sensibili (ubicazione e tipologia)			
Sono stati individuati i punti critici (dal punto di presa ai terminali di rete)			
E' previsto un piano di adeguamento/risanamento			

NOTE_____

_____

_____

15. ALLEGATO n° 5

FREQUENZA MINIMA ANNUA DELLE ANALISI PER I CONTROLLI INTERNI
Frequenza minima di campionamento e analisi per le acque destinate al consumo umano fornite da una rete di distribuzione, da cisterne, o utilizzate nelle imprese alimentari.

Volume d'acqua distribuito o prodotto ogni giorno in una zona di approvvigionamento (Note 1 e 2) m^3	**Controllo di routine** Numero di campioni all'anno (Note 3, 4 e 5)	**Controllo di verifica** Numero di campioni all'anno (Note 3 e 5)
≤ 100	(Nota 6)	(Nota 6)
> 100 ≤ 1000	4	1
> 1000 ≤ 10000	4	1
		+ 1 ogni 3300 m^3/g del volume totale e frazione di 3300
> 10000 ≤ 100000	4 + 3 ogni 1000 m^3/g del volume totale e frazione di 1000	3
		+ 1 ogni 10.000 m^3/g del volume totale e frazione di 10.000
> 100000	4 + 3 ogni 1000 m^3/g del volume totale e frazione di 1000	10
		+ 1 ogni 25.000 m^3/g del volume totale e frazione di 25.000

Nota 1	Una zona di approvvigionamento è una zona geograficamente definita all'interno della quale le acque destinate al consumo umano provengono da una o varie fonti e la loro qualità può essere considerata sostanzialmente uniforme.
Nota 2	I volumi calcolati rappresentano una media su un anno. Per determinare la frequenza minima in una zona di approvvigionamento invece che sul volume d'acqua si può fare riferimento alla popolazione servita calcolando un consumo di 200 l pro capite al giorno.
Nota 3	Nel caso di approvvigionamento intermittente di breve durata, la frequenza del controllo delle acque distribuite con cisterna deve essere stabilita dall'Azienda unità sanitaria locale.
Nota 4	Per i differenti parametri di cui all'allegato I l'Azienda unità sanitaria locale può ridurre il numero dei campioni indicato nella tabella se:
	a) i valori dei risultati dei campioni prelevati in un periodo di almeno 2 anni consecutivi sono costanti e significativamente migliori dei limiti previsti dall'allegato I e
	b) non esiste alcun fattore capace di diminuire la qualità dell'acqua.
	La frequenza minima non deve essere inferiore al 50% del numero di campioni indicato nella tabella, salvo il caso specifico di cui alla nota 6
Nota 5	Nella misura del possibile, il numero, di campioni deve essere equamente distribuito in termini di tempo e luogo.
Nota 6	La frequenza deve essere stabilita dall'Azienda unità sanitaria locale.

16. ALLEGATO n° 6

MODALITÀ CALCOLO FREQUENZE DEI PRELIEVI

Numero abitanti per comune	Consumo giornaliero di acqua a persona	acqua (m^3) consumata ogni giorno
56000	200 lt pro capite	56000 x 200 = 11200 m^3

Considerando che il volume di acqua consumato giornalmente è pari a 11.200 m^3 ed è quindi un valore compreso nell'intervallo $> 10000 \leq 100000$:

il numero di campioni per il controllo di routine è: 4 + 3 ogni 1000 m^3/g del volume totale e frazione di 1000, perciò 4 + (3 x 2).

Il numero di campioni per il controllo di verifica è: 3 + 1 ogni 10.000 m^3/g del volume totale e frazione di 10.000, perciò 3 + 1

PRELIEVI DA EFFETTUARE	
Controlli di routine	4 + 6
Controlli di verifica	3 + 1

MODALITÀ CALCOLO FREQUENZE DEI PRELIEVI

Numero abitanti per comune	Consumo giornaliero di acqua a persona	acqua (m^3) consumata ogni giorno
56.000	200 lt /ab pro capite	56.000x 200 /1000= 11200 m^3

Considerando che il volume di acqua consumato giornalmente è pari a 11.200 m^3 ed è quindi un valore compreso nell'intervallo $> 10000 \leq 100000$:

il numero di campioni per il controllo di routine è: 4 + 3 ogni 1000 m^3/g del volume totale e frazione di 1000, perciò 4 + (3 x 12).

Il numero di campioni per il controllo di verifica è: 3 + 1 ogni 10.000 m^3/g del volume totale e frazione di 10.000, perciò 3 + 12

PRELIEVI DA EFFETTUARE	
Controlli di routine	4 + 36
Controlli di verifica	3 + 12

ASP
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Graecia

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
tel. 0962.924547 fax 924643

A S P
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
PROT. N° 1047 DEL 18-03-13
RESPONSABILE DELLA PRATICA
Dr. Boppolo
Dr. Domenico TEDESCO

Prot. n° 134/SIAN/DP

Crotone, lì 15 MAR. 2013

Al Direttore del Dipartimento
di Prevenzione
Dr. D. Tedesco
SEDE

Oggetto: Vs nota del 11.03.2013 prot. 181/DP e nota del 12.03.2013 prot. 185/DP - Invio rendicontazione attività linea progettuale 2.8.2 annualità 2012, D.G.R. n. 851 del 29 dicembre 2010, Delibera del Direttore Generale n° 60 del 15.02.2012 e Delibera del Direttore Generale n° 236 del 05.06.2012.

La sottoscritta dr.ssa M. O. Marasco in qualità di referente della linea progettuale 2.8.2. del P.R.P., citato in oggetto, con la presente comunica di aver largamente raggiunto gli obbiettivi prefissati dalla linea progettuale 2.8.2 ed invia la relazione dell'attività effettuata, la compilazione delle schede da Voi fornite nelle note in oggetto citate ed inoltre trasmette la rendicontazione delle risorse economiche programmate (scheda richiesta acquisti + scheda riepilogativa attività svolta anno 2012).

La Responsabile del S.I.A.N.
e
La Referente del Progetto
P.R.P. 2012-2012
Linea Progettuale 2.8.2.

ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

Dipartimento di prevenzione
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
tel. 0962.924547 fax 924643

PIANO REGIONALE PREVENZIONE 2010 - 2012

Documento di rendicontazione e valutazione dell'attività svolta

Macroarea: Prevenzione Universale

Linea di intervento generale 2.8

Linea progettuale 2.8.2

Programma di sicurezza alimentare, audit e autocontrollo:

1) Implementazione audit su OSA;
2) Miglioramento dei piani di controllo e campionamento alimenti e bevande;
3) Realizzazione centro regionale di riferimento MTA.

Il Piano Regionale di Prevenzione attuato nell'A.S.P. di Crotone con delibere del Direttore Generale n° 60 del 15.02.2012 e n° 236 del 05.06.2012, attraverso anche il coordinamento Regionale, ha richiesto un forte lavoro "di squadra" ed implicato una indispensabile riflessione sulle priorità e sull'organizzazione, favorendo tra l'altro una modalità di programmazione più condivisa e trasparente, il confronto sulle procedure, lo sforzo di rendere visibili e condivisi obiettivi, progetti e iniziative a tutti i soggetti interessati.

Il coordinamento della linea progettale 2.8.2 ha curato l'indirizzo, il monitoraggio e l'assistenza alla pianificazione locale con particolare interesse ai problemi di salute oggi prevalenti nella popolazione richiedendo impegni al di là del singolo intervento per sviluppare vere e proprie politiche di prevenzione, da realizzarsi attraverso l'azione integrata di molti soggetti, istituzionali e non.

Tali circostanze hanno portato a riconoscere l'esigenza di una riorganizzazione delle attività di prevenzione e promozione della salute a livello locale nonché alla ricerca di una prevenzione che fosse "coerente, appropriata, efficace" e seguendo il medesimo schema, il gruppo di lavoro ha elaborato e messo in atto la programmazione locale e, quindi, la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi perseguiti.

Il gruppo di lavoro della linea progettuale 2.8.2. aderente al Piano Operativo ha affrontato la programmazione dettata dal PRP a livello aziendale in un quadro unitario, cercando di integrare professionalità di diversi Servizi appartenenti alla stessa azienda e non solo, collaborando con strutture esterne rappresentanti, a livello locale, quali le Associazioni di Categoria, punti di riferimento di diverse categorie commerciali e professionali (Commercianti, artigianali, ecc), coinvolgendo e sensibilizzando gli O.S.A. attraverso vari incontri al fine dei migliore la sicurezza sulla salute ed il contenimento delle MTA.

I Tecnici della Prevenzione

(De Roberto Angelo)

(Lepora Mario)

(Sacco Roberto)

La Referente del P.R.P.
2010-2012
Linea progettuale 2.8.2

(Dr.ssa M. O. Marasco)

Nel contesto territoriale afferente al territorio dell'ASP di Crotone che corrisponde all'ambito provinciale, comprende n° 27 comuni, articolata in tre distretti: Crotone, Cirò Marina e Mesoraca, caratterizzato da un territorio collinare, di pianura e di montagna, quindi non omogeneo, con una popolazione di circa 172 mila persone, particolarmente elevata in pianura e ultra sessantacinquenne, con una scolarizzazione nella media regionale ed un alto tasso di disoccupazione e un numero di 1167 attività produttive censite del settore alimentare soggette a controllo da parte del S.I.A.N.

In tale contesto il S.I.A.N. assume un ruolo determinante ed innovativa modificando profondamente l'orientamento tradizionale del controllo ufficiale, ridefinendo gli strumenti a disposizione dell'autorità competente ed assegnando alle attività di campionamento ed analisi un nuovo e diverso significato.

Al momento il personale assegnato al S.I.A.N. è composto da:

Qualifica	Medico	Tecnici della Prevenzione	Formati Auditor
numero	1	4 al 100% 5 al 50% (distaccati nei distretti)	3

L'attività iniziale si è concentrata sulla fase di analisi del contesto imprenditoriale del territorio, condotta tramite una rilevazione della valutazione del rischio tramite ceck-list già predisposte dalla Regione Calabria nelle attività/imprese per la successiva caratterizzazione e valutazione della sicurezza delle procedure igienico-sanitarie, caratteristiche strutturali, aziendali e buone pratiche di lavorazione finalizzate a stabilire la· frequenza e programmazione dei controlli ufficiali sugli stabilimenti/attività classificati ad alto rischio.

A seguire, in ogni obiettivo di salute, vengono dettagliate le attività locali svolte (linee organizzative e gestionali):

<u>Linea progettuale 2.8.2</u> - PROGETTO 1) Implementazione audit su OSA;
PROGETTO 2) Miglioramento dei piani di controllo e campionamento alimenti e bevande:

L'utilizzazione dello strumento Audit nel controllo ufficiale degli alimenti e bevande ha costituito e costituisce un obiettivo prioritario nella realizzazione delle attività di prevenzione finalizzate ad ottenere risultati efficaci in termini di contenimento delle MTA, attraverso l'innalzamento della qualità delle produzioni alimentari e la consapevolezza degli OSA circa le corrette prassi operative da adottare, perseguendo il fine di una migliore qualità del prodotto sia in termini di sicurezza igienico-sanitaria e sia in termine di qualità nutrizionali. Attraverso il Reg. CE 852/04 – 882/04 si può prevenire e contenere le MTA mediante l'attivazione e l'implementazione sistematica dello strumento Audit sugli OSA, capace di arricchire i processi di sicurezza alimentare, nell'ambito delle lavorazioni/produzioni.

La linea progettuale ha previsto una fase di adeguata formazione di auditors presso il servizio S.I.A.N. da parte della Regione Calabria, fase essenziale e propedeutica alla realizzazione dei programmi, formando n° 3 tecnici della prevenzione su 9 totali appartenenti al Servizio, che corrispondono a circa il 33% del personale, prevedendo inoltre linee guida operative. Si è proceduto cosi ad implementare tale strumento di controllo sugli OSA in forma graduale sul territorio locale nel 2011 e 2012.

Nel PRP fra gli obbiettivi da raggiungere è previsto l'utilizzo sistematico degli audit sugli OSA, organizzazione e processi collegati agli alimenti, identificando le aree di potenziale miglioramento e le eventuali anomalie ed azioni che devono essere implementate per correggerle, al fine di aumentare la sicurezza della lavorazione/produzione alimentari, quale parte integrante dei controlli ufficiali avente una struttura complessa che va pianificata, programmata per il raggiungimento dell'obbiettivo, anche se nella sua complessità dovrebbe essere sufficientemente flessibile da permettere modifiche che possano diventare necessarie man mano la progressione delle attività di audit sul posto.

Inoltre la natura del processo ha un approccio sistematico e pertanto necessiterà di:

- essere il risultato di un processo di pianificazione trasparente che identifichi le priorità in funzione dei rischi in linea con le responsabilità dell'autorità competente in forza del regolamento (CE) n. 882/2004,
- fare parte di un programma di Audit che garantisca la copertura adeguata di tutti i campi di attività pertinenti e di tutte le autorità competenti interessate nei settori contemplati dal regolamento (CE) n. 882/2004 con una cadenza appropriata ai rischi per un periodo non superiore a cinque anni,
- essere supportato da procedure di Audit e da registrazioni documentate per garantire la coerenza tra gli auditor e dimostrare che si adotta un approccio sistematico,
- includere procedure volte a rendere gli Audit efficaci sotto il profilo delle risultanze, compresa la produzione di prove attestanti la conformità o la non conformità, e ad elaborare, approvare e diffondere rapporti di Audit,
- contemplare procedure volte a riesaminare le conclusioni dell'Audit che consentano di identificare in modo capillare i punti forti e deboli del sistema di controllo, diffondere le pratiche ottimali e garantire il controllo di azioni preventive e correttive,
- essere sorvegliato e sottoposto a verifica per assicurare che gli obiettivi del programma di Audit siano stati raggiunti e per identificare opportunità di miglioramento;

e nella programmazione e pianificazione degli Audit è stato individuato il Responsabile per la gestione del programma di Audit e di verifica, il gruppo audit formato da Tecnici della Prevenzione qualificati con l'aggiunta di un Tecnico Esperto, nonché il Responsabile audit che verrà individuato a seconda delle esigenze di servizio e di disponibilità.

Sono state già state organizzate e ampliate una serie di schede "Ceck-list" (DGR 18 giugno 2008, n. 420) per tipologia di attività, inerenti l'attività dell'OSA;

1. locali, impianti ed attrezzature;
2. procedure igieniche;
3. gestione rifiuti;
4. servizi igienici per il personale;
5. servizi igienici per gli avventori;
6. spogliatoi;
7. personale;
8. entità produttive;
9. target di riferimento e caratteristiche dei prodotti alimentari;
10. procedimenti amministrativi e penali;
11. dati storici.

Attraverso la valutazione della caratterizzazione aziendale, si è posto l'obiettivo di fare prevenzione per il contenimento di una potenziale MTA, mentre nella programmazione vi sono varie fasi:

- avvio dell'Audit,
- esecuzione e riesame della documentazione (procedure operative standard, piano di HACCP, altri documenti del manuale di Autocontrollo),

- preparazione dell'attività di Audit sul posto,
- preparazione, approvazione e distribuzione del rapporto di Audit,
- chiusura dell'Audit,
- esecuzione delle azioni a seguire dell'Audit.

come previsto dal Reg. CE 882/2004 e dalla decisione della Commissione Europea del 29 settembre 2006 che stabilisce le linee guida e i criteri di esecuzione degli Audit.

Si è proceduto inoltre ad informare e formare specificatamente il personale che ha collaborato al campionamento di matrici alimentari attraverso una programmazione in grado di determinare l'innalzamento della qualità dell'igiene della lavorazione/produzione alimentari adottando, dei protocolli operativi, modulistica e ceck-list uniformi come da Piano integrato dei controlli Regione Calabria 2010-2011 e programmazione Regionale PNI/MANCP 2011 – 2014, settore LEA del Dipartimento della Salute Regione Calabria.

Il lavoro effettuato ed incentrato sulla esecuzione dei prelievi campione di matrici alimentari, e sugli audit presso gli OSA del settore di manipolazione, vendita, distribuzione e somministrazione di alimenti e bevande, precisamente presso attività di: pasticceria, deposito di alimenti, ristorazione con self-service, bar, laboratorio industriale di imbottigliamento di olio di oliva e l'analisi dei dati reporting circa il campionamento, la verifica e la garanzia di rispondenza ai criteri operativi di *good pratics*, come previsto nei loro piani di autocontrollo, servirà al miglioramento del livello delle sicurezza alimentare.

L'attività sopra specificata ha prodotto per i progetti n° 1 e n° 2, della linea progettuale 2.8.2, come valore osservato fino al 31.12.2011 l'effettuazione di n° 6 audit su Imprese alimentari (il valore indicatore di 30 predisposto dalla Regione Calabria è riferito al territorio regionale pertanto si è raggiunto ampiamente il valore progettuale riferito all'ASP di Crotone), e come valore osservato fino al 31.12.2012 l'effettuazione di n° 6 Audit, per un totale di n°12 Audit, dal gruppo audit formato anche dai 3 Tecnici della Prevenzione già qualificati. Riportando i seguenti risultati:

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	osservato	Atteso	osservato
addetti al controllo ufficiale formati quali auditors	dati atti del Dipartimento Tutela Salute		30	3	60	0
audit effettuati su Imprese alimentari	dati atti del Dipartimento Tutela Salute		30	6	≥	12

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	osservato	Atteso	osservato
addetti al controllo ufficiale formati sulle normative cogenti e le corrette tecniche e metodologie di campionamento e trasporto di matrici alimentari	dati atti del Dipartimento Tutela Salute		30%	33%	60%	60,00%
Elaborazione di programmi regionali annuali di controllo contenenti linee guida operative, check list e modulistica uniformi	dati atti del Dipartimento Tutela Salute		≥ 1	1	≥ 2	2

Linea progettuale 2.8.2 - PROGETTO 3) : Realizzazione centro regionale di riferimento MTA

Per vivere l'uomo ha bisogno di energia e sostanze nutritive che assume dagli alimenti.
La "salubrità" e l'"innocuità" di un alimento, tra cui anche l'acqua, e cioè il mantenimento del valore nutritivo, delle caratteristiche di colore, odore e sapore, ed il valore igienico, cioè l'assenza di contaminanti microbici o tossici sia naturali che involontari o intenzionalmente aggiunti, sono tutelate da numerose norme di legge.

Negli alimenti sono normalmente presenti microrganismi utili in quanto ne favoriscono la preparazione e la digestione: ad esempio i salumi, i formaggi, il vino, devono la loro "bontà" all'azione dei batteri. A volte, però, microrganismi "patogeni" e cioè batteri, virus, parassiti, dannosi per la salute dell'uomo, possono essere presenti nell'acqua e negli alimenti contaminandoli, con diverse modalità.

Gli alimenti contaminati, una volta ingeriti, possono provocare malattie se i microrganismi riescono a superare le barriere difensive dell'uomo: sono le cosiddette "MTA" (Malattie trasmesse da alimenti).

Le malattie veicolate da alimenti sono una causa importante di patologia e ne va individuata la prevenzione ed il controllo come una priorità di sanità pubblica, anche in base a una serie di fattori, inclusi

la natura e la dimensione del focolaio, la sua gravità rispetto alla salute pubblica e il suo impatto economico.

Il successo dell'indagine e del controllo dei focolai di malattie trasmesse dagli alimenti dipende da un modo di agire tempestivo e responsabile. Quando insorge un focolaio, tutti gli individui coinvolti nell'indagine devono comprendere chiaramente la linea d'azione; non si deve perdere tempo nella discussione di questioni politiche, che dovrebbero essere state risolte in precedenza.

I passaggi tipici nell'indagine sui focolai di malattie trasmesse dagli alimenti sono:

- stabilire l'esistenza di un focolaio;
- verificare la diagnosi;
- definire e contare i casi;
- determinare la popolazione a rischio;
- descrivere l'epidemiologia;
- sviluppare ipotesi;
- valutare le ipotesi;
- intraprendere studi epidemiologici, ambientali e di laboratorio aggiuntivi, se necessario;
- attuare misure di controllo e prevenzione;
- comunicare i risultati.

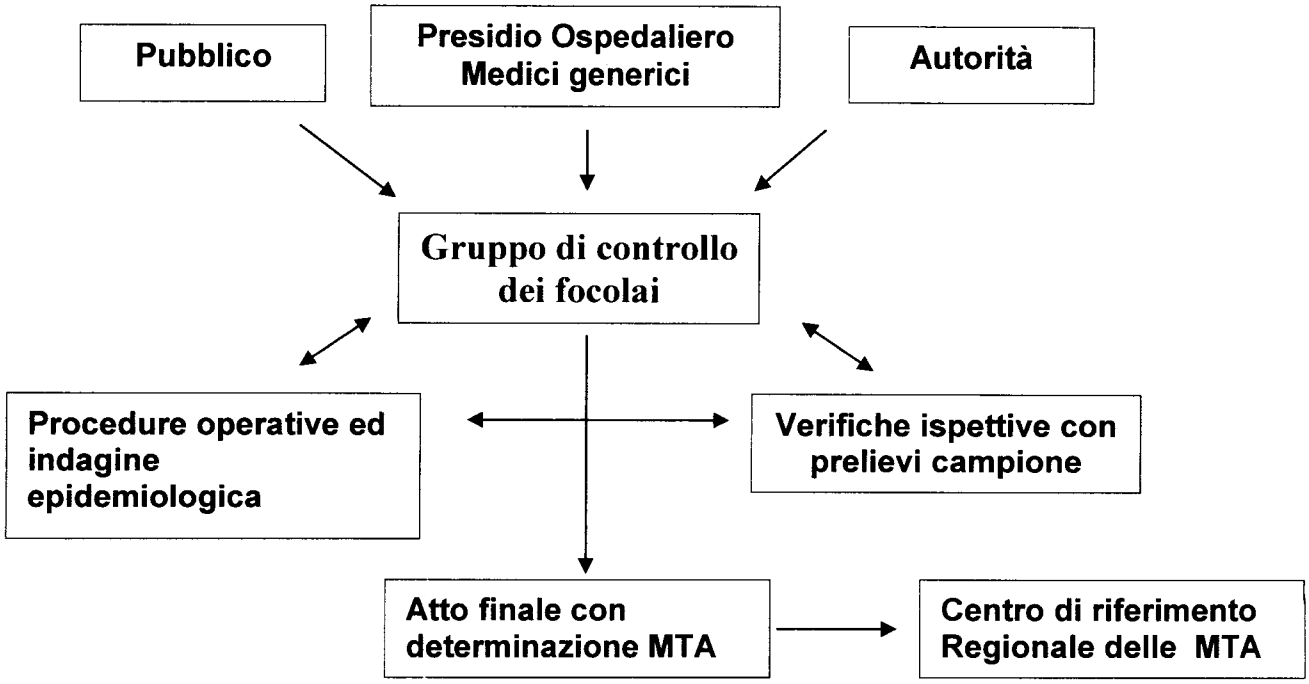
L'ideale è stato creare un gruppo di controllo identificato nel servizio SIAN, il quale responsabile, in qualità di responsabile e referente MTA, dovrà coordinare la gestione del primo livello delle operazioni di controllo delle MTA.

Viene identificato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione la dr.ssa Marasco Maria Onorina quale referente del gruppo di controllo delle MTA che si occuperà di coordinare la gestione di primo livello delle operazioni, in quanto anche Responsabile del servizio SIAN, la quale ha già proceduto ad adottare un piano operativo e ad informare i componenti del gruppo di controllo sulle procedure da adottare, avanzando una riunione operativa per stabilire de quo.

Il ruolo del gruppo di controllo consiste nel coordinare tutte le attività attinenti all'indagine e al controllo di un focolaio (vedi Figura 1). Ciò può riguardare:

- decidere se si tratta realmente di un focolaio;
- decidere il tipo di indagini da effettuare;

Figura 1. Ruolo di coordinamento del gruppo di controllo nella sorveglianza dei focolai



A livello aziendale il referente del centro MTA ha indicato e condiviso le linee guida dettate dal DGR 752 del 30 Nov. 2010 (Sezione 3 punto 3.4 del Piano) una serie di procedure operative utili per le indagini da condividere tra tutti i Servizi eventualmente coinvolti, e precisamente:

1. Indagine epidemiologica in seguito a denuncia malattia infettiva di origine alimentare;
2. Ispezione nelle sedi implicate nell'episodio, nei luoghi di produzione, nei luoghi di consumo;
3. Prelievo di campioni biologici;
4. Esecuzione di tamponi ambientali;
5. Prelievo di campioni di alimenti;
6. Casi di avvelenamento da funghi;
7. Predisposizione/raccomandazione di interventi correttivi e attivazione delle misure di controllo;
8. Comunicazione dei risultati dell'indagine con relazione finale.

Per quanto sopra il gruppo MTA effettua a fine anno una valutazione dei dati con successiva elaborazione di indicazioni e programmazioni di controllo, ispezioni, campionamenti e procedure operative mirate per la prevenzione ed il miglioramento del prosieguo dell'obbiettivo generale della salute.

In seguito si riporta la scheda "Indicatore di processo e di risultato" precisando che i valori osservati sono riferiti alla riunione ed alla programmazione del piano operativo adottato.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	osservato	Atteso	osservato
incontri formativi destinati agli operatori interessati	Banca dati atti del Dipartimento Tutela Salute		5	1	≥	10
Regolamento di organizzazione e funzionamento della rete di sorveglianza delle MTA	Banca dati atti del Dipartimento Tutela Salute		≥ 1	1	≥	2

In conclusione tutte le attività svolte sopra citate tengono conto come obbiettivo primario l'effettuazione una prevenzione sulle malattie determinate da alimenti al fine di raggiungere un elevato livello di sicurezza alimentare mediante l'attuazione di piani di controlli basati sulla valutazione del rischio, prelievi campione programmati sugli alimenti ed indagini epidemiologiche capaci di migliorare i processi di sicurezza alimentare nell'ambito delle lavorazioni/produzioni.

Si allega alla presente i fac-simile utilizzati:

- comunicazione di effettuazione Audit;
- notifica Audit;
- Verbale inizio Audit;
- Rapporto Audit con relativa scheda di risultanza (audit sul campo ed Audit documentale), valutazione globale e conclusioni;
- scheda non conformità;
- ceck-list conoscitiva per i locali ai fini della categorizzazione;
- ceck-list strutturale (allegati D-E-I-L) BURC n° 14 parte I e II 2008.

I Tecnici della Prevenzione

(De Roberto Angelo)

(Lepera Mario)

(Sacco Roberto)

La Referente del P.R.P.
2010-2012
Linea progettuale 2.8.2

(Dr.ssa M. O. Marasco)

ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Graecia

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
tel. 0962.924547 fax 924643

Prot. ...../SIAN/DP

Crotone, lì.....

Spett.le _____

_____

_____

OGGETTO: Effettuazione Audit.

Nell'ambito dei controlli ufficiali effettuati per la verifica delle conformità degli operatori ai requisiti previsti dai Regolamenti comunitari n° 852/04, 853/04 e 178/2002, questo ufficio ha predisposto un programma di Audit o visite sistematiche che si effettueranno pressi gli impianti/aziende di produzione, trasformazione, trasporto, magazzinaggio, somministrazione e vendita di prodotti alimentari esistenti sul territorio di questa Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone.

La finalità dell'Audit è di verificare che gli Operatori del Settore Alimentare (O.S.A.) predispongono ed implementano in modo corretto ed efficace i sistemi di gestione per la sicurezza alimentare.

Con successiva comunicazione questo ufficio Le notificherà il giorno previsto per l'effettuazione dell'Audit, la cui durata dipenderà dalla dimensione dell'impianto, tipo di lavorazione effettuata e sistemi utilizzati per la gestione del rischio. Si può comunque prevedere che non superi uno o due giorni.

La preghiamo di assicurare nel corso dell'Audit la presenza del personale responsabile per l'autocontrollo e/o qualità al fine di facilitare l'attività di ricognizione e valutazione di tutta la documentazione utile.

Nell'allegato alla presente Le inviamo alcune informazioni relative all'attività di Audit.

Questo ufficio rimane comunque a disposizione per ogni necessario chiarimento.

Distinti saluti.

Il Responsabile
del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Dr.ssa M. O. Marasco

ASP
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Grecia

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
tel. 0962.924547 fax 924643

Crotone, lì.....

Spett. le _____

_____

_____

OGGETTO: Notifica Audit.

Nell'ambito dei controlli ufficiali effettuati per la verifica delle conformità degli operatori ai requisiti previsti dai Regolamenti comunitari n° 852/04, 853/04 e 178/2002, questo ufficio ha predisposto un programma di Audit o visite sistematiche che si effettueranno pressi gli impianti/aziende di produzione, trasformazione, trasporto, magazzinaggio, somministrazione e vendita di prodotti alimentari esistenti sul territorio di questa Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone.

Lo scopo dell'Audit è di:

- verificare la conformità ed efficacia delle procedure per la sicurezza in relazione alla produzione alimentare;
- dare raccomandazioni all'operatore nel caso vengano evidenziate necessità di migliorare la procedure interne ed i controlli;
- adottare se necessario misure appropriate di controllo del rischio;
- stabilire un punteggio di rischio per definire la frequenza di visite successive nell'arco di un anno.

Personale incaricato:

- Responsabile del gruppo Audit: _____;
- Auditors: Dr. _____;
- Tecnico d. Prevenzione AGA: _____.

Per quanto sopra espresso, con la presente si comunica che l'Audit presso il suo impianto/azienda in indirizzo verrà effettuato in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ al termine del quale verranno consegnate:

- il rapporto di Audit;
- le non conformità evidenziate;
- una valutazione conclusiva sul sistema di gestione per la sicurezza alimentare;
- una prima classificazione in base al livello di rischio alimentare esistente e le risultanze di ciascuna area sottoposta ad esame (sia su campo che documentale):
  - **AUDIT SUL CAMPO**:
    - Controllo strutturale e gestionale generale;
    - Controllo delle procedure basate sull'HACCP;
    - Controllo basato sulla buona prassi igienica;
    - Verifica della rintracciabilità.
  - **AUDIT DOCUMENTALE**:
    - registrazioni dei processi produttivi inerenti l'attività esercitata nello stabilimento;
    - autorizzazioni (reg. D.I.A. compresa le relazioni tecniche e planimetrie in lay-out, attrezzature e processi produttivi);
    - convenzioni con ditte esterne;
    - certificati di conformità;
    - procedure operative sulla sicurezza alimentare;

- registri e schede di registrazioni;
- eventuale altra documentazione consequenziale a dimostrazione di altra esibita.

La durata dell'Audit potrebbe prorogarsi anche per il giorno successivo in quanto dipenderà dalla dimensione dell'impianto, dal tipo di lavorazione effettuata e dai sistemi utilizzati per la gestione del rischio.

Gli impianti, le singole aree ed i processi dell'impianto/azienda, compresa la documentazione disponibile, verranno esaminati durante l'ispezione nella successione indicata nel piano di Audit sopra citato e sviluppato dal responsabile del gruppo di Audit.

A tale scopo si richiede di attivarsi per garantire il rispetto del programma concordato, fatto salvo eventuali modifiche dettate da situazioni particolarmente critiche.

Pertanto la preghiamo di assicurare nel corso dell'Audit la presenza del personale responsabile per l'autocontrollo e/o della qualità al fine di facilitare l'attività di ricognizione e valutazione di tutta la documentazione utile.

Questo Ufficio rimane comunque a disposizione per ogni necessario chiarimento.

Distinti saluti.

Il Responsabile
del Gruppo Audit

_____

ASP
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Grecia

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
tel. 0962.924547 fax 924643

Crotone, lì.....

Verbale di inizio Audit presso la ditta _____.

In data _____ alle ore _____ presso l'attività _____sita nel Comune di _____ in via _____, di cui è legalmente responsabile il sig. _____ nato a _____ il _____ e residente a _____in via _____, si è dato inizio ad un audit sull' OSA.

Alla riunione di apertura erano presenti:

Gruppo di audit Servizio SIAN ASP di Crotone:

Responsabile del gruppo di audit: Dr _____;
Auditor: Dr. _____;
Tecnico d. Prevenzione AGA: Dr. _____.

Per la ditta: Sig. _____, in qualità legale rappresentante.
Sig.: _____- in qualità di Responsabile Piano Sicurezza Alimentare.

Il Responsabile del gruppo di audit, dopo avere presentato i componenti del gruppo ed illustrato le caratteristiche dell'audit, la conferma del piano di audit con la descrizione sintetica delle modalità di esecuzione delle diverse attività, gli obiettivi, i criteri, l'estensione ed i limiti, come precedentemente comunicato, ha dato avvio ai lavori.

Prima fase, Audit documentale:

E' stata data informazione ai presenti che, nel corso dell'audit, si procederà inizialmente alla valutazione documentale dello stabilimento ed ove possibile, all'eventuale acquisizione in copia della stessa, compreso le registrazioni ed i processi produttivi inerenti l'attività esercitata nello stabilimento (autorizzazioni, convenzioni con ditte esterne, certificati di conformità, procedure operative sulla sicurezza alimentare, registri e schede di registrazioni, ecc.).

Seconda fase, Audit in campo:

Successivamente si procederà ad effettuare un audit in campo con la raccolta e la verifica delle informazioni relative agli obiettivi prefissati. Questa fase riguarderà la valutazione delle caratteristiche strutturali e gestionali dello stabilimento, dei processi produttivi, dei percorsi dei prodotti alimentari e non e del personale ecc. Le relative informazioni saranno raccolte mediante interviste ed osservazioni delle attività produttive.

Nel corso dell'audit, potranno essere effettuati eventuali campionamenti per analisi di laboratorio sugli alimenti.

Eventuali non conformità emerse verranno evidenziate e notificate all'OSA mediante apposite schede che verranno allegate al rapporto di audit.

Detto, fatto, confermato e sottoscritto.

L'OSA | Il Gruppo Audit

_____ | _____

ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Graecia
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Tel. 0962.924547 fax 0962.924643

Crotone, lì _____

RAPPORTO AUDIT N° _____

Ditta: _____

Indirizzo: _____

Registrazione DIA n° _____ anno _____ del _____

Data della visita _____

Orario di effettuazione: dalle ore _____ alle ore _____

Obiettivi: Verificare se il sistema di gestione, personale e le attività del personale nell'azienda in tutte le fasi del processo di produzione soddisfano i pertinenti requisiti dei regolamenti ed è adeguato al raggiungimento degli obiettivi dell'impresa. Verificare i dati dell'Operatore del Settore Alimentare (OSA) sulla base dei dati disponibili per la tipologia di attività in esame

Criteri: Reg. 852, 853, 854, Reg. 178 – Procedure basate sull'HACCP.

Estensione e limiti: _____

Gruppo di audit: Servizio SIAN:

Responsabile gruppo audit: _____

Componente: _____

Responsabile SIAN: _____

Azienda: _____

Consulente per la sicurezza alimentare: _____

Responsabile: _____

L'audit è stato condotto secondo le procedure elaborate dall'Ufficio ispezionando locali, attrezzature, processi. Il gruppo di audit è stato accompagnato da _____ ed il metodo di audit ha utilizzato interviste con il personale e responsabili delle aree oggetto di verifica, osservazioni di attività in corso, riesame della documentazione disponibile e relative registrazioni.

Dalla visita sono scaturite non conformità e richieste di azioni correttive come indicate di seguito e riferite sia ad audit di campo che documentale. Le richieste di azioni correttive sono state discusse nel corso della riunione finale ed il titolare provvederà ad individuare ed implementare le azioni ritenute idonee a soddisfare le richieste allegate al presente rapporto, nel rispetto dei tempi concordati. Ciascuna scheda di NC con indicate le azioni correttive, firmata dal responsabile dell'impianto, è stata consegnata a conclusione della visita e fanno parte integrante del presente rapporto a cui sono allegate.

RISULTANZE

AUDIT SUL CAMPO

Aree valutate	Non conformità		Osservazioni
PRODUZIONE IGIENICA			
Locali	Si ·	No ·	_____
Ambiente	Si ·	No ·	_____
Attrezzature	Si ·	No ·	_____
Controllo dei prodotti alimentari	Si ·	No ·	_____
Controllo delle temperature	Si ·	No ·	_____
SISTEMI DI GESTIONE E CONTROLLO DEI PERICOLI			
Buone prassi igieniche (BPI)	Si ·	No ·	_____
Procedure basate sul sistema HACCP	Si ·	No ·	_____
Formazione del personale	Sì ·	No ·	_____

AUDIT DOCUMENTALE

Documentazioni	Non conformità		Osservazioni
Prerequisiti	Si ·	No ·	_____
Procedure basate sull'HACCP	Si ·	No ·	_____
Registro non-conformità	Si ·	No ·	_____
Registrazione DIA	Si ·	No ·	_____
Approvvigionamento acqua idonea cons. umano	Si ·	No ·	_____
Registrazione temperatura	Si ·	No ·	_____
Procedura per la rintracciabilità	Si ·	No ·	_____
Procedura pulizia sanificazione	Si ·	No ·	_____
Piano Disinfestazione	Si ·	No ·	_____
Attestati di formazione del personale	Si ·	No ·	_____

VALUTAZIONE GLOBALE E CONCLUSIONI

Contestualmente alla verifica delle aree sopra indicate, è stata effettuata una prima valutazione del rischio dell'impianto utilizzando un modello sviluppato da questo Ufficio che prende in considerazione alcuni fattori di rischio e le attività condotte dall'operatore. All'impianto è stato assegnato un profilo di rischio_____ .

Ciò comporterà l'effettuazione del prossimo audit fra _____ mesi.

Per gli interventi correttivi delle non conformità di tipo di tipo strutturale e funzionali sopra evidenziate, la Ditta provvederà a trasmettere a questo Servizio entro 10 gg. dal ricevimento del presente rapporto, un adeguato programma di interventi calendarizzati (che non dovrà superare mesi....) che verrà sottoposto ad una valutazione tecnica di congruità..

La valutazione della effettiva attuazione e adeguatezza verrà condotta dal Responsabile del Servizio SIAN o collega nel corso delle attività di ispezione presso l'impianto. Il titolare o suo delegato provvederà in tempi successivi ad informare questo ufficio tramite comunicazione scritta circa la risoluzione delle non conformità evidenziate.

Le presenti conclusioni sono riferite esclusivamente a quanto effettivamente esaminato in corso di audit.

Il Responsabile del
gruppo di audit

_____

ASP
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Graecia

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
tel. 0962.924547 fax 924643

SCHEDA DELLE NON CONFORMITA'

DATA ____/____/____ Numero Non Conformità: _____

Ditta e sede dell'attività	
Notifica al rappresentante della Ditta:	Sig. _____
Tipologia Impianto/Azienda	

Descrizione delle NON CONFORMITA' ed eventuali prescrizioni

_____
_____
_____
_____
_____

Firma addetto al controllo ufficiale _____

Firma O.S.A. _____

Trattamento delle NON CONFORMITA'

_____
_____
_____
_____
_____

Data prevista per il completamento delle NON CONFORMITA' _____

Firma O.S.A. _____

Data effettiva di chiusura delle NON CONFORMITA' _____

Firma O.S.A. _____

Verifica da parte dell'Autorità Competente

_____
_____
_____
_____
_____

Esito: ▪ AC attuata ▪ AC non attuata

DATA: Firma Addetto Controllo Ufficiale _____

ASP AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

Check list conoscitiva per locali di somministrazione, commercio, deposito e vendita di alimenti

ANAGRAFICA DELL'ESERCIZIO

Deposito di Smistamento ☐ Deposito all'Ingrosso ☐ Vendita al Minuto con annesso deposito ☐ Somministrazione ☐

Trasformazione e vendita ☐ Specificare attività _____

Personale dell'Azienda: Titolare ☐ Preposto ☐ Soci ☐ Dipendenti ☐ Familiari ☐

NOME O RAGIONE SOCIALE

Legale Rappresentante: _____

nato a: _____ il _____

e residente a _____ via _____

Documento _____ n° _____ rilasciato da _____

SEDE LEGALE

Comune: _____ via _____

P.IVA/CF _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____

RESPONSABILE DEI LOCALI (compilare se diverso dal Legale Rappresentante)

Sig. _____ nato a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

CARATTERESTICHE DELLO STABILIMENTO

1. **DATA DI COSTRUZIONE O DI RISTRUTTURAZIONE SIGNIFICATIVA**
Nuova Costruzione ☐ 0 Recente Ristrutturazione ☐ 10 Abbastanza Recenti ☐ 20 Datate ☐ 30

2. **CONDIZIONI GENERALI E DI MANUTENZIONE DELLO STABILIMENTO**
Buone ☐ 0 Discrete ☐ 20 Scarse ☐ 40 Insufficienti ☐ 70

Ris ___ X 0,10= ___

ENTITA' PRODUTTIVA

3. **DIMENSIONE DELLO STABILIMENTO ED ENTITA' DELLA PRODUZIONE**
Familiare ☐ 0 Artigianale ☐ 15 Industriale Medio ☐ 20 Industriale Grande ☐ 50

4. **DIMENSIONE DEL MERCATO SERVITO**
Locale ☐ 0 Regionale/Provinciale ☐ 15 Nazionale ☐ 30 Comunitario Paesi Terzi ☐ 50

Ris ___ X 0,10= ___

PRODOTTI

5. **CATEGORIA DI ALIMENTO**
A: cons. a temp.amb. ☐ 0 **B:** conf. pastorizz. ☐ 15 **C:** lavorati soggetti a contamin. ☐ 30 **D:** deriv. da lav. complesse da refrig ☐ 50

6. **DESTINAZIONE D'USO**
Alimento da Sottoporre a Trasformazione Successiva ☐ 0 Alimenti da Utilizzare Previa Cottura o Destinato alla Trasformazione ☐ 15 Alimento di Categoria B-C-D Pronto al Consumo ☐ 30 Alimenti per Catg. Particolari (anziani bambini malati ecc.) ☐ 50

Ris ___ X 0,18= ___

IGIENE DELLA PRODUZIONE

7. **PROFESSIONALITA' E DELLA DISPONIBILITA' ALLA COLLABORAZIONE DELLA DIREZIONE DELLO STABILIMENTO**
Elevato ☐ 0 Discreto ☐ 15 Scarsa ☐ 30 Insufficiente ☐ 50

8. **FORMAZIONE IGIENICO SANITARIA E COMPETENZA DEGLI ADDETTI**
Elevato ☐ 0 Discreto ☐ 15 Scarsa ☐ 30 Insufficiente ☐ 50

Ris ___ X 0,20= ___

SISTEMA DI AUTOCONTROLLO

9. **COMPLETEZZA FORMALE DEL PIANO DI AUTOCONTROLLO**
Completa ☐ 0 Adeguata ☐ 5 Da Integrare ☐ 15 Inadeguata ☐ 25

10. **GRADO DI APPLICAZIONE ED ADEGUATEZZA**
Applicato e Adeguato ☐ 0 Carenze "Minori" ☐ 25 Carenze "Maggiori" ☐ 45 Inadeguato o non applicato ☐ 75

Ris ___ X 0,22= ___

DATI STORICI

11. **IRREGOLARITA' E NON CONFORMITA' PREGRESSE RISCONTRATE**
Non Significative o Formali ☐ 0 Non Significative o Formali Ripetute ☐ 30 Sostanziali Gravi isolate e risolte ☐ 60 Sostanziali o Gravi, ripetute e non Risolte ☐ 100

Ris ___ X 0,20= ___

Valutazione Rischio _____

Categoria di Rischio: Basso Medio Alto

Allegato D 2008

CHECK-LIST STRUTTURALE E GESTIONALE PER IL CONTROLLO DELLE STRUTTURE
punto 12 del registro dei controlli

DATI ANAGRAFICI

Data _____

[illegible] _____ Cod. fiscale _____

SEDE STABILIMENTO: Comune _____ Provincia _____

Via _____ n. _____

[illegible] CE IT _____ N. registrazione/autorizzazione _____

[illegible] autorizzate _____

Verifica effettuata da _____ qualifica _____

Data della verifica _____

Allegato D **2008**

CHECK-LIST STRUTTURALE E GESTIONALE GENERALE (Regolamento (CE) 852/2004)

LOCALI DOVE SONO LAVORATI, PREPARATI E TRASFORMATI GLI ALIMENTI	SI	NO	N.A.	Non conformità/varie	Riferimento normativo
Le condizioni di pulizia sono idonee					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 1
Sistema, progettazione, costruzione, [illegible] e dimensioni idonee					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2
consentono un'adeguata **manutenzione e pulizia/disinfezione**					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2a)
consentono di evitare la **contaminazione aerea** ovvero c'è una separazione tra i locali di [illegible] e la lavorazione					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2a)
l'accesso esterno agli spogliatoi e da questi ai locali di lavorazione sono posti in modo tale da non consentire una comunicazione diretta tra [illegible] e locali di lavorazione					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2a)
lo **spazio di lavoro** è sufficiente per svolgere le operazioni in condizioni di igiene					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2a)
sono presenti zone in cui si potrebbe **accumulare sporcizia**					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2b)
sono presenti materiali con potenziali effetti tossici sull'alimento					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2b)
sono presenti materiali che potrebbero [illegible] **penetrazione di particelle negli alimenti**					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2b)
la struttura è stata concepita per evitare la formazione di **condensa e muffe**					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2b)
la struttura consente una **buona prassi di igiene alimentare**					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2c)
la struttura consente una buona protezione contro la **contaminazione**					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2c)
la struttura consente di attuare la lotta contro gli **animali infestanti**					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2c)
le strutture di **magazzinaggio refrigerato** hanno una capacità sufficiente					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2d)
sono state concepite per mantenere le condizioni di temperatura previste per il tipo di prodotto stoccato					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2d)
è presente di un sistema di registrazione della temperatura delle celle frigorifere e dei locali che lavorano a temperatura controllata					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 2d)
[illegible] **servizi igienici** in numero [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 3
sono costruiti in modo da non immettere direttamente nei locali di lavorazione					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 3

Allegato D 2008

	SI	NO	N.A.	Non conformità/varie	Riferimento normativo
[illegible] numero sufficiente di **lavabi**					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 4
[illegible] e segnalati					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 4
[illegible] non manuale					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 4
[illegible] con acqua corrente calda e fredda					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 4
[illegible] di detergente ed [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 4
[illegible] per il lavaggio degli alimenti sono separati da quelli per il lavaggio delle mani					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 4
Areazione adeguata che eviti il flusso d'aria da [illegible] a zona pulita					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 5
Illuminazione adeguata					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 6
Impianti di scarico sono progettati e [illegible] in modo da evitare il rischio di [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 8
[illegible] i canali di scarico siano totalmente o [illegible] scoperti il flusso d'acqua procede [illegible] quella sporca.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo I requisiti generali punto 8

REQUISITI SPECIFICI APPLICABILI AI LOCALI ALL'INTERNO DEI LOCALI IN CUI I PRODOTTI ALIMENTARI VENGONO PREPARATI, LAVORATI O TRASFORMATI	SI	NO	N.A.	Non conformità/varie	Riferimento normativo
Pavimenti [illegible] impermeabili, lavabili e disinfettabili					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1a)
[illegible] buone condizioni					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1a)
[illegible] con pozzetti a sifone muniti di griglia					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1a)
[illegible] con pendenza ed [illegible] delle acque					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1a)
Pareti [illegible] impermeabili, lavabili, disinfettabili [illegible] altezza adeguata					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1b)
[illegible] condizioni adeguate					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1b)
[illegible] altezza adeguata alle produzioni					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1b)
punti di congiunzione tra pareti e pavimenti con angoli e spigoli arrotondati					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1b)

Allegato D

2008

	SI	NO	N.A.	Non conformità/varie	Riferimento normativo
Soffitti [illegible] pulibili					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1c)
[illegible] in modo da evitare l'accumulo di sporcizia					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1c)
[illegible] in modo da ridurre la formazione di condensa e muffe					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1c)
[illegible] in modo da evitare la caduta di [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1c)
Le finestre e le altre aperture sono costruite in modo da impedire l'accumulo di sporcizia					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1d)
Le finestre e le aperture verso l'esterno devono essere, se necessario, dotate di barriere [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1d)
Porte lavabili, disinfettabili					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1e)
Superfici delle zone di manipolazione degli alimenti lisce e non assorbenti					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1f)
[illegible] attrezzature in materiale [illegible] e non assorbente					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1f)
[illegible] costruzione					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1f)
[illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1f)
[illegible] di manutenzione					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 1f)
[illegible] **attrezzature per la pulizia**, [illegible] degli strumenti di lavoro					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 2
Sterilizzatori [illegible] in numero sufficiente					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 2
[illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 2
[illegible] a temperatura di almeno 82°C					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 2
[illegible] sufficiente					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 2
[illegible] in tubazioni chiuse					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 2
[illegible] attrezzature per il lavaggio alimenti					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 3
[illegible] calda e fredda					Reg. 852/2004 All. II Capitolo II requisiti specifici punto 3

Allegato D 2008

REQUISITI APPLICABILI ALLE ATTREZZATURE	SI	NO	N.A.	Non conformità/varie	Riferimento normativo
Tutti i materiali, le apparecchiature e le attrezzature che vengono a contatto degli alimenti sono:					Reg. 852/2004 All. II Capitolo V requisiti applicabili alle attrezzature
[illegible] efficacemente puliti e, se necessario, disinfettati					Reg. 852/2004 All. II Capitolo V requisiti applicabili alle attrezzature punto 1a)
[illegible] pulizia e la disinfezione avvengono con una [illegible] materiali ed evitare ogni rischio di [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo V requisiti applicabili alle attrezzature punto 1a)
Costruiti in materiale tale da rendere minimi i rischi di contaminazione;					Reg. 852/2004 All. II Capitolo V requisiti applicabili alle attrezzature punto 1b)
[illegible] in buono stato e sottoposti a regolare manutenzione					Reg. 852/2004 All. II Capitolo V requisiti applicabili alle attrezzature punto 1b)
Ag[illegible] in modo da [illegible] agevole pulizia delle stesse e [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo V requisiti applicabili alle attrezzature punto 1d)
[illegible] devono essere munite di [illegible] controllo necessario per [illegible] del regolamento.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo V requisiti applicabili alle attrezzature punto 2

RIFIUTI ALIMENTARI.	SI	NO	N.A.	Non conformità/varie	Riferimento normativo
I rifiuti alimentari i sottoprodotti non commestibili e gli altri scarti sono rimossi al più presto, evitando accumuli, dai locali in cui si [illegible] gli alimenti					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VI Rifiuti alimentari punto 1
I rifiuti alimentari i sottoprodotti non commestibili e gli altri scarti sono depositati in [illegible] dove opportuno					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VI Rifiuti alimentari punto 2
[illegible] costruiti in modo adeguato, [illegible] condizioni igieniche e sono facilmente pulibili e disinfettabili					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VI Rifiuti alimentari punto 2
Sono in vigore opportune disposizioni per il deposito e la rimozione dei rifiuti alimentari, dei sottoprodotti non commestibili e degli altri scarti					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VI Rifiuti alimentari punto 3
I depositi sono costantemente puliti					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VI Rifiuti alimentari punto 3
I depositi sono protetti dall'accesso di animali e di animali infestanti.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VI Rifiuti alimentari punto 3
[illegible] apposito/recipienti [illegible] destinate al consumo [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VI Rifiuti alimentari punto 4

Allegato D **2008**

RIFORNIMENTO IDRICO.	SI	NO	N.A.	Non conformità/varie	Riferimento normativo
Il rifornimento di acqua potabile è sufficiente.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VII Rifornimento idrico punto 1
[illegible] potabile viene utilizzata per [illegible] comportano un contatto sia [illegible] con l'alimento (ad esempio [illegible], la produzione di vapore, la refrigerazione e altri scopi analoghi) [illegible] condotte separate debitamente [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VII Rifornimento idrico punto 2
Le condotte di acqua non potabile sono completamente indipendenti da quelle di acqua potabile, evitando qualsiasi possibilità di [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VII Rifornimento idrico punto 2
[illegible] utilizzata nella trasformazione [illegible] non presenta rischi di [illegible] e risponde ai requisiti fissati per [illegible] potabile					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VII Rifornimento idrico punto 3
Il ghiaccio che entra in contatto con gli alimenti [illegible] contaminare gli stessi è [illegible] fabbricato, manipolato e [illegible] in modo da evitare ogni possibile [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VII Rifornimento idrico punto 4
Il vapore direttamente a contatto con gli alimenti non contiene alcuna sostanza che presenti un pericolo per la salute o possa [illegible] gli alimenti.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VII Rifornimento idrico punto 5
[illegible] termico applicato a [illegible] in contenitori [illegible] sigillati, l'acqua utilizzata per raffreddare i contenitori dopo il trattamento può [illegible] di contaminazione per i prodotti alimentari.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VII Rifornimento idrico punto 6

IGIENE PERSONALE	SI	NO	N.A.	Non conformità/varie	Riferimento normativo
Il personale che lavora in locali per il [illegible] di alimenti mantiene uno standard elevato di pulizia personale					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VIII Igiene personale punto 1
Il personale indossa indumenti adeguati, puliti [illegible], protettivi.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VIII Igiene personale punto 1
Alle persone affette da malattia o portatrice di [illegible] attraverso gli alimenti [illegible] esempio ferite infette, [illegible] della pelle, piaghe o soffra di diarrea) è vietata la manipolazione degli alimenti e l'entrata in qualsiasi area di trattamento degli alimenti, qualora esista una probabilità di contaminazione diretta o indiretta degli [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VIII Igiene personale punto 2
[illegible] presenti persone portatrici di tale [illegible] le fasi della verifica					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VIII Igiene personale punto 2
[illegible] affette da una delle patologie [illegible] che possono venire a contatto con gli [illegible] immediatamente la propria malattia o i propri sintomi, precisando [illegible] le cause, al responsabile [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo VIII Igiene personale punto 2

Allegato D **2008**

REQUISITI APPLICABILI AI PRODOTTI ALIMENTARI	SI	NO	N.A.	Non conformità/varie	Riferimento normativo
[illegible] non accetta materie prime [illegible] contaminati, o [illegible] contaminati, da parassiti, [illegible] patogeni o tossici, sostanze [illegible] in misura tale da [illegible] prodotto finale inadatto al consumo [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 1
[illegible] materie prime e tutti gli ingredienti [illegible] sono opportunamente conservati [illegible] deterioramento nocivo e [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 2
[illegible] trasformazione e [illegible] alimenti sono protetti da [illegible] contaminazione che può [illegible] al consumo umano, nocivi per la salute o contaminati in modo tale da non [illegible] ragionevolmente consumati in tali [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 3
[illegible] adeguate procedure adeguate per [illegible] gli animali infestanti e per impedire [illegible] di poter essere allo [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 4
[illegible] gli ingredienti, i prodotti [illegible] in grado di consentire la [illegible] di microorganismi [illegible] la formazione di tossine sono [illegible] delle temperature previste dalla [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 5
[illegible] del freddo viene costantemente [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 5
[illegible] di locali adeguati, [illegible] per consentire il [illegible] delle materie prime e [illegible] trasformati e di uno spazio [illegible] sufficiente.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 5
[illegible] alimentari devono essere [illegible] a bassa temperatura, vengono [illegible] il più rapidamente possibile (ad [illegible] abbattitore o tunnel di [illegible])					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 6
[illegible] dei prodotti alimentari è [illegible] tale da ridurre al minimo il [illegible] di microorganismi [illegible] la formazione di tossine. Nel corso [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 6
[illegible] scongelamento, gli alimenti [illegible] a temperature che non [illegible] per la salute.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 6
[illegible] liquido derivante dallo [illegible] costituire un rischio per la [illegible] adeguatamente allontanato.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 6
[illegible] gli alimenti sono [illegible] tale da ridurre al minimo [illegible] di microorganismi [illegible] la formazione di tossine.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo IX Requisiti applicabili ai prodotti alimentari punto 7

Allegato D **2008**

REQUISITI APPLICABILI AL CONFEZIONAMENTO E ALL'IMBALLAGGIO DI PRODOTTI ALIMENTARI	SI	NO	N.A.	Non conformità/varie	Riferimento normativo
I materiali di confezionamento composti il confezionamento e l'imballaggio potrebbero [illegible] fonte di contaminazione.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo X Requisiti applicabili al confezionamento e all'imballaggio di prodotti alimentari punto 1
[illegible] confezionamento sono [illegible] in modo tale da non essere [illegible] di contaminazione.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo X Requisiti applicabili al confezionamento e all'imballaggio di prodotti alimentari punto 2
[illegible] confezionamento e di [illegible] sono effettuate in modo da evitare la contaminazione dei prodotti.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo X Requisiti applicabili al confezionamento e all'imballaggio di prodotti alimentari punto 3
[illegible] in particolare in caso di [illegible] metalliche e di vasi in vetro, è [illegible] del recipiente e la sua [illegible]					Reg. 852/2004 All. II Capitolo X Requisiti applicabili al confezionamento e all'imballaggio di prodotti alimentari punto 3
I materiali di confezionamento e gli imballaggi riutilizzati per i prodotti alimentari sono facili da pulire e, se [illegible], da disinfettare.					Reg. 852/2004 All. II Capitolo X Requisiti applicabili al confezionamento e all'imballaggio di prodotti alimentari punto 4

Allegato E

2008

CHECK-LIST PER IL CONTROLLO DELLE CONDIZIONI IGIENICHE PREOPERATIVE
punto 13 del registro dei controlli

DATI ANAGRAFICI

Ditta _____

Rappresentante legale _____ Cod. fiscale _____

SEDE STABILIMENTO: Comune _____ Provincia _____

Via _____ n. _____

Approval number: CE IT _____ N. registrazione/autorizzazione _____

tipologie di attività autorizzate _____

Verifica effettuata da _____ qualifica _____
data della verifica _____

Locali di produzione	**SI**	**NO**	**N.A.**	**Non conformità/varie**
Pavimenti puliti				
Pareti e porte pulite				
Soffitti puliti e assenza ragnatele				
Pedane (in caso di macelli) pulite				
Lavandini puliti e				
dotati di carta asciugamani a perdere				
cestino coperto dotato di pedale e pulito				
Sterilizzatori puliti				
con temperatura acqua uguale o superiore a 82°C				
Attrezzature del locale pulite				
Piani di lavoro puliti				
Temperatura del locale uguale o inferiore a 12°C				
Contenitori dedicati ai sottoprodotti puliti				
ben identificati				
posizionati correttamente				
Porte di accesso all'impianto regolarmente chiuse				

Allegato E

2008

Locali di arrivo/spedizione	**SI**	**NO**	**N.A.**	**Non conformità/varie**
Pavimenti puliti				
Pareti e porte pulite				
Soffitti puliti e assenza ragnatele				

Celle frigorifere	**SI**	**NO**	**N.A.**	**Non conformità/varie**
Celle di stoccaggio in condizioni idonee				
Temperature di stoccaggio idonee				
Porte di accesso pulite				

Altri locali	**SI**	**NO**	**N.A.**	**Non conformità/varie**
Locali stagionatura in condizioni idonee				
Magazzini deposito materiale di confezionamento e imballaggio in condizioni idonee				
Spazio lavaggio automezzi in condizioni idonee				
Stalle di sosta in condizioni idonee				

Spogliatoi e bagni	**SI**	**NO**	**N.A.**	**Non conformità/varie**
Pavimenti puliti				
Pareti e porte pulite				
Soffitti puliti e assenza ragnatele				
Esterno armadietti puliti				
Assenza di indumenti da lavoro all'esterno degli armadietti				
Bagni adeguatamente puliti				
dotati di carta igienica				
Antibagni puliti				
con lavandini puliti e				
dotati di carta asciugamani a perdere				
cestino coperto dotato di pedale e pulito				

Personale	**SI**	**NO**	**N.A.**	**Non conformità/varie**
Abbigliato in modo appropriato				
Abbigliamento pulito				
Calzature appropriate e pulite				
Adeguato mantenimento delle condizioni igieniche personali				
Adeguato igiene delle attrezzature personali				
Adeguati percorsi per il raggiungimento della zona di produzione				

Data di controllo ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Ora di controllo ☐☐ ☐☐

Firma dell'Addetto al Controllo Ufficiale

Firma del Responsabile dello Stabilimento

Allegato I **2008**

CHECK-LIST PER LA VERIFICA DELLA RINTRACCIABILITA'
punto 17 del registro dei controlli

DATI ANAGRAFICI

Ditta _____

Rappresentante legale _____ Cod. fiscale _____

SEDE STABILIMENTO: Comune _____ Provincia _____

Via _____ n. _____

Approval number: CE IT _____ N. registrazione/autorizzazione _____

tipologie di attività autorizzate _____

Verifica effettuata da _____ qualifica _____
data della verifica _____

- ☐ Completa
- ☐ sulle procedure di rintracciabilità a monte (fornitori)
- ☐ sulle procedure di rintracciabilità a valle (clienti)
- ☐ sulle procedure di ritiro/richiamo di cui agli articoli 19 e 20
- ☐ sulla tenuta ed archiviazione della documentazione e delle registrazioni di rintracciabilità

Allegato I

2008

1. Rintracciabilità				
DA VERIFICARE	**SI**	**NO**	**N.A.**	**Documento visionato/osservazioni**
1. È presente: Una procedura per l'individuazione dei fornitori per tutti i prodotti, materie prime, ingredienti, additivi, coadiuvanti tecnologici, animali destinati alla produzione alimentare. In entrata				
2. È presente: Una procedura per l'individuazione dei destinatari di tutti i prodotti. In uscita				
3. È presente: un sistema di etichettatura o identificazione degli alimenti				
4. Il sistema di etichettatura/identificazione in adozione è considerato sufficientemente efficace ai fini della rintracciabilità ed in vista dell'eventuale attivazione di procedure di ritiro/richiamo?				
5. La procedura in adozione contempla la presenza di un sistema di registrazione o archiviazione delle informazioni minime relative all'alimento, animale destinato alla produzione alimentare o qualsiasi sostanza destinata o atta ad entrare a far parte di un alimento o di un mangime in entrata				
6. La procedura in adozione contempla la presenza di un sistema di registrazione o archiviazione di documenti, che colleghino le informazioni relative a quanto in entrata con il fornitore				
7. La procedura in adozione contempla la presenza di un sistema di registrazione o archiviazione delle informazioni minime relative all'alimento in uscita				
8. La procedura in adozione contempla la presenza di un sistema di registrazione o archiviazione di documenti che colleghino le informazioni relative a quanto in uscita con il/i cliente/i				
9. Sono presenti sufficienti informazioni (ragione sociale, sede legale, sede stabilimento, recapito, ecc.) relative ai fornitori/clienti al fine di poterli contattare in maniera efficace ed immediata in caso di non conformità ai requisiti di sicurezza alimentare di quanto ricevuto o ceduto				
10. Le informazioni relative all'alimento conferito contemplano il «quantitativo» e sono considerabili sufficienti in relazione all'attivazione di un efficace azione di ritiro/richiamo?				

Ulteriori informazioni:				
DA VERIFICARE	**SI**	**NO**	**N.A.**	**Documento visionato/osservazioni**
11. Sono state adottati sistemi di registrazione o archiviazione di documenti atti a mantenere definita la provenienza e la destinazione di materie prime, ingredienti e additivi				
12. Esiste un sistema/procedura che permetta di collegare le materie prime, ingredienti e additivi in entrata con quelli in uscita (rintracciabilità interna) al fine di contenere il quantitativo di prodotto in caso di ritiro/richiamo di prodotto				
13. Per le attività di produzione/trasformazione di alimenti, esiste: Un elenco di tutte le materie prime, ingredienti, additivi, coadiuvanti tecnologici impiegati nel processo produttivo e di qualsiasi altra sostanza destinata o atta a far parte di un alimento o di un mangime				

Nelle osservazioni si deve riferire quando la valutazione non è stata effettuata per la specificità dell'impresa.

Allegato I

2008

Ritiro e richiamo dei prodotti				
DA VERIFICARE	**SI**	**NO**	**N.A.**	**Documento visionato/osservazioni**
Sono presenti procedure per il ritiro di alimenti non ritenuti conformi ai requisiti di sicurezza alimentare				
Nelle procedure per il ritiro degli alimenti sono presenti gli aspetti riguardanti: • Immediata informazione all'autorità competente sui motivi del ritiro; • La collaborazione di tutti i soggetti della filiera produttiva; • La collaborazione con le autorità competenti riguardo i provvedimenti volti ad evitare o ridurre i rischi provocati dall'alimento che hanno fornito				

Comunicazioni di rischio/prodotto alle autorità competenti				
DA VERIFICARE	**SI**	**NO**	**N.A.**	**Documento visionato/osservazioni**
Sono presenti procedure che consentano di: • Informare immediatamente l'A.S.L. competente dei motivi del ritiro e degli interventi messi in atto al fine di evitare dei rischi per il consumatore? • Mettere a disposizione dell'A.S.L. competente tutte le informazioni richieste ed utili ai fini della valutazione della congruità delle misure adottate • Collaborare con le A.S.L. competenti riguardo i provvedimenti volti ad evitare o ridurre i rischi provocati dal prodotto che hanno fornito				

Ritiro e richiamo di un prodotto

DA VERIFICARE	SI	NO	N.A.	Documento visionato/osservazioni
Nella procedura per il ritiro e richiamo del prodotto vengono considerate le fasi per: 1. Comunicazione del ritiro/richiamo 2. Gestione degli alimenti ritirati/richiamati 3. Chiusura del ritiro/richiamo del prodotto 4. Informazione dei consumatori				

Revisione del sistema di rintracciabilità

DA VERIFICARE	SI	NO	N.A.	Documento visionato/osservazioni
Il sistema di rintracciabilità è sottoposto a revisioni				

Data controllo

Firma dell'Addetto al Controllo Ufficiale

Firma del Responsabile dello Stabilimento

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

....

Allegato L

2008

AUDIT DI BUONE PRASSI IGIENICHE
punto 17 del registro dei controlli

DATI ANAGRAFICI

Ditta _____

Rappresentante legale _____ Cod. fiscale _____

SEDE STABILIMENTO: Comune _____ Provincia _____

Via _____ n. _____

Approval number: CE IT _____ N. registrazione/autorizzazione _____

tipologie di attività autorizzate _____

Verifica effettuata da _____ qualifica _____
Verifica effettuata da _____ qualifica _____
data dell'audit _____

1. PULIZIA E DISINFEZIONE

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	**Specifiche**	**SI**	**NO**	**NV**	**NA**		**Riferimenti cogenti**
1.01	Disponibilità ed applicazione di un piano di pulizia e disinfezione; sia per gli interventi ordinari sia per quelli straordinari; sia per gli interventi a fine lavorazione sia per quelli in lavorazione.	nel piano vengono indicati i prodotti utilizzati e le diluizioni						**CAC:** 4.3.1; 6.1.2; 6.2
		nel piano vengono indicate le frequenze						**852:** all. II cap.I comma 1; comma 2 punto a);
		Il piano considera superfici di lavoro, ambienti, attrezzature, contenitori mezzi di trasporto, aree esterne ecc..						cap. II comma 2;
		Il piano considera in particolare le superfici a contatto con gli alimenti						cap III comma 2 punto c);
		Il piano stabilisce le misure di monitoraggio e verifica						cap. IV comma 1
		il piano ed i suoi contenuti sono idonei a garantire una corretta produzione sotto il profilo igienico-sanitario						**ASR:** all. II comma 3.1
1.02	Disponibilità delle schede tecniche e di sicurezza dei prodotti utilizzati.	I prodotti utilizzati sono correttamente identificati e/o etichettati.						
		i prodotti utilizzati sono idonei all'uso previsto						**ASR:** all. II comma 3.1
1.03	Stoccaggio delle attrezzature per la pulizia (materiali e prodotti).	gli strumenti utilizzati per le pulizie sono conservati adeguatamente puliti e integri (es. scope, lavasciuga ecc..);						**CAC:** 6.1.1
	Corretta gestione delle attrezzature per la pulizia.	i detergenti e disinfettanti sono conservati in assenza di promiscuità tra prodotti e alimenti						**852**: all. II cap I punto 10; cap II comma 2; Cap IX punto 8
1.04	Disponibilità di registrazioni relative agli interventi effettuati in accordo con quanto previsto dal piano di sanificazione.	sono presenti le registrazione degli interventi, eventuali non conformità e azioni correttive						**ASR:** all. II comma 3.1

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	**Specifiche**	**SI**	**NO**	**NV**	**NA**		**Riferimenti cogenti**
1.05	Disponibilità di registrazioni relative alla verifica analitica dell'efficacia degli interventi di pulizia e disinfezione, secondo quanto previsto dal piano dei controlli analitici.	Il piano dei controlli analitici indica il tipo e la frequenza delle verifiche microbiologiche ambientali						
		vengono valutati i risultati di queste verifiche						
		sono state valutate eventuali non conformità emerse ed intraprese eventuali azioni correttive necessarie						**ASR:** all. II comma 3.1
1.06	In caso di affidamento dell'attività di pulizia e sanificazione ad una ditta esterna, disponibilità di un contratto che descriva (o richiami) tutti gli elementi di cui sopra.	anche nel caso di un appalto delle operazioni di pulizia e disinfezione a ditta esterna è stata definita la figura aziendale responsabile dell'attività						**CAC:** 4.3.1; 6.1.2; 6.2
1.07	In caso di attività eseguita dal personale aziendale, evidenza della formazione per il personale addetto.	Le conoscenze degli addetti attraverso intervista diretta e, se del caso, attraverso il *curriculum* formativo sono sufficienti						**ASR:** all. II comma 3.1
1.08	Valutazione delle condizioni di igiene di aree, locali e attrezzature; con particolare riferimento agli ambienti di stoccaggio, lavorazione e manipolazione degli alimenti.	sono presenti eventuali fonti di inquinamento limitrofe (ad esempio: discariche, luoghi incolti, canali...)						**CAC:** 4.1.2
		il grado di igiene dei locali (soffitti, controsoffitti, pareti, pavimenti, finestre...) è sufficiente per il normale proseguo dell'attività						
		il grado di igiene delle attrezzature (pulizia, detersione) soprattutto nelle parti più difficilmente raggiungibili è conforme alla norma						**852:** cap. II comma 1 punto d); cap V comma 1 punto d)
1.09	Valutazione dell'eventuale possibilità di contaminazione da prodotti chimici utilizzati nelle pulizie.	nel caso di verifica mediante osservazione dell'esecuzione dell'attività di pulizia o tramite intervista si potrebbe ravvisare la possibilità di inquinamento degli alimenti (es. inizio dell'attività di pulizia in concomitanza con le lavorazioni)						

2. CONTROLLO DEGLI ANIMALI INFESTANTI

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	**Specifiche**	**SI**	**NO**	**NV**	**NA**		**Riferimenti cogenti**
2.01	Adeguatezza dei requisiti strutturali e gestionali.	sono presenti vie di accesso per gli infestanti legate a carenze strutturali (porte, finestre, soffitti, controsoffitti, fori, scarichi, tombini, ecc.)						**CAC:** 6.3.2
		sono presenti vie di accesso per gli infestanti legate a errori gestionali (porte e finestre tenute aperte, accumulo di rifiuti, impossibilità di ispezionare alcune aree del magazzino, ecc.)						**852**: allegato II cap. I comma 2 punto c); cap. II comma 1 punto d); cap. III comma 1
2.02	Disponibilità ed attuazione di prassi operative di monitoraggio in ingresso che considerino: tipo di controllo in accettazione, presenza imballi primari, temperature, presenza infestanti, integrità delle confezioni ecc..	Viene effettuato il controllo delle merci in arrivo (p.e. palette) finalizzato ad individuare l'eventuale presenza di infestanti						**CAC**: 6.3.1
2.03	Disponibilità ed attuazione di un piano di disinfestazione per gli interventi ordinari (e, se utile e possibile, anche per quelli straordinari) contro roditori, insetti striscianti, insetti volanti, uccelli ed altri animali indesiderati.	Il piano indica prodotti, attrezzature, modalità, frequenze, modalità di monitoraggio, verifica, azioni correttive, responsabilità						**CAC:** 3.3; 6.3.5
		è presente una planimetria in cui vengono indicati i punti di collocazione delle esche						
		Il piano specifica i criteri di accettazione						
		i criteri possono essere condivisibili						
		i prodotti utilizzati sono idonei all'uso previsto						**852:** all. II cap. IX punto 4
		Il piano è adeguato nei suoi contenuti, anche in riferimento alle conseguenze sul prodotto per l'uso di determinate sostanze.						**ASR:** all II 3.2
2.04	Disponibilità delle schede tecniche e di sicurezza dei prodotti utilizzati; corretto stoccaggio dei prodotti utilizzati.	I prodotti utilizzati sono correttamente identificati e/o etichettati.						**ASR:** all. II 3.2
2.05	Disponibilità di registrazioni relative agli interventi effettuati.	Sono registrati gli interventi, gli esiti delle attività di monitoraggio, eventuali non conformità e azioni correttive.						**ASR:** all. II 3.2

	Punto da verificare		Valutazione				Note	Riferimenti cogenti
	Ambito	Specifiche	SI	NO	NV	NA		
2.06	In caso di affidamento di questa attività ad una ditta esterna, disponibilità di un contratto che descriva (o richiami) tutti gli elementi di cui sopra.	la ditta che provvede al controllo degli animali infestanti è autorizzata ed il personale appositamente formato.						
		è definita la figura aziendale che deve essere comunque responsabile dell'attività.						**ASR:** all. II 3.2
2.07	In caso di attività eseguita dal personale aziendale, evidenza della formazione per il personale addetto.	è possibile valutare le conoscenze degli addetti attraverso intervista diretta e, se del caso, attraverso il *curriculum* formativo.						**ASR:** all. II 3.2
2.08	Controllo sulla tipologia di trappole utilizzate	è previsto l'utilizzo di trappole diversificate per l'interno e l'esterno dello stabilimento						
		le trappole poste all'interno sono adesive o multicattura						
		è prevista una visita periodica alle trappole interne da parte di personale dell'azienda						
		in caso di utilizzo di lampade per gli insetti volanti queste sono posizionate preminentemente o esclusivamente nei locali che hanno accesso direttamente all'esterno						
2.09	controllo documenti operativi	le relazioni della ditta esterna sono chiare e permettono di valutare l'effettiva situazione dello stabilimento						
		nel caso di superamento dei limiti stabiliti sono state previste idonee misure straordinarie per correggere la non conformità						
		le misure straordinarie sono sufficienti a correggere la non conformità						

3. POTABILITÀ DELL'ACQUA

	Punto da verificare		Valutazione				Note	Riferimenti cogenti
	Ambito	Specifiche	SI	NO	NV	NA		
		l'approvvigionamento è da pozzo o da rete pubblica						
3.01	Disponibilità di una planimetria e di una relazione tecnica che descriva l'impianto di approvvigionamento, eventuale trattamento e distribuzione dell'acqua.	l'acqua è un ingrediente o comunque vengono utilizzati ghiaccio o vapore a contatto col prodotto.						
		nella planimetria sono codificati i punti di prelievo dell'acqua in funzione dei campionamenti a rotazione						
		sono presenti più impianti di distribuzione (ad esempio: per acqua potabile e per acqua non potabile)						**CAC**: 4.4.1; 5.5.1;5.5.2; 5.5.3
	In caso di eventuale trattamento dell'acqua, disponibilità ed attuazione di una procedura di corretta gestione.	sono presenti vasche di accumulo e se si costruite in materiale idoneo						**852:** all. II cap VII comma 2 e comma 3
		è effettuato un trattamento dell'acqua e secondo quali modalità (filtrazione, clorazione...).						**ASR:** all. II 3.3
3.02	Disponibilità delle schede tecniche e di sicurezza dei prodotti eventualmente utilizzati per il trattamento dell'acqua.	I prodotti eventualmente utilizzati per il trattamento dell'acqua sono correttamente identificati e/o etichettati.						

3.03	Disponibilità di registrazioni relative agli interventi effettuati, in accordo con quanto stabilito dall'azienda.	sono registrati gli interventi di pulizia e manutenzione delle vasche e dell'impianto di distribuzione.						
		se pertinenti viene effettuata la registrazione della verifica del dosaggio di cloro.						
		si sono registrate eventuali non conformità						
		se presenti delle non conformità queste sono state affrontate con misure correttive sufficienti ad evitare qualsiasi contaminazione del prodotto						**ASR:** all. II 3.3
3.04	Disponibilità di registrazioni relative alle attività di verifica analitica della potabilità e all'efficacia degli interventi di pulizia e disinfezione.	è presente un piano di campionamento che indichi il tipo, la frequenza delle verifiche microbiologiche e chimiche sull'acqua potabile.						
		sono presenti e correttamente conservati i risultati delle verifiche sulla potabilità dell'acqua.						**ASR:** all. II 3.3

	Punto da verificare		**Valutazione**				**Note**	
	Ambito	**Specifiche**	**SI**	**NO**	**NV**	**NA**		**Riferimenti cogenti**
3.05	In caso di attività eseguita dal personale aziendale (ad esempio: clorazione, misurazione del cloro residuo...), evidenza della formazione per il personale addetto.	le conoscenze degli addetti attraverso intervista diretta e, se del caso, attraverso il *curriculum* formativo sono sufficienti a garantire la produzione.						**ASR:** all. II 3.3

4. REQUISITI STRUTTURALI E LORO MANUTENZIONE

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	Specifiche	SI	NO	NV	NA		Riferimenti cogenti
4.01	Disponibilità ed attuazione di un piano per la manutenzione ordinaria (se utile e possibile anche per quella straordinaria); sia per quella eseguita internamente sia da ditte esterne.	Il piano indica: punti di intervento (locali, attrezzature, impianti, mezzi di trasporto, celle frigorifere, impianto refrigerante del camion...), frequenze, tipo di intervento, responsabilità.						**CAC:** 3.4; 4.3.1; 4.4.6; 6.1.1; 8.3 **852:** all. II, capitolo I commi 1 e 2 punto a); capitolo III comma 1; capitolo IV comma 1; capitolo V comma 1 punti b) e c) **ASR:** all. II 3.4
		il piano è adeguato allo stabilimento.						
		dall'ispezione dello stabilimento si può valutare che il piano venga coerentemente applicato						
4.02	Disponibilità delle schede tecniche e di sicurezza dei prodotti utilizzati, dei libretti d'uso e di manutenzione ed eventuali fascicoli tecnici di macchinari.	I prodotti utilizzati (lubrificanti...) sono correttamente identificati e/o etichettati ed idonei al consumo alimentare.						
4.03	Disponibilità di registrazioni relative agli interventi effettuati.	è presente la registrazione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria o i rapportini di manutenzione rilasciati da ditte esterne.						**ASR:** all. II 3.4
		sono state evidenziate eventuali non conformità.						
		in caso di non conformità le azioni correttive sono state sufficienti a riportare sotto controllo la situazione.						
4.04	Disponibilità di norme di comportamento per il personale che esegue operazioni di manutenzione.	sono presenti norme di intervento che permettano di evitare problemi di sicurezza sul prodotto (ad esempio per contaminazione fisica o chimica).						
4.05	In caso di attività eseguita dal personale aziendale (ad esempio: lubrificazione, regolazione di impianti, ecc.), evidenza della formazione per il personale addetto.	Valutare le conoscenze degli addetti attraverso intervista diretta e, se del caso, attraverso il *curriculum* formativo.						

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	Specifiche	SI	NO	NV	NA		Riferimenti cogenti
4.06	Idoneità delle caratteristiche strutturali del sito, degli edifici e dei locali, degli impianti e delle attrezzature (in relazione alla sicurezza del prodotto).	dall'ispezione dello stabilimento le strutture che comprendono: muri, pavimenti, soffitti e controsoffitti, finestre, porte, impianti (distribuzione e erogazione acqua, climatizzazione, aerazione..) possono garantire l'igienicità delle produzioni.						**CAC**: 4.1.2; 4.2.2; 4.3.1; 4.4.6; 4.4.8 **852**: cap. I comma 1 e comma 2 punto a); cap. V comma 1 punto b) e c)
4.07	Disponibilità di una relazione tecnica che descriva l'impianto di trattamento dell'aria (ove presente).	I sistemi di captazione, trattamento, filtrazione ed emissione di aria, il piano di manutenzione, le registrazioni relative agli interventi effettuati consentono di garantire un'igienicità delle produzioni.						**CAC**: 4.4.6

5. GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE PER MISURAZIONE

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	Specifiche	SI	NO	NV	NA		Riferimenti cogenti
5.01	Disponibilità ed attuazione di un piano di taratura e/o verifica per le apparecchiature di misurazione utilizzate per la determinazione di parametri che impattano sulla legalità/sicurezza del prodotto finito e delle apparecchiature di misura utilizzate in processo (ad esempio termometri, bilance, pHmetro, metal detector).	Il piano indica almeno per apparecchiature quali termometri e eventualmente metal detector: caratteristiche dell'apparecchiatura (risoluzione), precisione, errore massimo accettabile, campo di utilizzo, eventuale procedura di taratura (aziendale o del servizio esterno), frequenza di intervento e criteri di accettabilità, responsabilità (interna o società esterna).						**CAC:** 5.2.1 **ASR:** 2.6; 3.4

5.02	Identificazione univoca delle apparecchiature.	l'etichetta dello strumento riporta il codice attribuito e dove possibile la scadenza della taratura.						
5.03	Disponibilità di registrazioni relative alla taratura o verifica per le apparecchiature inserite in elenco.	I certificati di taratura contengono la scadenza di taratura, i riferimenti alla procedura di taratura e il riferimento ai campioni primari utilizzati, ai Centri SIT o equivalenti.						
5.04	In caso di attività eseguita dal personale aziendale (ad esempio: taratura dei termometri delle celle frigorifere...), valutazione della competenza del personale addetto.	Valutare la formazione e la capacità operativa (CV, interviste).						
		Dovrebbero essere definite le responsabilità decisionali sull'esito della taratura e sulle azioni conseguenti.						

6. CONTROLLO DELLE TEMPERATURE

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	Specifiche	SI	NO	NV	NA		Riferimenti cogenti
6.01	Disponibilità ed attuazione di un piano che riporti tutti i sistemi di rilevazione degli strumenti utilizzati in azienda.	Il piano indica: sistemi di rilevazione, modalità di monitoraggio e di allarme, criteri di accettabilità, gestione delle non conformità...						**CAC:** 4.4.5
		Le medesime informazioni sono presenti in punti diversi della documentazione pur in assenza di un piano che le raccolga.						**ASR:** all. II 3.5
6.02	In merito alla fase di trasporto, sia effettuata in proprio sia a cura di un vettore esterno, disponibilità di informazioni e registrazioni relative al monitoraggio delle temperature, e alle caratteristiche dei mezzi di trasporto.	sono presenti le registrazioni raccolte manualmente o, meglio, in automatico.						**CAC:** 8.2
		è prevista una verifica sulle prestazioni dei trasportatori ad esempio utilizzando sistemi data-logger o acquisendo le registrazioni effettuate durante il trasporto.						
		è presente un elenco degli automezzi, dell'autorizzazione ATP, DIA...						**852**: all. II cap. 4 punto 7

7. FORMAZIONE DEL PERSONALE E COMPORTAMENTO

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	Specifiche	SI	NO	NV	NA		Riferimenti cogenti
7.01	Disponibilità ed attuazione di un piano per la formazione igienico-sanitaria del personale ai diversi livelli operativi.	esiste un piano di formazione del personale aziendale codificato						**CAC:** 10.2; 10.4 **852:** all. II cap. 12 **ASR:** all. II 3.6
		Il piano definisce i fabbisogni formativi in relazione ai diversi ruoli e responsabilità aziendali ed indica almeno le seguenti informazioni: data presunta di realizzazione degli interventi formativi, docente, argomento/i, durata, personale coinvolto.						
		Gli argomenti sono relativi a: HACCP, GMP, SOP, microbiologia e igiene, legislazione, norme comportamentali, controllo di qualità, procedure aziendali...						
		in caso di verificate modifiche di processo/prodotto i piani di formazione sono stati riesaminati.						
7.02	Disponibilità delle registrazioni relative agli interventi effettuati (attestati di partecipazione, verbali di formazione...).	Le registrazioni indicano almeno le seguenti informazioni: data di realizzazione, docente, argomento/i trattati, durata, personale coinvolto, firma del docente e dei partecipanti, eventuale materiale distribuito (da allegare).						**ASR:** all. II 3.6
7.03	Eventuale disponibilità di registrazioni relative alle valutazioni finali dell'apprendimento.	l'azienda ha previsto una valutazione dell'apprendimento tramite test e/o verifica sul campo.						**ASR:** all. II 3.6
7.04	Disponibilità ed applicazione di regole di igiene personale (sotto forma di procedura, "decalogo" o altro) che includano e/o richiamino le istruzioni relative ai controlli sanitari periodici (ove previsti).	sono state distribuite istruzioni relative all'igiene personale.						**CAC:** 3.4; 7.1; 7.3; 7.4 **852:** Allegato II cap. VIII comma 2 **ASR:** all. II 3.7.3
		le istruzioni distribuite comprendono almeno informazioni relative ad abbigliamento e gestione del vestiario (copricapo, calzari, monili, gioielli...), notifica di situazioni di malattia e/o assenza dovute a possibili malattie a trasmissione alimentare.						

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	**Specifiche**	**SI**	**NO**	**NV**	**NA**		**Riferimenti cogenti**
7.05	Disponibilità ed applicazione di regole di comportamento (sotto forma di procedura, "decalogo" o altro) che includano e/o richiamino le istruzioni relative alla corretta gestione delle attrezzature e dei prodotti alimentari nelle diverse fasi di lavorazione.	è stato distribuito materiale che definisca regole di finalizzate ad un idoneo comportamento igienico sanitario						**CAC:** 3.3
		tali regole comprendono almeno: gestione delle materie prime, degli intermedi di lavorazione, dei prodotti finiti, del materiale di confezionamento; gestione degli utensili di lavoro; percorsi per il personale...						**ASR:** all. II 3.7.3
7.06	Il personale deve eseguire un lavaggio delle mani quando opportuno secondo specifica istruzione.	L'istruzione specifica come e quando è necessario provvedere al lavaggio delle mani.						**CAC:** 7.3
		dalla visita ispettiva il comportamento del personale è conforme a quanto contenuto nelle istruzioni o comunque alla normativa						**852:** all. II cap III comma 2 punto a)
7.07	I visitatori devono indossare indumenti protettivi ed aderire alle disposizioni di igiene personale fissate dall'azienda.	è disponibile un regolamento interno e/o regole di accesso a disposizione dei visitatori.						**CAC:** 7.5

8. SELEZIONE E VERIFICA DEI FORNITORI E DELLE FORNITURE

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	**Specifiche**	**SI**	**NO**	**NV**	**NA**		**Riferimenti cogenti**
8.01	Disponibilità ed applicazione di una procedura di selezione e verifica dei fornitori di materie prime: alimenti, materiali di confezionamento, servizi (ad esempio: disinfestazione, trasporti, ecc.).	è presente una procedura per la verifica dei fornitori						
		La procedura indica, in particolare, i criteri di scelta dei fornitori (verifica delle garanzie fornite dal loro sistema di autocontrollo).						**ASR:** 3.7.1.
8.02	Disponibilità di un elenco che riporti i fornitori di cui sopra e le relative merci fornite.	è disponibile un elenco dei fornitori (anche informatizzato e con la possibilità che le merci siano assimilate per categorie (ad esempio: additivi, carni...)).						**ASR:** 3.7.1 **852:** all. II cap IX comma 1
8.03	Disponibilità delle schede tecniche relative ai prodotti acquistati (compreso il materiale di confezionamento a contatto con gli alimenti).	sono presenti schede tecniche relative ai prodotti acquistati predisposte dall'azienda o dal fornitore. Verificare che tali documenti siano aggiornati (confrontandoli, ad esempio, con le informazioni riportate sui prodotti) e che vi sia conformità tra prodotto e specifiche richieste.						
		le schede sono aggiornate (è possibile confrontarle, ad esempio, con le informazioni riportate sui prodotti) e vi è conformità tra prodotto e specifiche richieste.						
8.04	Disponibilità ed applicazione di una procedura (che può essere anche la stessa di cui sopra) di valutazione delle merci in ingresso.	esiste una procedura di accettazione delle merci in arrivo.						**CAC**: 5.3
		nella procedura sono inseriti il tipo di controlli previsti, le responsabilità, i criteri di accettazione e rotazione delle scorte, le azioni correttive da intraprendere in caso di non conformità.						
8.05	Disponibilità ed attuazione di un piano dei controlli analitici (che può essere integrato nelle procedure di cui sopra) e delle relative registrazioni.	è previsto un piano di campionamento per la valutazione dei fornitori.						
		Il piano indica la tipologia di campioni da analizzare, i parametri da ricercare, i criteri di accettazione, la frequenza di analisi, le azioni correttive da intraprendere in caso di non conformità.						**CAC**: 5.3

9. IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ DEGLI ALIMENTI; RITIRO E RICHIAMO DELLE MERCI NON IDONEE

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	Specifiche	SI	NO	NV	NA		Riferimenti cogenti
9.01	Disponibilità ed applicazione di una procedura che descriva il sistema di identificazione e rintracciabilità dei prodotti adottato in azienda.	La procedura comprende almeno la possibilità di acquisire le informazioni minime previste dalla legge: alimenti acquistati e relativi fornitori, alimenti venduti e relativi destinatari, modalità di creazione dei lotti di produzione e/o confezionamento e/o vendita.						**178:** art. 18 comma 2
		l'azienda ha un sistema di rintracciabilità intra aziendale (la relazione tra il lotto di prodotto finito e le materie prime utilizzate, tra i lotti di prodotto e i destinatari degli stessi)						Riferimenti legislativi del settore relativi all'etichetta (p.e. carni rosse, carni bianche...)
9.02	Disponibilità ed applicazione di una procedura che descriva il sistema di ritiro e/o richiamo dei prodotti non idonei.	esiste una procedura per il ritiro e richiamo.						**CAC:** 9.1
		La procedura comprende le modalità di comunicazione ai clienti, ai fornitori e agli organi competenti, le modalità di gestione del prodotto ritirato e/o richiamato, le responsabilità, un elenco di persone da contattare con relativi numeri telefonici.						**178:** art. 19 comma 1 e 2 **ASR:** 3.7.2

10. GESTIONE DEI RIFIUTI E DELLE EMISSIONI

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	Specifiche	SI	NO	NV	NA		Riferimenti cogenti
10.01	Disponibilità ed attuazione di un piano relativo ai rifiuti e scarti di lavorazione (sfridi, *packaging*, prodotti NC, MSR...), ai reflui e ad eventuali emissioni.	esiste una documento generale che indica le modalità di smaltimento dei rifiuti ed eventualmente dei sottoprodotti.						**CAC**: 6.4
		Il documento indica, per ciascuna tipologia, la modalità di identificazione, di gestione, di smaltimento, le aree individuate e i contenitori di raccolta (chiusi o coperti), le responsabilità.						**852**: all. II cap. VI commi 1 e 2
		il piano risulta adeguato allo scopo.						**ASR**: all. II 3.7.4
10.02	Disponibilità delle registrazioni relative all'attività di cui sopra e di controllo dei quantitativi prodotti.	esiste un contratto con ditte esterne per lo smaltimento dei rifiuti e le ditte conferiscono a discariche autorizzate o a stabilimenti riconosciuti per sottoprodotti di origine animale .						**ASR**: all. II 3.7.4
11.03	Caratteristiche dei contenitori, degli impianti di scarico e dei	I contenitori sono identificati e realizzati con materiale idonea.						**Cac**: 4.3.3; 4.4.2

	sistemi di rimozione dei rifiuti.	Gli impianti sono realizzati in modo da evitare la contaminazione degli alimenti e dell'acqua.						**852**: all. II cap. III, cap. VI commi 2, 3 e 4 **ASR**: all. II 3.7.4
10.03	Valutazioni specifiche per i sottoprodotti di categoria 1, 2 e 3	esiste una procedura specifica per la gestione dei rifiuti e dei sottoprodottiI di categoria 1, 2 e 3?						
		in tale procedura sono valutate tutte le problematiche relative alla gestione dei sottoprodotti (prelievo, contenitori dedicati, stoccaggio e smaltimento)						
		nel contratto formulato con le ditte di smaltimento è stato valutato se l'impianto di transito o trattamento è riconosciuto per la categoria di sottoprodotto inviato						
		sono state distribuite istruzioni al personale per la gestione dei sottoprodotti e l'eventuale utilizzo di materiale dedicato e per le procedure di disinfezione di tale materiale						
		è presente la documentazione relativa all'invio del sottoprodotto e il registro						
		è presente una procedura per la valutazione della congruenza tra il materiale inviato e le lavorazioni effettuate nello stabilimento						**1774**

11. DEFINIZIONE DELLA CONSERVABILITÀ

	Punto da verificare		**Valutazione**				**Note**	
	Ambito	**Specifiche**	**SI**	**NO**	**NV**	**NA**		**Riferimenti cogenti**
11.01	Disponibilità ed attuazione di un piano che descriva la modalità di valutazione e determinazione della conservabilità ("*shelf life*")dei prodotti venduti (data di scadenza o TMC).	La determinazione della *shelf life* si basa su prove organolettiche e/o analitiche o su ben precisi riferimenti bibliografici.						**CAC:** 9.2 **2073:** art.2 f) **ASR:** all. II 3.7.5
		nell'eventuale valutazione da parte della ditta (interna o esterna) si è tenuto conto delle caratteristiche fisico chimiche del prodotto, tipo di confezione, atmosfere, additivi, temperatura di stoccaggio.						**D. Lgs. 109/92**
11.02	Disponibilità delle registrazioni relative all'attività di cui sopra. La conservabilità di un prodotto dovrebbe essere validata attraverso prove sperimentali.	sono presenti agli atti i risultati relativi a *challenge tests*, uso di modelli di microbiologia predittiva, comparazione con prodotti analoghi.						

AUDIT DI PROCEDURE BASATE SU HACCP
punto 18 del registro dei controlli

DATI ANAGRAFICI

Ditta _____

Rappresentante legale _____ Cod. fiscale _____

SEDE STABILIMENTO: Comune _____ Provincia _____

Via _____ n. _____

Approval number: CE IT _____ N. registrazione/autorizzazione _____

tipologie di attività autorizzate _____

Verifica effettuata da _____ qualifica _____
Verifica effettuata da _____ qualifica _____
data dell'audit _____

12. ATTIVITÀ PRELIMINARI DELL'HACCP

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	Specifiche	SI	NO	NV	NA		Riferimenti cogenti
12.01	**Costituzione del gruppo di lavoro interdisciplinare**	il responsabile dell'autocontrollo e gli altri componenti del gruppo hanno la competenza sufficiente a formulare un adeguato piano (ad esempio tramite intervista o *curriculum*).						**CAC**: pag.33
	Disponibilità di un documento che riporta la composizione del gruppo di lavoro avendo cura che siano rappresentate le diverse competenze in materia di: legislazione alimentare, igiene e microbiologia degli alimenti, tecnologia alimentare, manutenzione degli impianti, sanificazione.	Il gruppo di lavoro è stato valutato in base alle possibili componenti necessarie ad una corretta formulazione.						
		Esistono verbali (anche sintetici) degli incontri del gruppo di lavoro.						**ASR**: all. III
12.02	**Descrizione del prodotto**	le informazioni per gli aspetti di sicurezza alimentare sono complete ed in particolare riportano: composizione, struttura e caratteristiche fisico-chimiche, trattamenti subiti, confezionamento, condizioni di stoccaggio e distribuzione, *shelf life*, eventuali informazioni al consumatore (etichetta) e istruzioni per l'uso, criteri microbiologici o chimici applicabili.						**CAC**: pag.33
	Disponibilità di documenti che descrivono i prodotti che ricadono nel campo di applicazione, sia con riferimento alle materie prime sia ai prodotti finiti e, ove utile, agli intermedi di lavorazione.	Le informazioni sono complete ed approfondite tanto da consentire una completa elencazione dei pericoli associati al prodotto.						**ASR**: all. III Normativa generale e specifica che regolamenta l'etichettatura (D. Lgs.109/92 allergeni compresi

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	Specifiche	SI	NO	NV	NA		Riferimenti cogenti
12.03	**Individuazione dell'uso previsto** Disponibilità di documenti che individuino eventuali categorie di consumatori con requisiti particolari di alimentazione (ad esempio: allergici, bambini, ospedalizzati...).	sono presenti informazioni complete relativamente all'uso previsto.						**CAC**: pag.33 **ASR**: all. III
12.04	**Realizzazione del diagramma di flusso** Disponibilità di documenti che rappresentino schematicamente le principali fasi produttive.	il grado di dettaglio del diagramma è funzionale all'analisi dei pericoli.						**CAC**: pag.33 **ASR**: all. III
12.05	**Conferma del diagramma di flusso sul campo** Disponibilità di un diagramma di flusso datato e vistato.	le informazioni riportate nel diagramma di flusso sono congruenti con quelle ricavabili dalla visita nei locali di lavorazione.						**CAC**: pag.33 **ASR**: all. III

13. PRINCIPI HACCP

	Punto da verificare		Valutazione				Note	Riferimenti cogenti
	Ambito	**Specifiche**	**SI**	**NO**	**NV**	**NA**		
13.01	**Elenco dei pericoli e delle misure di controllo**	è presente l'elencazione dei pericoli associati ai prodotti (materie prime, semilavorati, prodotti finiti).						**CAC**: pag. 34
	Disponibilità di un elenco completo di pericoli fisici, chimici e biologici di cui è ragionevole attendersi la comparsa e/o presenza nelle varie fasi di lavoro.	è presente l'elencazione dei pericoli associati al processo per ciascuna fase di lavorazione individuata nel diagramma di flusso.						
		le misure di controllo associate ad ogni singolo pericolo e la loro relazione con le GMP/SOP già esistenti sono sufficienti.						
		I pericoli sono adeguatamente dettagliati riportando, ad esempio: nome dei microrganismi patogeni, tipo di contaminanti particellari, nome delle sostanze chimiche indesiderate...						**852**: art. 5
		Ove possibile è prevista una valutazione dei pericoli sia di tipo qualitativo sia di tipo quantitativo.						**ASR**: all. III
13.02	**Individuazione dei punti critici di controllo (CCP)**	i criteri di individuazione dei CCP sono stati utilizzati correttamente ad esempio attraverso la documentazione dell'albero delle decisioni.						**CAC**: pag. 34
	Disponibilità di un criterio logico e di una giustificazione per i CCP individuati	alcuni pericoli potrebbero essere gestiti attraverso GMP/SOP.						**852**: art. 5 **ASR**: all. III
13.03	**Limiti critici nei punti critici di controllo**	Sono coerenti i valori riportati nel piano HACCP e quelli presenti in altri documenti aziendali (ad esempio: specifiche di processo, ricette...).						**CAC**: pag. 35
	Disponibilità di limiti critici documentati, oggettivi, misurabili, validati.	i limiti stabiliti sono coerenti con le fonti in possesso dell'azienda (bibliografia, storia aziendale...).						**852**: art. 5
		i limiti critici sono tutti valutabili con criteri oggettivi (per esempio: tempo, temperatura, peso, concentrazione, pH, assenza/presenza di metalli, ecc.) ed è specificata l'unità di misura.						**ASR**: all. III

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	**Specifiche**	**SI**	**NO**	**NV**	**NA**		**Riferimenti cogenti**
13.04	**Monitoraggio nei punti critici di controllo**	il piano riporta la modalità di monitoraggio (automatico o meno), la frequenza (in continuo o periodico) e le responsabilità.						**CAC**: pag. 35
	Disponibilità di un piano di monitoraggio documentato.	La modalità di monitoraggio è corretta e consente il controllo del CCP.						**852:** art. 5
		la frequenza (in continuo o periodica) è sufficiente a rendere efficaci i CCP						**ASR**: all. III
13.05	**Misure (o "azioni") correttive**	Le azioni correttive indicano le modalità di identificazione e trattamento del prodotto non conforme.						**CAC**: pag. 35
	Disponibilità di azioni correttive predefinite qualora il monitoraggio dei CCP indicassero una perdita di controllo del processo.	Le azioni correttive indicano quanto garantisca che il processo sia riportato sotto controllo.						**852**: art. 5
		Le azioni correttive indicano le responsabilità.						**ASR**: all. III
13.06	**Verifica**	sono state codificate le modalità di verifica (e/o le relative registrazioni) scelte dall'azienda, ad esempio: audit interni, verifica visiva delle operazioni, piano dei controlli analitici, validazione e rivalidazione a livello di CCP.						**CAC**: pagg. 35, 36
	Disponibilità di un piano di verifica del piano HACCP e del sistema di autocontrollo.	Il piano di verifica indica modalità, frequenza e responsabilità.						**852**: art. 5
	Disponibilità di un riesame periodico del piano HACCP e del sistema di autocontrollo.	È presente un verbale di riesame periodico (e in caso di modifica di prodotto e/o processo) che coinvolga l'intero gruppo di lavoro interdisciplinare.						**ASR**: all. III

	Punto da verificare		Valutazione				Note	
	Ambito	**Specifiche**	**SI**	**NO**	**NV**	**NA**		**Riferimenti cogenti**
13.07	**Documentazione e registrazioni**	I documenti sono gestiti in forma controllata secondo le responsabilità fornite dall'azienda.						**CAC**: pag. 36
	Disponibilità di un elenco dei documenti e delle registrazioni relative al Piano HACCP e al sistema di autocontrollo.	I documenti descrittivi comprendono: organigramma, mansionario, piano dei controlli analitici.						**852**: art. 5
		Le registrazioni sono conservate per un periodo di tempo almeno pari alla *shelf life* del prodotto.						**ASR**: all. III

Significato delle abbreviazioni dei riferimenti cogenti:	
852:*Regolamento 852/04*	***ASR***: *Accordo Stato-Regioni del 13 gennaio 2005*
178: *Regolamento 178/02*	***109:*** *DL 109/92*
CAC: *Codex alimentarius*	***2073***: *Regolamento 2073/05*
1774: *Regolamento 1774/02*	

Titolo
SICUREZZA ALIMENTARE, AUDIT E AUTOCONTROLLO - PROGETTO 1 "Implementazione Audit su OSA "
Obiettivo generale
Prevenire e contenere le MTA
Obiettivi specifici
Controllo e contenimento delle malattie trasmesse da alimenti attraverso l'utilizzo dello strumento audit
Azioni principali
Formazione di auditor qualificati all'interno dei servizi SIAN/SVET. Creazione di gruppi di audit presso le AA.SS.PP. Redazione ed approvazione di Piani Regionali di Audit, check list e linee guida operative
Coinvolgimento e sensibilizzazione degli OSA attraverso le Associazioni di Categoria
Realizzazione e valutazione di Audit su OSA finalizzati al rispetto degli adempimenti normativi e alla modifica dei comportamenti capaci di migliorare la qualità delle produzioni/lavorazioni
Target
Popolazione generale residente nella regione Calabria

Stato dell'arte al 31 dicembre 2011

E' stata realizzata la formazione di 30 auditor qualificati all'interno dei servizi SIAN/SVET. Presso le AA.SS.PP sono stati istiutiti i gruppi di audit. Sono stati redatti ed approvati i Piani Regionali di Audit, check list e linee guida operative. Sono stati realizzati i primi 30 audit sugli operatori.

Fonti di verifica atti regionali ed aziendali.

Stato dell'arte al 31.12.2012 (principali azioni svolte e risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati):

La Regione Calabria ha proceduto alla formazione di vari Auditors accreditati presso gli Uffici Audit Regionali, pertanto questo servizio, come previsto dalla linea 2.8.2, ha creato il gruppo Audit utilizzando linee guida operative e ceck-list, approvati da piano Regionale, realizzando delle attività di Prevenzione finalizzate ad ottenere risultati efficaci in termini di contenimento dell'MTA attraverso l'innalzamento della qualità delle produzioni/lavorazioni alimentari e della consapevolezza degli OSA circa le corrette prassi operative da adottare. Il tutto al fine di una migliore qualità del prodotto sia in termini di sicurezza igienico-sanitaria e sia in termini di qualità nutrizionali utilizzando lo strumento Audit sistematico nel controllo ufficiale sugli OSA, dove viene verificata l'organizzazione dei processi collegata agli alimenti, identificando le aree di potenziale miglioramento e le eventuali anomalie ed azioni correttive al fine di aumentare la sicurezza alimentare e contenere le MTA.

Indicatori	Valore al 31.12.2010	Valore atteso al 31.12.2011	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2011	Valore osservato al 31.12.2012	Motivazioni di un eventuale scostamento tra valore osservato e valore atteso dell'indicatore al 31.12.2012	Eventuali soluzioni
N. addetti al controllo ufficiale formati quali auditors		30	60	30	3		
N. audit effettuati su Imprese alimentari		30	>=60	30	12		

Il Responsabile del Servizio S.I.A.N.
Dr.ssa M.O. Marasco

Titolo
SICUREZZA ALIMENTARE, AUDIT E AUTOCONTROLLO – PROGETTO 2 "Miglioramento dei Piani di controllo e campionamento alimenti"
Obiettivo generale
Prevenire e contenere le malattie trasmesse da alimenti (MTA)
Obiettivi specifici
Controllo e contenimento delle malattie trasmesse da alimenti
Azioni principali
Classificazione e valutazione del rischio degli stabilimenti alimentari presso ciascuna ASP
Formazione del personale addetto al controllo ufficiale operante nei Servizi SIAN/SVET sulle normative cogenti e le corrette tecniche e metodologie di campionamento e trasporto di matrici alimentari
Coinvolgimento e sensibilizzazione degli OSA attraverso le Associazioni di Categoria
Realizzazione ed approvazione Piani coordinati di controllo con frequenza ispezioni e matrici da campionare
Adozione di protocolli operativi, modulistica e check list uniformi, fornitura attrezzature
Realizzazione e valutazione degli interventi programmati con priorità agli Stabilimenti classificati ad alto rischio
Target
Popolazione generale residente nella Regione Calabria

Stato dell'arte al 31 dicembre 2011
Effettuata la classificazione e valutazione del rischio degli stabilimenti alimentari presso ciascuna ASP. E' stata effettuata la formazione del personale addetto al controllo ufficiale operante nei Servizi SIAN/SVET sulle normative cogenti e le corrette tecniche e metodologie di campionamento e trasporto di matrici alimentari. Sono stati redatti ed approvati i Piani coordinati di controllo con frequenza ispezioni e matrici da campionare.

Fonti di verifica atti regionali ed aziendali.

Stato dell'arte al 31.12.2012 (principali azioni svolte e risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati):
Si è proceduto ad informare e formare specificatamente il personale che ha collaborato al campionamento di matrici alimentari attraverso una programmazione in grado di determinare l'innalzamento della qualità dell'igiene della lavorazione/produzione alimentari adottando, dei protocolli operativi, modulistica e ceck-list uniformi come da Piano integrato dei controlli Regione Calabria 2010-2011 e programmazione Regionale PNI/MANCP 2011 – 2014, settore LEA del Dipartimento della Salute Regione Calabria. Il lavoro effettuato ed incentrato sulla esecuzione dei prelievi campione di matrici alimentari, effettuando l'analisi dei dati tramite reporting, la verifica e la garanzia di rispondenza ai criteri operativi di *good pratics*, come previsto nei loro piani di autocontrollo, per migliorare il livello delle sicurezza alimentare.

Indicatori	Valore al 31.12.2010	Valore atteso al 31.12.2011	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2011	Valore osservato al 31.12.2012	Motivazioni di un eventuale scostamento tra valore osservato e valore atteso dell'indicatore al 31.12.2012	Eventuali soluzioni
Addetti al controllo ufficiale formati sulle normative cogenti e le corrette tecniche e metodologie di campionamento e trasporto di matrici alimentari: n° operatori formati sul totale degli Operatori dei Servizi IAN/VET delle AA.SS.PP.		30%	60%	su n. 78 operatori SIAN n. 30 formati pari al 38%	60		
Elaborazione di programmi regionali annuali di controllo contenenti linee guida operative, check list e modulistica uniformi		>=1	>=2	2 programmi regionali	2		

Il Responsabile del Servizio S.I.A.N.
Dr.ssa M.O. Morasco

Titolo
SICUREZZA ALIMENTARE, AUDIT E AUTOCONTROLLO – PROGETTO 3 " Istituzione di un Centro di riferimento Regionale per la Sorveglianza delle Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA) nella Regione Calabria"
Obiettivo generale
Prevenire e contenere le MTA
Obiettivi specifici
Adottare opportune azioni di prevenzione e contenimento delle MTA attraverso la realizzazione di un sistema di sorveglianza in Regione Calabria
Azioni principali
Formazione specifica per operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, MMG, PLS, Medici di Pronto Soccorso e personale di laboratorio
Creazione di una rete regionale di laboratori di riferimento
Adozione di regolamenti/protocolli operativi/modulistica e check list uniformi per gli operatori anche ai fini delle indagini epidemiologiche
Creazione di sistema di comunicazione ed elaborazione dati con HUB server regionale e postazioni informatiche SPOC in ogni singolo DIP delle AA.SS.PP.
Valutazione dei dati ed elaborazione di indicazioni operative mirate per la prevenzione delle MTA
Target
Popolazione generale residente nella Regione Calabria

Stato dell'arte al 31 dicembre 2011
Sono stati avviati gli incontri formativi con gli operatori delle ASP. E stato redatto ed approvato il primo regolamento operativo.

àPonti di verifica atti regionali.

Stato dell'arte al 31.12.2012 (principali azioni svolte e risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati):
Al fine di interagire con il sistema di comunicazione ed elaborazione dati con HUB server regionale e postazioni informatiche SPOC in ogni singolo DIP delle AA.SS.PP., questo SIAN ha proceduto a livello aziendale ad effettuare delle linee guida dettate dal DGR 752 del 30 Nov. 2010 (Sezione 3 punto 3.4 del Piano) una serie di procedure operative utili per le indagini da condividere tra tutti i Servizi eventualmente coinvolti, e precisamente:
-Indagine epidemiologica in seguito a denuncia malattia infettiva di origine alimentare;
-Ispezione nelle sedi implicate nell'episodio, nei luoghi di produzione, nei luoghi di consumo;
-Prelievo di campioni biologici;
-Esecuzione di tamponi ambientali;
-Prelievo di campioni di alimenti;
-Casi di avvelenamento da funghi;
-Predisposizione/raccomandazione di interventi correttivi e attivazione delle misure di controllo;
-Comunicazione dei risultati dell'indagine con relazione finale,
creando un gruppo di controllo identificato nel servizio SIAN, il quale responsabile, in qualità di responsabile e referente MTA, dovrà coordinare la gestione del primo livello delle operazioni di controllo delle MTA, dove viene identificato dal Direttore dekl Dipartimento di prevenzione la Dr.ssa M. O. Marasco quale referente del gruppo di controllo delle MTA che si occuperà a coordinare la gestione di primo livello delle operazioni, la quale ha già proceduto ad adottare un piano operativo ed a informare i componenti del gruppo di controllo sulle procedure da adottare, decidere se si tratta realmente di un focolaio e decidere il tipo di indagine da effettuare al fine di valutazione dei dati ed elaborazione di indicazioni operative mirate per la prevenzione delle MTA.

Indicatori	Valore al 31.12.2010	Valore atteso al 31.12.2011	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2011	Valore osservato al 31.12.2012	Motivazioni di un eventuale scostamento tra valore osservato e valore atteso dell'indicatore al 31.12.2012	Eventuali soluzioni
N. incontri formativi destinati agli operatori interessati (*)		5	>=10	4	**10**		
Regolamento di organizzazione e funzionamento della rete di sorveglianza delle MTA		>=1	>=2	1	**2**		

(*) nel biennio si prevede di formare n. 160 MMG, PLS, Medici di Pronto Soccorso, Medici Laboratoristi; n. 60 Personale Dipartimenti di Prevenzione AA.SS.PP e Regione

Il Responsabile del
Servizio S.I.A.N.
Dr.ssa M.O. Marasco

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
PROT. N° 878 DEL 27-02-12
RESPONSABILE DELLA [illegible]
Dr. COPPOLA
IL DIRETTORE

Si autorizza per il tramite del vaglio

REFERENTE [illegible]
PROGETTUALE 2.8.2
Dr.ssa MARIA O MARASCO

SCHEDA RICHIESTA ACQUISTI

REGIONE CALABRIA						
ASP CROTONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						
PIANO REGIONELE DI PREVENZIONE 2010/2012- PROGETTO N° 2.8						
LINEA PROGETTUALE N° 2.8.2						
SCHEDA RICHIESTA ACQUISTI						
MATERIALE DI CANCELLERIA	DATA	TIPOLOGIA PRODOTTI	QUANTITA'	COSTO UNITARIO	COSTO	TOTALI
		Carta A4	50 risme	3,00	150,00	150,00
		Carta A3	10 risme	5,00	50,00	50,00
		Cartelle portablocchi	a doppia anta 10	6,00	60,00	48,00
		Pennarelli col.	10	1,00	10,00	10,00
ATTREZZATURE INFORMATICHE E PRODOTTI TECNOLOGICI	DATA	TIPOLOGIA PRODOTTI	QUANTITA'	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE	TOTALI
		Termometro Infrar.	3	50,00	150,00	150,00
		Computer Port.	3 ✓	500,00	1.500,00	1.500,00
		Macchina Fot.	2 ✓	150,00	300,00	300,00
		Proiettore per computer	1 ✓	700,00	700,00	700.00
	Cella frigo portatile	con compressore	2	600,00	1.200,00	1.200,00
		Bioluminometro	2	800,00	1.600,00	1.600,00
		Stampante laser [redacted]	3+1 ✓	150,00	450,00	450.00
[redacted]	DATA	TIPOLOGIA PRODOTTI	QUANTITA'	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE	TOTALI
		PC + MONITOR	1+2			
		OFFICE	4+2			
		UPS	4+2 ✓			

Si autorizza per il tramite del vaglio della Commissione di acquisto

Il Responsabile del Servizio S.I.A.N.
Drssa M O MARASCO

IL REFERENTE DEL PROGETTO

Il Responsabile del Servizio S.I.A.N.
Drssa M O MARASCO

ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Grecia

Tabella finanziaria riassuntiva attività gruppo di lavoro.

Nominativi	Chilometri effettuati	Somme da liquidare per chilometri effettuati	Somme da liquidare per le attività del progetto	Totale somme da liquidare
De Roberto Angelo	805	€. 289	€. 2.700	**€. 2.989**
Lepera Mario	895	€. 322	€. 2.700	**€. 3.022**
Sacco Roberto	843	€. 303	€. 2.700	**€. 3.003**

Il Responsabile del
Servizio S.I.A.N.
Drssa M.O. Marasco

Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012 - Progetto n. **2.9.1 "Gestione e valorizzazione integrata dalle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza correnti per gli stili di vita. Comunicazione integrata dei dati relativi alle sorveglianze in età 11 –17 anni (HBSC e GYTS) a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell' empowerment dei cittadini**

Rendiconto Attività anno 2011/12 ASP di CROTONE

In riferimento alla Linea Progettuale Progetto 2.9.1 **"Gestione e valorizzazione integrata dalle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza correnti per gli stili di vita. Comunicazione integrata dei dati relativi alle sorveglianze in età 11 –17 anni (HBSC e GYTS) a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini**

di seguito si rendiconta in merito alle attività svolte nell'anno 2011/12

Macroarea 2: prevenzione universale.

Linea di Intervento generale 2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita e non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso).

Obiettivo generale del progetto: Favorire l'adozione di comportamenti salutari degli adolescenti attraverso la conoscenza dei dati locali relativi ad abitudine al fumo, consumo d'alcol, stato ponderale e attività fisica nell'ambito degli interventi di promozione della salute

Target primario: ragazzi/e in età scolare(11-13-15 anni) .**Target secondario**: genitori , insegnanti PLS, MMG. Tutti gli operatori sanitari e non impegnati nella promozione della salute

Indicatori di processo:

Operatori sanitari formati sul totale degli operatori coinvolti
Realizzazione degli interventi di comunicazione
PLS e MMG della regione che hanno ricevuto materiale informativo sulla sorveglianza

Attività ANNO 2011

L'ISS ha coinvolto l'ASP di Crotone e l' ASP di Catanzaro per la realizzazione del progetto FOCUS PAPER.

Contatti e scambio e-mail con il referente regionale per partecipazione progetto FOCUS PAPER.

Formazione ed aggiornamento coordinatore e operatori sanitari dell'ASP di Crotone

Riunioni di lavoro per programmazione attività e stampa materiale (focus paper per genitori ed dirigente scolastico , questionari di valutazione sulla qualità dell'informazioni , la loro chiarezza e completezza) individuazione della scuola e della classe campionate dall'ISS ed incontri formativi con il Dirigente e Docenti per organizzare la attività di comunicazione

Le attività sono state completate entro il termine indicato dall'ISS per la conclusione di questa fase di comunicazione

Attività ANNO 2012

Per il raggiungimento degli obiettivi di processo previsti nel progetto, sono stati effettuati:

L'ISS ha coinvolto l'ASP di Crotone e l' ASP di Catanzaro per la realizzazione del progetto OPEN MIND.

Contatti e scambio e-mail con il referente regionale per partecipazione al progetto OPEN MIND. Formazione ed aggiornamento coordinatore e operatori sanitari dell'ASP di Crotone .Riunioni di lavoro per programmazione attività e stampa materiale del cartaceo (questionari, opuscoli esplicativi). Predisposizione su CD di un Kit multimediale da testare presso i ragazzi frequentanti il II° anno di scuola superiore. Individuazione della scuola e della classe tra quelle campionate dall'ISS per la rilevazione HBSC. Incontri formativi con il Dirigente e il Docente della classe individuata per organizzare le attività previste dal progetto. Somministrazione di un pre-test agli alunni Svolgimento di N° 3 incontri su tematiche riguardanti la prevenzione dei danni provocati da alcool e fumo proprie del progetto" Open Mind ".Le attività sono state completate entro il termine indicato dall'Istituto Superiore di Sanità per la conclusione del progetto.

Partecipazione all'incontro"Comunicazione Istituzionale e socializzazione dei risultati P.R.P. e I^ Conferenza Regionale" 6 Novembre 2012-Lamezia Terme.

Partecipazione alla I^ Conferenza Regionale "Prevenzione tutela della salute e medicina d'iniziativa" 29/30 novembre 2012-Lamezia Terme

Le attività di comunicazione del progetto HBSC si svolgeranno nel 2013 con la distribuzione degli Focus Paper forniti dall' ISS e degli opuscoli contenenti il rapporto sui dati regionali HBSC 2009/2010 ricevuti in quest'ultimi mesi.

La Responsabile Progetto 2.9.1 HBSC
ASP di Crotone

Elena Sposato
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio di Medicina Scolastica

Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012 - Progetto n. **2.9.1** "**Programma di sorveglianza dello stato nutrizionale dei bambini in età scolare e comunicazione integrata dei dati di tale sorveglianza a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini**

Rendiconto Attività anno 2011/12 ASP di CROTONE

In riferimento alla Linea Progettuale Progetto 2.9.1 "**Programma di sorveglianza dello stato nutrizionale dei bambini in età scolare e comunicazione integrata dei dati di tale sorveglianza a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini**"
di seguito si rendiconta in merito alle attività svolte nell'anno 2011/12

Macroarea 2: prevenzione universale.

Linea di Intervento generale 2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita e non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso).

Obiettivo generale del progetto: Descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei
bambini delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorenti una corretta nutrizione e l'attività fisica,allo scopo di suggerire azioni appropriate e basate su prove di efficacia

Beneficiari (target dell'intervento) :Target primario: Bambini di età di 8 anni, per ragioni di carattere biologico, in quanto la situazione nutrizionale è ancora poco influenzata dalla pubertà, e per questioni di sviluppo cognitivo, in quanto i bambini sono già in grado di rispondere con precisione e validità ad alcune semplici domande.
Target secondari: genitori , insegnanti

Indicatori di processo:

1.Mantenimento del tasso di adesione della rilevazione 2010 delle scuole
2. Mantenimento del tasso di adesione della rilevazione 2010 delle famiglie
3. Operatori sanitari formati sul totale degli operatori coinvolti
4. Genitori dei bambini coinvolti nella sorveglianza che hanno ricevuto il materiale informativo
5.PLS della regione che hanno ricevuto materiale informativo sulla sorveglianza

Attività ANNO 2011

Per l'anno 2011 non erano previste attività di rilevazione essendo la cadenza biennale.

Nel 2011 é stata effettuata la campagna di comunicazione ed divulgazione dei risultati su tutto il territorio aziendale e l'80% dei genitori dei bambini coinvolti nella sorveglianza ha ricevuto il materiale informativo.

Attività ANNO 2012

Per il raggiungimento degli obiettivi di processo previsti nel progetto, sono stati effettuati:

Contatti e scambio e-mail con il referente regionale.

Formazione ed aggiornamento coordinatore e rilevatori dell'ASP di Crotone (N° 2 moduli Aprile e Maggio 2012)

Riunioni di lavoro per programmazione attività e stampa materiale (questionari,schede,attestati)

Nei mesi di Aprile – Giugno si è proceduto alla terza rilevazione :

1) individuazione delle scuole e delle classi campionate dall'ISS (N°8 scuole e N°12 classi) e incontri formativi con i singoli Dirigenti e Docenti per organizzare la rilevazione.

2) Dall'08/05 /2012 all'18/05/2012 rilevazione dati antropometrici e somministrazione questionari alunni, questionari genitori e questionario Dirigente scolastico..

3) Verifica,validazione e inserimento dati nell'apposito software fornito dall'Istituto Superiore di Sanità ed inviati all'ISS per l'elaborazione.

Le attività sono state completate entro il 30 giugno, termine indicato dall'Istituto Superiore di Sanità per la conclusione della rilevazione.

Partecipazione all'incontro"Comunicazione Istituzionale e socializzazione dei risultati P.R.P. e I^ Conferenza Regionale" 6 Novembre 2012-Lamezia Terme.

Partecipazione alla I^ Conferenza Regionale "Prevenzione tutela della salute e medicina d'iniziativa" 29/30 novembre 2012-Lamezia Terme

Le attività del progetto riprenderanno nel 2013 con la restituzione dati e le attività correlate non appena verranno pubblicati i dati della rilevazione 2012 (a tal fine si è svolto un convegno presso il Ministero della Salute a Roma il 20 febbraio 2013 cui ha partecipato una componente del gruppo di lavoro.

Risultato atteso n° 1 n°2 n°3

Il tasso di adesione sia delle scuole che delle famiglie si è mantenuto costante rispetto alla precedente rilevazione. Tutti gli operatori, partecipanti alla rilevazione, sono stati formati .

Risultato atteso n° 5

I PLS non hanno ricevuto materiale informativo perché stampato in ritardo dalla Regione

La Responsabile Progetto 2.9.1
"OKkio alla Salute"
ASP di Crotone
Dott.ssa Elena Sposato

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - CROTONE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio di Medicina Scolastica

REGIONE CALABRIA
ASL
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia
U.O. di Epidemiologia
Direttore: Dr Alessandro Bisbano
Tel. e Fax 0962.924482

Prot. n. 127/epid

Crotone, lì 04.03.2013

Al Direttore
del Dipartimento di Prevenzione
SEDE

Oggetto: Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012: DGR 851/2010, Delibera ASP Crotone n. 236/2012. Linee progettuali 2.1.1, 2.5.1, 2.9.1, 4.2.1#
Attività svolte: relazione sullo stato dell'arte.

Di seguito si illustra la stato di realizzazione delle linee progettuali di cui sono individuato referente/responsabile.

Linea progettuale	**2.1.1: Il sistema regionale di sorveglianza integrato degli incidenti stradali e domestici**
Status	- Incidenti stradali Raccolte le informazioni relative ai soccorsi prestati dal SUEM-118 nel corso dell'anno 2011 e del 1° Semestre 2012, si è proceduto, una volta normalizzato il relativo database, all'analisi del fenomeno. *Parte del lavoro svolto è stato sintetizzato in due poster presentati nel corso della 1^ Conferenza Regionale della Prevenzione, Tutela della Salute e Medicina d'Iniziativa (29-30 Novembre 2012):* *P.1: Sorveglianza degli incidenti stradali nell'ASP di Crotone* *P.2: Individuazione dei tratti ad alto indice di rischio lungo le SS106 e SS107 nel loro tratto crotonese a partire dalle informazioni raccolte dal SUEM 118* Nell'ultimo periodo dell'anno, sono stati intensificati gli incontri con il Centro di Monitoraggio della Sicurezza Stradale della Provincia di Crotone e con il Dipartimento Tutela della Salute, giungendo alla predisposizione degli atti finalizzati alla realizzazione di un "Centro Regionale Incidenti Stradali" (CRIS) attraverso il quale ottenere l'integrazione delle informazioni provenienti dalle Forze dell'Ordine con quelle squisitamente sanitarie raccolte dal SUEM-118 in occasione del soccorso e, successivamente, dal Pronto Soccorso e dai reparti ospedalieri. - Incidenti domestici

	In assenza di dati di Pronto Soccorso informatizzati (attività iniziata solo da gennaio 2012), si è ritenuto orientare l'attenzione sulla domanda sanitaria indotta dal fenomeno, espressa sotto forma di assistenza in regime di ricovero. La finalità è quella di conoscere le determinanti maggiori che descrivono le persone coinvolte e la gravità delle lesioni riportate. Per questo si è chiesto di poter accedere ed interrogare il database SDO/DRG.
Ulteriori azioni	- Incidenti stradali Realizzazione del Centro Regionale Incidenti Stradali (CRIS). - Incidenti domestici Approfondimento del fenomeno anche relaizando l'integrazione dei database disponibili.
Punti di forza	- Incidenti stradali Disponibilità del personale del SUEM-118, in particolare le dott.sse E. Costabile, L. Iozzi e G. Masciari, a raccogliere su di un foglio elettronico appositamente predisposto, a raccogliere tutte le informazioni relative agli interventi di soccorso attivati per "incidente stradale". Disponibilità del Centro di Monitoraggio della Sicurezza Stradale della Provincia di Crotone. - Incidenti domestici - -
Criticità	- Informatiche Fino a dicembre 2011, nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Crotone non era attivo il sistema di informatizzazione degli accessi e dei relativi esiti. L'archivio della Centrale Operativa SUEM-118 non è ancora fruibile sia in termini di accessibilità sia in termini di completezza delle informazioni raccolte - Informative Incidenti stradali: La possibilità di integrare l'informazione sanitaria con il dato Istat prevede la stipula di una apposita convenzione che, allo stato, è previsto possa essere sottoscritta solo tra l'Istituto Nazionale di Statistica e la Regione Calabria. Non è più possibile la stipula di convenzioni/protocolli d'intesa a livello locale (provinciale). Incidenti domestici: non si hanno direttive regionali a cui fare riferimento.

Linea progettuale	**2.5.1: Good practice in ambiente ospedaliero: implementazioni di protocolli o linee guida per la prevenzione dell'infortunio biologico**
Status	Si è provveduto alla raccolta di materiale bibliografico sull'argomento ed alla ricerca, sul web, dei protocolli adottati in altre realta ospedaliere Conclusa la raccolta delle informazioni d'interesse (esclusivamente rilevabili da documenti cartacei), si è provveduto alla loro informatizzazione, alla normalizzazione del database, all'analisid ei dati ottenuti (attività a cui ho provveduto personalmente).

	Sono state predisposte schede informative sull'infortunio sul lavoro, sull'infortunio a rischio biologico e sulle buone pratiche per prevenire Nel piano formativo aziendale per il 2013 è stato Pianificato un intervento formativo/informativo sull'argomento finalizzato alla sensibilizzazione e alla formazione di tutti gli operatori esposti al rischio.
Ulteriori azioni	Analisi del fenomeno infortunistico d'interesse. Valutazione della compliance al protocollo già adottato nel P.O. di Crotone. Valutazione/perfezionamento del protocollo già adottato nel P.O. di Crotone.
Punti di forza	Registrazione "storica" di tutti gli incidenti/infortuni avvenuti nell'ASP di Crotone e, segnatamente, nel Presidio Ospedaliero, che abbiano comportato per l'operatore l'esposizione a materiale biologico.
Criticità	- Mancanza di un registro informatizzato degli eventi d'interesse.

Linea progettuale	**2.9.1: Gestione e valorizzazione delle informazioni derivanti dal sistema di sorveglianza correnti per gli stili di vita:** Okkio alla salute, HBSC, **PASSI.** *Le notizie che seguono riguardano esclusivamente il sistema di sorveglianza PASSI.* *Alla rendicontazione delle sorveglianze "Okkio alla Salute" e "HBSC" provvederà, per competenza, la dott.ssa Elena Sposato.*
Status	Le attività hanno avuto inizio nei primi mesi dell'anno e, nel maggio 2012, l'Azienda ha adottato l'atto per l'attuazione locale (delibera n. 404/2012). È stata è stata data informativa dell'avvio del sistema di sorveglianza PASSI a tutti i Medici di Medicina Generale, ai quali è stata inviata una mail, e all'Ordine del Medici provinciale che ha pubblicato la notizia tra le news del proprio sito istituzionale. Analoga informativa è stata data ai Sindaci dei 27 Comuni della Provincia. In adesione alla progettualità regionale sono state effettuate tutte le 275 interviste previste dal disegno del campionamento. Ciò, non solo ha consentito di soddisfare la partecipazione al campione regionale, quanto consentirà di ottenere dalle informazioni raccolte anche la significatività a livello aziendale. L'intero pool di interviste è stato informatizzato ed inviato, via web, al database nazionale.
Ulteriori azioni	Elaborazione delle informazioni raccolte e predisposizione del report aziendale. Pubblicizzazione dei risultati.
Punti di forza	Disponibilità ed impegno dimostrati da tutti gli intervistatori.
Criticità	- Mancata disponibilità di una anagrafe sanitaria completa dei recapiti degli assistiti. - Carenza di ausili informatici alla quale si è sopperito ricorrendo a risorse

	- Assenza di un operatore informatico cui assegnare il compito di validare l'anagrafe, l'estrazione del campione e di svolgere tutte e attività di supporto informatico necessarie.

Linea progettuale	**4.2.1: Messa a regime nella Regione Calabria di un sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio assistenziali (PASSI d'Argento).**
Status	In Azienda, le attività inerenti la specifica linea progettuale hanno avuto inizio nel maggio 2012 con l'approvazione dell'atto deliberativo 405/2012. È seguita una serie di incontri con tutti i partecipanti al team aziendale finalizzati alla programmazione e pianificazione delle attività ed alla condivisione dello strumento dell'intervista. Autonomamente, con le attrezzature direttamente nella disponibilità dell'U.O. di Epidemiologia, è stato riprodotto tutto il materiale cartaceo necessario (430 questionari, lettere agli intervistandi, chiudilettera con cui personalizzare le buste, lettere informative all'Ordine dei Medici, ai Sindaci dei Comuni della Provincia). A tutti i medici di Medicina Generale della Provincia è stata inviata una mail al fine di informarli dell'iniziative e chiedere loro la più fattiva collaborazione. La stessa lettera è stata pubblicata sul sito web dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. L'obiettivo posto per raggiungere la significatività a livello aziendale (350 interviste) è stato ottenuto entro la scadenza indicata e, nel termine massimo stabilito, tutte le interviste sono state informatizzate e trasferite, via web, al database nazionale. Dell'attività svolta è stata ottenuto il previsto feed-back positivo.
Ulteriori azioni	Di concerto con il Coordinatore e il vice-Coordionatore regionali e il Referente regionale della linea progettuale si procederà all'elaborazione delle informazioni e all'analisi dei dati. Il lavoro si concluderà con la stesura del rapporto conclusivo. A seguire si agirà per la condivisione e la pubblicizzazione dei risultati.
Punti di forza	Disponibilità ed impegno dimostrati da tutti gli intervistatori.
Criticità	- Risorse disponibili strumentali - Mancata disponibilità di una anagrafe sanitaria completa dei recapiti degli assistiti. - Assenza di un operatore informatico cui assegnare il compito di validare l'anagrafe, l'estrazione del campione, svolgere tutte e attività di supporto necessarie.

Dott. Alessandro Bisbano

REGIONE CALABRIA
ASL
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Grecia
U.O. di Epidemiologia
Direttore: Dr Alessandro Bisbano
Tel. e Fax 0962.924482

Prot. n. 127/epid

Crotone, lì 04.03.2013

Al Direttore
del Dipartimento di Prevenzione
SEDE

Oggetto: Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012: DGR 851/2010, Delibera ASP Crotone n. 236/2012. Linee progettuali 2.1.1, 2.5.1, 2.9.1, 4.2.1#
Attività svolte: relazione sullo stato dell'arte.

Di seguito si illustra la stato di realizzazione delle linee progettuali di cui sono individuato referente/responsabile.

Linea progettuale	**2.1.1: Il sistema regionale di sorveglianza integrato degli incidenti stradali e domestici**
Status	- Incidenti stradali Raccolte le informazioni relative ai soccorsi prestati dal SUEM-118 nel corso dell'anno 2011 e del 1° Semestre 2012, si è proceduto, una volta normalizzato il relativo database, all'analisi del fenomeno. *Parte del lavoro svolto è stato sintetizzato in due poster presentati nel corso della 1^ Conferenza Regionale della Prevenzione, Tutela della Salute e Medicina d'Iniziativa (29-30 Novembre 2012):* *P.1: Sorveglianza degli incidenti stradali nell'ASP di Crotone* *P.2: Individuazione dei tratti ad alto indice di rischio lungo le SS106 e SS107 nel loro tratto crotonese a partire dalle informazioni raccolte dal SUEM 118* Nell'ultimo periodo dell'anno, sono stati intensificati gli incontri con il Centro di Monitoraggio della Sicurezza Stradale della Provincia di Crotone e con il Dipartimento Tutela della Salute, giungendo alla predisposizione degli atti finalizzati alla realizzazione di un "Centro Regionale Incidenti Stradali" (CRIS) attraverso il quale ottenere l'integrazione delle informazioni provenienti dalle Forze dell'Ordine con quelle squisitamente sanitarie raccolte dal SUEM-118 in occasione del soccorso e, successivamente, dal Pronto Soccorso e dai reparti ospedalieri. - Incidenti domestici

	In assenza di dati di Pronto Soccorso informatizzati (attività iniziata solo da gennaio 2012), si è ritenuto orientare l'attenzione sulla domanda sanitaria indotta dal fenomeno, espressa sotto forma di assistenza in regime di ricovero. La finalità è quella di conoscere le determinanti maggiori che descrivono le persone coinvolte e la gravità delle lesioni riportate. Per questo si è chiesto di poter accedere ed interrogare il database SDO/DRG.
Ulteriori azioni	- Incidenti stradali Realizzazione del Centro Regionale Incidenti Stradali (CRIS). - Incidenti domestici Approfondimento del fenomeno anche relaizando l'integrazione dei database disponibili.
Punti di forza	- Incidenti stradali Disponibilità del personale del SUEM-118, in particolare le dott.sse E. Costabile, L. Iozzi e G. Masciari, a raccogliere su di un foglio elettronico appositamente predisposto, a raccogliere tutte le informazioni relative agli interventi di soccorso attivati per "incidente stradale". Disponibilità del Centro di Monitoraggio della Sicurezza Stradale della Provincia di Crotone. - Incidenti domestici - -
Criticità	- Informatiche Fino a dicembre 2011, nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Crotone non era attivo il sistema di informatizzazione degli accessi e dei relativi esiti. L'archivio della Centrale Operativa SUEM-118 non è ancora fruibile sia in termini di accessibilità sia in termini di completezza delle informazioni raccolte - Informative Incidenti stradali: La possibilità di integrare l'informazione sanitaria con il dato Istat prevede la stipula di una apposita convenzione che, allo stato, è previsto possa essere sottoscritta solo tra l'Istituto Nazionale di Statistica e la Regione Calabria. Non è più possibile la stipula di convenzioni/protocolli d'intesa a livello locale (provinciale). Incidenti domestici: non si hanno direttive regionali a cui fare riferimento.

Linea progettuale	**2.5.1: Good practice in ambiente ospedaliero: implementazioni di protocolli o linee guida per la prevenzione dell'infortunio biologico**
Status	Si è provveduto alla raccolta di materiale bibliografico sull'argomento ed alla ricerca, sul web, dei protocolli adottati in altre realta ospedaliere Conclusa la raccolta delle informazioni d'interesse (esclusivamente rilevabili da documenti cartacei), si è provveduto alla loro informatizzazione, alla normalizzazione del database, all'analisid ei dati ottenuti (attività a cui ho provveduto personalmente).

	Sono state predisposte schede informative sull'infortunio sul lavoro, sull'infortunio a rischio biologico e sulle buone pratiche per prevenire Nel piano formativo aziendale per il 2013 è stato Pianificato un intervento formativo/informativo sull'argomento finalizzato alla sensibilizzazione e alla formazione di tutti gli operatori esposti al rischio.
Ulteriori azioni	Analisi del fenomeno infortunistico d'interesse. Valutazione della compliance al protocollo già adottato nel P.O. di Crotone. Valutazione/perfezionamento del protocollo già adottato nel P.O. di Crotone.
Punti di forza	Registrazione "storica" di tutti gli incidenti/infortuni avvenuti nell'ASP di Crotone e, segnatamente, nel Presidio Ospedaliero, che abbiano comportato per l'operatore l'esposizione a materiale biologico.
Criticità	- Mancanza di un registro informatizzato degli eventi d'interesse.

Linea progettuale	**2.9.1: Gestione e valorizzazione delle informazioni derivanti dal sistema di sorveglianza correnti per gli stili di vita:** Okkio alla salute, HBSC, **PASSI.** *Le notizie che seguono riguardano esclusivamente il sistema di sorveglianza PASSI.* *Alla rendicontazione delle sorveglianze "Okkio alla Salute" e "HBSC" provvederà, per competenza, la dott.ssa Elena Sposato.*
Status	Le attività hanno avuto inizio nei primi mesi dell'anno e, nel maggio 2012, l'Azienda ha adottato l'atto per l'attuazione locale (delibera n. 404/2012). È stata è stata data informativa dell'avvio del sistema di sorveglianza PASSI a tutti i Medici di Medicina Generale, ai quali è stata inviata una mail, e all'Ordine del Medici provinciale che ha pubblicato la notizia tra le news del proprio sito istituzionale. Analoga informativa è stata data ai Sindaci dei 27 Comuni della Provincia. In adesione alla progettualità regionale sono state effettuate tutte le 275 interviste previste dal disegno del campionamento. Ciò, non solo ha consentito di soddisfare la partecipazione al campione regionale, quanto consentirà di ottenere dalle informazioni raccolte anche la significatività a livello aziendale. L'intero pool di interviste è stato informatizzato ed inviato, via web, al database nazionale.
Ulteriori azioni	Elaborazione delle informazioni raccolte e predisposizione del report aziendale. Pubblicizzazione dei risultati.
Punti di forza	Disponibilità ed impegno dimostrati da tutti gli intervistatori.
Criticità	- Mancata disponibilità di una anagrafe sanitaria completa dei recapiti degli assistiti. - Carenza di ausili informatici alla quale si è sopperito ricorrendo a risorse

	- Assenza di un operatore informatico cui assegnare il compito di validare l'anagrafe, l'estrazione del campione e di svolgere tutte e attività di supporto informatico necessarie.

Linea progettuale	**4.2.1: Messa a regime nella Regione Calabria di un sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio assistenziali (PASSI d'Argento).**
Status	In Azienda, le attività inerenti la specifica linea progettuale hanno avuto inizio nel maggio 2012 con l'approvazione dell'atto deliberativo 405/2012. È seguita una serie di incontri con tutti i partecipanti al team aziendale finalizzati alla programmazione e pianificazione delle attività ed alla condivisione dello strumento dell'intervista. Autonomamente, con le attrezzature direttamente nella disponibilità dell'U.O. di Epidemiologia, è stato riprodotto tutto il materiale cartaceo necessario (430 questionari, lettere agli intervistandi, chiudilettera con cui personalizzare le buste, lettere informative all'Ordine dei Medici, ai Sindaci dei Comuni della Provincia). A tutti i medici di Medicina Generale della Provincia è stata inviata una mail al fine di informarli dell'iniziative e chiedere loro la più fattiva collaborazione. La stessa lettera è stata pubblicata sul sito web dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. L'obiettivo posto per raggiungere la significatività a livello aziendale (350 interviste) è stato ottenuto entro la scadenza indicata e, nel termine massimo stabilito, tutte le interviste sono state informatizzate e trasferite, via web, al database nazionale. Dell'attività svolta è stata ottenuto il previsto feed-back positivo.
Ulteriori azioni	Di concerto con il Coordinatore e il vice-Coordionatore regionali e il Referente regionale della linea progettuale si procederà all'elaborazione delle informazioni e all'analisi dei dati. Il lavoro si concluderà con la stesura del rapporto conclusivo. A seguire si agirà per la condivisione e la pubblicizzazione dei risultati.
Punti di forza	Disponibilità ed impegno dimostrati da tutti gli intervistatori.
Criticità	- Risorse disponibili strumentali - Mancata disponibilità di una anagrafe sanitaria completa dei recapiti degli assistiti. - Assenza di un operatore informatico cui assegnare il compito di validare l'anagrafe, l'estrazione del campione, svolgere tutte e attività di supporto necessarie.

Dott. Alessandro Bisbano

Titolo	
Il sistema regionale di sorveglianza degli incidenti stradali e domestici	
Obiettivo generale	
Individuare le categorie, i settori, i punti a rischio verso i quali orientare prioritariamente le azioni preventive (sanitarie, infrastrutturali, sul contesto ambientale)	
Obiettivi specifici	
Mettere a punto, entro il 2012, nella Regione Calabria, un sistema di sorveglianza degli incidenti stradali basato sui dati integrati di P.S., 118, SDO, ReNCaM, CCT/Istat allo scopo di programmare e valutare interventi sanitari, infrastrutturali e sul contesto ambientale	
Azioni principali	
Acquisizione di informazioni (dati ACI-Istat, SDO)	
Avvio sorveglianza: predisposizione modelli di rilevazione dati (Scheda Pronto Soccorso) e definizione flusso informativo, incluso link tra le diverse basi dati	
Raccolta e analisi dei dati	
Comunicazione, edizione report e divulgazione informazioni	
Monitoraggio, valutazione dei risultati	
Target	
Comunità	

Stato dell'arte al 31 dicembre 2011
Il sistema di sorveglianza è attivo su Cosenza e Crotone con l'informatizzazione dei PS e con il supporto della Provincia .
Elaborazione dati PS e Istat . Fonte di verifica dati PS - Istat schede di mortalità

Stato dell'arte al 31.12.2012 (principali azioni svolte e risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati)
Sono stati raccolte le informazioni sui soccorsi ettettuati per "incidente stradale" dal SUEM-118.
E' stata implementata la collaborazione con il Centro di monitoraggio degli Incidenti Stradali della Provincia di Crotone detentore, su delega dell'Istat, dell'archio delle informazioni CCT/Istat.
E' in corso di definizione il modello di integrazione cui fare riferimento per l'integrazione degli archivi CCT/Inc, 118, PS, SDO che potrà essere definito dopo aver realizzato il Centro Regionale per la Rilevazione degli Incidenti Stradali in Calabria (CRISC).
Disponibile l'analisi del fenomeno osservato nel 2011 è in corso

Indicatori	Valore al 31.12.2010	Valore atteso al 31.12.2011	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2011	Valore osservato al 31.12.2012	Motivazioni di un eventuale scostamento tra valore osservato e valore atteso dell'indicatore al 31.12.2012	Eventuali soluzioni
P.S. che compilano la scheda informatizzata sul totale dei P.S.	0	40%	70%	40%	70%		
Modelli CCT Istat su Totale Incidenti	0	50%	95%	50%	100%		
Schede di morte acquisite su Schede di morte totali	0	50%	95%	50%	0%	Indisponibilità di un ReNCaM imformatizzato	Acquisito il software, il suo avvio è previsto per il 2013
Rapporto sullo stato degli incidenti stradali nella Regione	-		presente	0	Disponibile per l'ambito aziendale		

NOTE/OSSERVAZIONI

Solo nel corso del 2012 è partita la gestione informatizzata del Pronto Soccorso

Per l'ASP di Crotone si dispone, attraverso il Centro di Monitoraggio degli Incidenti Stradali della Provincia di Crotone di tutti gli indicatori ricavabili dal sistema di rilevazione CCT/Inc.

Non esiste un ReNCaM informatizzato

Per l'ASP di Crotone, sulla base dei dati del SUEM-118 intervenuto sul luogo del sinistro, è disponibile un rapporto 2011. Sono in corso di elaborazione le informazioni relative al primo semestre 2013.

Sulla scorta del mandato ricevuto (fine 2012) dal Dipatimento Tutela della Salute della Regione Calabria è in avanzato stato di definizione la convenzione Regione Calabria - Provincia di Crotone per implementare il Centro di Monitoraggio degli Incidenti Stradali e dar vita al Centro Regionale per la raccolta dei dati sugli Incidenti Stradali in Calabria (CRIC)

Titolo
Good practices in ambiente ospedaliero: implementazione di protocolli e linee guida per la prevenzione dell'infortunio biologico
Obiettivo generale
Contenimento/riduzione dell'infortunio biologico, promuovendo una prevenzione mirata, previa raccolta dei dati epidemiologici, per consentire la contestualizzata identificazione delle misure preventive da adottare e la verifica dell'adeguatezza delle misure di prevenzione adottate
Obiettivi specifici
Ridurre l'incidenza dell'infortunio biologico negli operatori sanitari
Implementare un sistema di sorveglianza sanitaria
Promuovere fra gli operatori sanitari una prevenzione organizzata rispetto al rischio di trasmissione di infezioni occupazionali
Azioni principali
Implementazione di un sistema di sorveglianza sanitaria degli infortuni di tipo biologico. Creazione di una rete di referenti di ciascun ospedale
Valutazione dell'importanza percepita dell'utilizzo degli strumenti di prevenzione del rischio biologico (rilevazione di conoscenza e appropriatezza dei comportamenti degli operatori nei vari momenti dell'assistenza)
Consolidamento della rilevazione sistematica, con report annuale, degli infortuni di tipo biologico
Divulgazione di linee guida e protocolli sulle norme comportamentali di prevenzione delle infezioni trasmesse per via ematica
Formazione continua del personale sanitario
Target
Operatori sanitari dei presidi ospedalieri

Il progetto non è stato avviato nel 2011 , le attività saranno espletate nel 2012

Stato dell'arte al 31.12.2012 (principali azioni svolte e risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati)

Dipsonibile il report aziendale della serie storica delle esposizioni a rischio biologico segnalate dagli operatori sanitari è in corso di rivalutazione il programma di sorveglianza sanitaria che viene attivato dall'Ufficio del Medico Competente per assicurare il counseling nell'immediatezza dell'evento e il conseguente follow-up.
Terminata l'analisi degli eventi accaduti nell'ultimo triennio, i risultati saranno diffusi ed utilizzati promuove la cultura della sicurezza e della gestione del rischio infettivo attraverso l'attuazione delle azioni previste ed inserite nel piano formativo 2013.

Indicatori	Valore al 31.12.2010	Valore atteso al 31.12.2011	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2011	Valore osservato al 31.12.2012	Motivazioni di un eventuale scostamento tra valore osservato e valore atteso dell'indicatore al 31.12.2012	Eventuali soluzioni
Report annuale infortuni di tipo biologico		Arruolamento del 40% aziende sanitarie (nel sistema di sorveglianza sanitaria degli infortuni di tipo biologico)	**Arruolamento del 100% aziende sanitarie (nel sistema di sorveglianza sanitaria degli infortuni di tipo biologico)**		100%		
Formazione operatori		1 evento formativo regionale	**3 eventi formativi aziendali**		-	Si è ritenuto far precedere la formazione specifica dall'aggiornamento degli opuscoli informativi che il Medico Competente già utilizza per sensibilizzare gli operatori del settore.	Le attività formative saranno realizzate nel 2013

NOTE/OSSERVAZIONI

Sulla scorta della sorveglianza che l'Ufficio del Medico Competente attiva in caso di incidente a rischio biologico (t0, T2mesi, T6mesi, T12mesi), è disponibile a livello aziendale lo studio della serie storica degli incidenti che hanno esposto gli operatori al rischio biologico.

Sono in fase di aggiornamento gli opuscoli informativi che il Medico Competente ha tempo addietro predisposto per sensibilizzare gli operatori del settore. È prevista la loro riproduzione a stampa.

Azioni di formazione specifica sono previste per il 2013. L'argomento è stato inserito nel piano aziendale di formazione perché possa trovare realizzazione sia secondo le modalità previste dalla formazione continua (ECM) sia nel rispetto dei principi indicati dal d.lgs. 81/2008 in materia di informazione/formazione dei Lavoratori.

Titolo
Gestione e valorizzazione integrata delle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza correnti per gli stili di vita. 1. Messa a regime nella Regione Calabria del sistema di sorveglianza PASSI
Obiettivo generale
Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione calabrese di età 18-69 anni, relativamente ai principali fattori di rischio comportamentali, e valutare la diffusione delle misure preventive attivate
Obiettivi specifici
Mettere a regime su tutto il territorio regionale la sorveglianza dei principali fattori di rischio comportamentali e dello stato delle misure preventive per la popolazione calabrese 18-69 anni, entro il 2012
Azioni principali
Individuazione e formalizzazione gruppo tecnico regionale, coordinatori e intervistatori aziendali
Formazione e aggiornamento coordinatori e intervistatori aziendali
Campionamento
Coinvolgimento GI (lettere per le persone da intervistare, per i MMG, per i Sindaci, Ordine dei Medici, Dirigenti ASP, Media,...)
Effettuazione interviste, raccolta, verifica, validazione, inserimento e invio dati, creazione dataset
Analisi dati
Edizione del Rapporto, comunicazione dei risultati
Monitoraggio (dati di processo)
Valutazione Sorveglianza ed eventuale riprogrammazione
Target
Decisori regionali, Direttori di ASL, di Dipartimento e di Distretto, Operatori di strutture sanitarie, MMG, Sindaci, Comunità locale

Stato dell'arte al 31 dicembre 2011
Formazione dei coordinatori e vice coordinatori aziendali e degli intervistatori coinvolti nel Sistema di sorveglianza PASSI per la copertura del territorio regionale.

Fonte di verifica PASSI per il terzo indicatore entro il 30 aprile 2012

Stato dell'arte al 31.12.2012 (principali azioni svolte e risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati)

Dopo aver partecipato alle attività formative predisposte dal Coordinamento regionale del sistema di Sorveglianza, effettuato il previsto campionamento, gliintervistatori hanno portato a termine tutte le 275 interviste previste per l'anno 2012 per la nostra Azienda.
Incontri sono stati realizzati a livello locale per consentire al gruppo di confrontarsi sul lavoro svolto e condividere, in progress, l'esperienza del lavoro sul campo.
Le interviste sono state tutte informatizzate ed inviate al dataset nazionale. Ottenuta la validazione dal sistema di monitoraggio centrale, è prevista, a breve, l'analisi dei dati e l'elaborazione del report aziendale.
Successivamente si procederà alla comunicazione e alla socializzazione dei risultati.

Indicatori	Valore al 31.12.2010	Valore atteso al 31.12.2011	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2011	Valore osservato al 31.12.2012	Motivazioni di un eventuale scostamento tra valore osservato e valore atteso dell'indicatore al 31.12.2012	Eventuali soluzioni
% copertura territoriale: Numero ASP/ Totale ASP *100	40%	60%	100%	60%	100%		
Esistenza di un Rapporto Regionale entro il semestre successivo all'anno di riferimento	presente	presente	presente	al 30 aprile 2012		Validata la banca dati delle informazioni raccolte, la predisposizione del report dipende dalla disponibilità degli applicativi di analisi che, anno per anno, vengono predisposti a livello centrale.	
MMG della Regione che hanno ricevuto materiale informativo sulla sorveglianza	50%	70%	90%	70%	100%		

NOTE/OSSERVAZIONI

Tutti i MMG che operano nell'ASP hanno ricevuto una mail informativa sull'indagine. L'argomento è stato portato all'attenzione del Presidente e del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chir. e Odont. della provincia di Crotone che hanno inteso segnalare l'iniziativa anche attraverso il loro portale istituzionale

Materiale descrittivo dell'indgine e link di approfondimento sono stati inseriti nel sito web istituzionale

Titolo
Messa a regime nella Regione Calabria di un sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e socioassistenziali
Obiettivo generale
Messa a regime del sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana
Obiettivi specifici
Mettere a regime nel 100% delle ASL della Regione Calabria, entro la fine del 2012, un Sistema di Monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana, in particolare con disabilità, e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio-sanitari, in grado di fornire informazioni valide e tempestive, confrontabili nel tempo e fra le diverse aree locali, per orientare e migliorare le azioni di prevenzione e di assistenza
Azioni principali
Implementazione e messa a regime del sistema di sorveglianza
Target
Decisori regionali, Direttori di ASL e di Distretto, Responsabili servizi socio-assistenziali, Anziani e loro famiglie

Stato dell'arte al 31 dicembre 2011

Le attività realizzate nel 2011 hanno riguardato la formazione di I° livello del 60% degli operatori sanitari e del sociale coinvolti per la messa a regime del sistema di sorveglianza sullo stato di salute della popolazione anziana calabrese. E' stato inviato il materiale informativo al MMG per l'avvio della sorveglianza.

Fonti di verifica: atti della formazione .

Stato dell'arte al 31.12.2012 (principali azioni svolte e risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati)

Il sistema di sorveglianza è stato attivato e condotto a regime producendo tutte le 350 interviste previste per la nostra ASL.
Tutte le interviste sono state informatizzate, invate al dataset nazionale e validate dal livello centrale.
Appena saranno disponibili gli applicativi necessari per svolgere l'analisi delle informazioni raccolte, si procederà all'elaborazione del report aziendale e, a seguire, alla comunicazione delle conclusioni che possono essere tratte dall'analisi dei risultati ottenuti.

Indicatori	Valore al 31.12.2010	Valore atteso al 31.12.2011	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2011	Valore osservato al 31.12.2012	Motivazioni di un eventuale scostamento tra valore osservato e valore atteso dell'indicatore al 31.12.2012	Eventuali soluzioni
N° ASL che mettono a regime il Sistema di monitoraggio alla fine del 2012/ N° ASL totali *100		0%	80%	0	100%		
Operatori sociali e sanitari formati sul totale degli operatori coinvolti		60%	80%	60%*	100%		
Tempestività (disponibilità di dati validi entro sei mesi dalla fine dell'indagine)		0	SI	0	-	I tempi dipendono dalla disponibilità delle procedure di anlisi in corso di predisposizione a livello centrale	*idem*
MMG della Regione che hanno ricevuto materiale informativo sulla sorveglianza		60%	80%	60%**	100%		

* l'indicatore si riferisce alla formazione di I livello

** l'indicatore si riferisce alla comunicazione agli MMG per l'avvio dell'indagine

NOTE/OSSERVAZIONI

Tutti i MMG che operano nell'ASP hanno ricevuto una mail informativa sull'indagine. L'argomento è stato portato all'attenzione del Presidente e del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chir. e Odont. della provincia di Crotone che hanno inteso segnalare l'iniziativa anche attraverso il loro portale istituzionale

Materiale descrittivo dell'indgine e link di approfondimento sono stati inseriti nel sito web istituzionale

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione

ASP CROTONE

DR. Domenico Tedesco

SEDE

Relazione l.p.2.9.2 del P.R.P

PROGRAMMA SCUOLA PROMOTRICE DI SALUTE

La linea progettuale 2.9.2 è un programma che vede la "scuola promotrice di salute" promuovere la collaborazione con la sanità. All'interno di questo programma sono individuati 5 sottoprogetti:

1.La promozione della salute a livello locale sugli obiettivi del progetto nazionale guadagnare salute attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro REGIONALE scuola sanità

2. La promozione della salute a livello locale sugli obiettivi del progetto nazionale guadagnare salute attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro locale ASP scuola sanità

3.Campagna di comunicazione stili di vita "Salutino l'amico di ogni bambino"

4.Peer to Peer

5.Una regione in movimento, emozioni in gioco per i bambini della scuola dell'infanzia.

In relazione al primo sottoprogetto si comunica che è stata fatta una formazione destinata agli operatori sanitari e scolastici a cura dell'USR e dell'Assesorato alla Sanità su "Emozioni in gioco" e "Giochiamo a star bene", si sono tenute anche delle riunioni tra gli operatori ASP kr ed i referenti dell'USP per la programmazione e realizzazione di attività di promozione alla salute rivolte ai giovani che hanno visto coinvolti gli operatori delle due Istituzioni (maggio 2012:allestimento di stand informativi sulla prevenzione all'alcol e la promozione all'attività fisica).

In relazione al secondo sottoprogetto si sono avuti incontri informali sulla programmazione ed attuazione di interventi rivolti ad alunni e studenti delle scuole ubicate in Crotone (Istituto Tecnico "Donegani" e nel territorio limitrofo(Scuola Media di Roccabernarda) sui temi dell'alcol e delle droghe, l'alimentazione corretta, l'affettività e la sessualità negli adolescenti.

In relazione al terzo sottoprogetto si sono svolti alcuni incontri sul tema delle abitudini alimentari rivolto ai bambini di una scuola elementare di Crotone (IV Circolo)

In relazione al quarto sottoprogetto "Peer to Peer" si stanno svolgendo le attività previste nell'ultima fase e cioè l'implementazione delle azioni ideate, programmate ed eseguite dai gruppi Peer Educator degli Istituti coinvolti (Istituto Tecnico "Santoni" e Liceo Scientifico "Filolao" di Crotone ed Istituto di Istruzione Superiore di Cutro)secondo le modalità ed i tempi previsti. Si sottolinea inoltre che, in qualità di ASP Capofila Regionale del Progetto, nel mese di settembre ottobre è stata fatta, a cura dell'equipe coordinatrice, una formazione rivolta agli operatori dell'ASP di Cz e di Rc

In relazione al quinto sottoprogetto si è organizzato e svolto un piano provinciale di prevenzione che ha visto collaborare insieme gli operatori ASP e gli operatori scolastici di Educazione Fisica .Gli interventi erano rivolti ai docenti ed ai genitori degli alunni della scuola elementare secondo il seguente schema:

II CLASSE: Gioco Gym, Atletica + Patologie orali

III CLASSE: Orienting + abitudini alimentari

IV CLASSE: Gioco Atletica + informazioni sugli allergeni e sulle muffe

V CLASSE: Minibasket e Minivolley + il movimento è vita

Altre attività sono previste e programmate per l'anno scolastico in corso e rivolte a scolari e studenti delle scuole di ogni ordine e grado di Crotone e provincia.

Relazione l.p. 2.9.8 del PRP

PREVENZIONE PATOLOGIE TIROIDEE

Sono stati analizzati i percorsi diagnostici terapeutici attivi nella nostra ASP e sono stati rimodulati i percorsi per garantire un iter diagnostico rapido ai cittadini con sospetta patologia tiroidea, con il supporto ed il coinvolgimento dei MMG del territorio, attraverso la definizione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso. Sono stati previsti corsi di formazione rivolti ai MMG ed agli Operatori sanitari delle U.O. Aziendali coinvolte nella diagnosi e cura delle patologie tiroidee. Tali attività di formazione saranno realizzate nel corso del 2013. E' in via di rimodulazione un ambulatorio per dare risposte rapide ai soggetti con sospetta patologia tiroidea.

Relazione l.p. 3.1.1. del PRP

RAGGIUNGIMENTO E MANTENIMENTO STANDARD PREVISTI

E' in via di trasferimento il software in riuso del CSI Piemonte, si stanno fornendo le informazioni richieste al fine di configurare il programma di CSI che sia aderente con l'organizzazione degli screening nella nostra Azienda. Si dovrà procedere al porting dei dati storici e delle anagrafiche di popolazione. Tale procedura avverrà dopo l'installazione del programma di gestione che dovrà avvenire, secondo informazioni fornite dal CSI, entro il prossimo mese di giugno. L 'adozione di un sistema operativo uniforme, attraverso la creazione di un datawarehouse regionale, consentirà l'adeguamento ad esso di tutti i sistemi informatici aziendali e consentirà la gestione omogenea di tutte le fasi degli screening. Successivamente si procederà alla formazione del personale. E' stato previsto l'acquisto di due compiuters in sostituzione di quelli in dotazione ed ormai vetusti.

Relazione l.p. 3.1.2. del PRP

ATTUAZIONE DEI PROGETTI DI SUPERAMENTO DELLE CRITICITA'

1)Tumori della mammella 2) Cervice uterina 3) Colon retto

MAMMOGRAFICO

Si sono svolte riunioni, promosse dalla Direzione Strategica Aziendale, che ha visto la partecipazione dei referenti aziendali degli screening al fine di definire strategie necessarie al raggiungimento degli obiettivi, evidenziando le carenze di risorse umane. A cura dei referenti è stato prodotto un cronoprogramma che definisce i tempi ed i modi per raggiungere gli obiettivi. Tale programma, insieme ad un programma di strategie comunicative, è stato consegnato al Direttore Generale per gli opporruti adempimenti di sua competenza. E' stato previsto di digitalizzare il mammografo della Struttura di Senologia e di quello installato sul Mezzo Mobile al fine di aumentare l'esecuzione degli esami mammografici , con una particolare attenzione alle zone più periferiche del nostro territorio.

CITOLOGICO

Si sono svolte riunioni, promosse dalla Direzione Strategica Aziendale, che ha visto la partecipazione dei referenti aziendali degli screening al fine di definire strategie necessarie al raggiungimento degli obiettivi, evidenziando le carenze di risorse umane. A cura dei referenti è stato prodotto un cronoprogramma che definisce i tempi ed i modi per raggiungere gli obiettivi. Tale programma, insieme ad un programma di strategie comunicative, è stato consegnato al Direttore Generale per gli opporruti adempimenti di sua competenza. Si è provveduto al recupero dell'ostetrica mancante, se saranno garantite le risorse umane attuali si riuscirà a raggiungere una estensione del 100%.

COLON RETTO

Il Programma di screening non è ancora attivo. Si sono svolte riunioni, promosse dalla Direzione Strategica Aziendale, che ha visto la partecipazione dei referenti aziendali degli screening al fine di definire strategie necessarie al raggiungimento degli obiettivi, evidenziando le carenze di risorse umane. A cura dei referenti è stato prodotto un cronoprogramma che definisce i tempi ed i modi per raggiungere gli obiettivi. Tale programma, insieme ad un programma di strategie comunicative, è stato consegnato al Direttore Generale per gli opporruti adempimenti di sua competenza.

Le attività di screening saranno avviate appena disponibile il programma in riuso del CSI Piemonte.

Relazione l.p. 3.1.3 del PRP

LINEE GUIDA PER LO SCREENING SPONTANEO DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA

A livello Regionale non è stato possibile avviare il progetto nel 2011 per le criticità organizzative dei centri aziendali di screening. Il progetto è stato rivisitato dal gruppo di lavoro regionale che ha ritenuto rimodularlo adeguandolo alle esigenze organizzative aziendali, mirando soprattutto a migliorare l'appropriatezza del percorso di screening spontaneo per l'individuazione del carcinoma della prostata, attraverso la definizione di linee di indirizzo per la prevenzione del tumore alla prostata. Nel corso del 2012 sono stati predisposti materiale informativo da distribuire ai MMG ed agli utenti per migliorare l'appropriatezza del ricorso al test di screening. Nel corso del 2013 saranno realizzati incontri con i MMG e personale sanitario dei Servizi Aziendali per condividere le linee di indirizzo previste nel programma.

Le attività si realizzeranno nel 2013.

Il Referente Aziendale delle linee progettuali:

2.9.2 , 2.9.8 , 3.1.1., 3.1.2, 3.1.3 del P.R.P.

Dott.Carmine Spadafora

Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale "Vibo Valentia"
CENTRO AZIENDALE SCREENING ONCOLOGICI
Responsabile Organizzativo: Dr. Carmine SPADAFORA

ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

Prot.n. 03/2013 Ed. Sec.

Al Direttore del Dip. di Prevenzione
Dott.Domenico Tedesco

Oggetto: Relazione linea progettuale n.2.9.3 del P.R.P

In relazione alla linea progettuale n.2.9.3 "Alimentazione ed Attività Fisica", si comunica che il gruppo di coordinamento aziendale ha effettuato la formazione a cura dell'equipe capofila regionale (ASP CZ) .Dopo aver presentato il progetto al Referente dell'USP si è proceduto alla presentazione del Progetto al Dirigente del Liceo Classico di Crotone e si è svolta una riunione con i 2 docenti referenti (uno preposto al tema dell'alimentazione e l'altro preposto all'attività fisica).Il target è rappresentato dalle classi prime. Si è subito un ritardo nello svolgimento delle altre attività previste (per cause da non attribuire all'equipe di coordinamento aziendale) per cui si prevede che tutte le azioni si concluderanno entro l'anno 2013.

Cordiali saluti
La Referente Aziendale
Dott.ssa Antonella Cernuzio

Crotone , 15.3.2013

Premessa

L'Azienda Sanitaria Provinciale "Magna Grecia" di Crotone nasce il 22 maggio 2007 per la Legge Regionale n°9/07 come scorporo dalla precedente Azienda Sanitaria n° 5. L'ASL Magna Grecia è una delle cinque aziende provinciali e come le altre per articolazione geografica ed organizzativa è una realtà complessa della Calabria. Essa infatti conta una popolazione di 172.717 abitanti nei 27 comuni distribuita su un vasto territorio, la presenza dell'ospedale pubblico di Crotone a gestione diretta, un istituto penitenziario, il campo di prima accoglienza per l'immigrazione a Sant'Anna.
Il presidio Ospedaliero di Crotone ha accolto un numero di nascite nell'anno 2011 di 1391 e nel 2012 numero di nati 1338 di donne sia italiane che immigrate .

Relazione Piano operativo regionale 2.9.4, "Promozione dell'allattamento materno come diritto di salute per ogni bambino"

Sono trascorsi quasi 20 anni dall'iniziativa congiunta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'Unicef *10 passi per garantire un successo dell'allattamento al seno* (tabella 1.I), seguita dalla pubblicazione delle prove di efficacia a sostegno delle raccomandazioni . A pochi anni di distanza le stesse organizzazioni hanno promosso il progetto *Ospedali amici dei bambini,* con l'obiettivo di favorire in tutti gli ospedali la migliore accoglienza dei nuovi nati e garantire un sostegno all'allattamento al seno .
L'importanza di una politica comune su questo tema è stata riaffermata in un documento europeo : "La protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno sono una priorità di salute pub conseguenze sanitarie e sociali negative per le donne, i bambini, la collettività e l'ambiente, sono associati ad una maggiore spesa sanitaria e fanno aumentare le ineguaglianze. La *Strategia globale per l'alimentazione del neonato e del bambino* , adottata da tutti i paesi membri dell'OMS alla *55ª Assemblea mondiale della salute* nel maggio 2002, costituisce la base per iniziative di salute pubblica volte a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno".

Tabella 1.I Dieci passi per garantire l'allattamento al seno *

- Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario.
- Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.
- Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno.
- Aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno già mezz'ora dopo il parto.
- Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.
- Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica.
- Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrano insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.
- Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato richiede nutrimento.
- Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.
- Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo essere state dimesse dall'ospedale o dalla clinica.

1) REGIONE	Calabria
2) Titolo del progetto o del programma	"Promozione dell'allattamento materno, come diritto di salute per ogni bambino"
3) Identificativo della linea o delle linee di intervento generale (indicate nel quadro d'insieme)	2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari
4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del piano operativo regionale	2.9.4.
5) Breve descrizione dell'intervento programmato *	
6) Beneficiari (target dell'intervento)	Donne gravide
7)Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti**	Prevenzione dell'obesità infantile, attraverso la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno (AS) nelle strutture ospedaliere e territoriali.

Ottenere i risultati attesi.

Che, ricordo, sono il raggiungimento nel corso dell'anno dell'incremento del **10%** del tasso di allattamento al seno maniera esclusiva al momento della dimissione e a 6 mesi e il suo proseguimento fino al primo anno di vita del bambino, secondo le indicazioni OMS/UNICEF.

Sono state necessarie per dare attuazione alle attività (sulle 5 in elenco) dell'Intervento Programmato necessariamente svolti all'interno della struttura,

trovando i rimanenti tre attuazione altrove e cioè presso i punti nascita o a domicilio delle puerpere.

specificatamente ai punti 1 e 4 dell'Intervento citato che rispettivamente indicano:

- E' stato Incrementato il numero delle donne che partecipano ai Corsi Accompagnamento Nascita (CAN) con particolare riferimento all'allattamento al seno;
- E' stato coinvolto un numero maggiore di donne in puerperio presso i Consultori familiari.

Sostegno in puerperio a domicilio.

E' stato promosso un corso di formazione di counseling per operatori sanitari della durata di 40 ore

E' stato promosso un corso di formazione per madri alla pari presso il consultorio familiare di Cutro

Sono stati informati e coinvolti i medici di base e i pediatri di base con manifesti pubblicitari.

Indicatori di processo e di risultato

Indicatori (di risultato)	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
	.epicentro.iss.		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
neonati che allattano in maniera esclusiva alla dimissione / totale dei nati		32%	Aumento 5%		Aumento 5%	
bambini in AS completo a 6 mesi/ totale bambini di 6 mesi	epicentro.iss.	12,4%	Aumento 5%		Aumento 5%	

Breve descrizione dell'intervento programmato piano operativo regionale 2.9.4.

L'obesità infantile è uno dei problemi di salute pubblica maggiormente preoccupanti. La Regione Calabria, nel contesto nazionale, registra alti tassi di bambini obesi. Nell'ambito della prevenzione dell'obesità e del sovrappeso dell'età infantile, si inquadra la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno (AS) nelle strutture ospedaliere e territoriali, quale priorità nella programmazione sanitaria nazionale e regionale. A livello nazionale si registra una bassa prevalenza di allattamento al seno esclusivo alla dimissione (61,3%) e a sei mesi (8,3%) e una bassa durata di allattamento al seno a dodici mesi (15,6%). I dati della Regione Calabria riflettono la media nazionale. L'obiettivo di questo progetto è quello di aumentare la prevalenza dell'allattamento al seno esclusivo fino al 6° mese e favorirne il proseguimento fino al primo anno di vita.
Prevenzione dell'obesità infantile, attraverso l'incremento del 10% della percentuale di donne che allattano al seno in maniera esclusiva al momento della dimissione e a 6 mesi e il proseguimento fino al primo anno di vita del bambino, secondo le indicazioni OMS/UNICEF.
1.Completamento del piano di formazione regionale degli operatori sanitari coinvolti 2.Individuazione e promozione di attività informative alle donne gravide sull'allattamento al seno.
1.Incrementare il numero delle donne che partecipano ai Corsi Accompagnamento Nascita (CAN), con particolare riferimento alla promozione dell'allattamento al seno. 2.Sostenere l'allattamento al seno presso i punti nascita. 3.Aumentare il numero delle visite domiciliari in puerperio. 4.Favorire incontri in puerperio c/o i Consultori Familiari. 5.Promuovere il sostegno tra pari attraverso un processo di empowerment.
1.Punti Nascita (Ostetricia, Neonatologia e Pediatria) 2.Pediatri di Libera Scelta 3.Medici di Medicina Generale 4.Consultori Familiari 5.Associazioni di Volontariato in rappresentanza delle madri 6.Centri Vaccinali
1.Scarsa collaborazione da parte delle Aziende Sanitarie 2.Eccessiva diffusione dell'allattamento artificiale nei punti nascita e da parte dei pediatri di libera scelta
Biennio 2011-2012
Incremento del tasso di allattamento al seno del 10%

I benefici per la salute derivanti da un prolungato allattamento al seno, sia nell'immediato che nelle età successive, sono evidenziati dai risultati di studi osservazionali (di coorte o caso controllo). L'assenza di studi clinici randomizzati in questo campo è da attribuire in buona misura a problemi etici: nessun ricercatore può pensare di allocare i neonati, in modo randomizzato, all'allattamento al seno o artificiale (con formula). Conseguentemente, per quanto precedentemente descritto sul rapporto tra livelli delle prove di efficacia e forza delle raccomandazioni,. E tuttavia la raccomandazione di allattare al seno è sostenuta sia dalla direzione univoca dei risultati degli studi osservazionali che da una forte plausibilità biologica, essendo state numerose negli anni le scoperte sul ruolo che assumono i diversi componenti del latte materno nel processo di crescita e in quello della modulazione del sistema immunitario.
Il paradosso emerge analizzando gli studi relativi all'efficacia ed all'appropriatezza degli interventi per promuovere o tutelare l'allattamento al seno.
. Un intervento di counselling, ad esempio, potrebbe avere effetti positivi sul benessere della donna, senza che questo determini un *significativo* (dal punto di vista statistico) prolungamento dell'allattamento al seno;
• non pochi di questi studi sono rivolti a popolazioni che presentano specifici fattori di rischio (svantaggio sociale, condizioni di vulnerabilità), con scarsa attenzione alla presenza o meno di fattori protettivi. Si ripropone in qualche modo una linearità del nesso causale tra rischio ed evento negativo (come il mancato allattamento al seno), senza tener conto di modelli causali più complessi.
È stato rilevato che "la randomizzazione può controllare gli errori sistematici (*bias*) nella assegnazione dei soggetti al gruppo di trattamento o di controllo, ma nulla può rispetto alle differenze, a volte illimitate, non misurabili del contesto, o agli effetti della scelta degli esiti da valutare. Possiamo misurare soltanto ciò che cerchiamo" .
Nel caso dell'analisi dell'*efficacia degli interventi*, a differenza di quanto descritto per i benefici dell'allattamento, sono disponibili prove di efficacia di *livello* elevato (RCT) e, quindi, raccomandazioni di *forza* elevata, ma queste raccomandazioni, tradotte nella pratica clinica quotidiana, possono presentare problemi di fattibilità. Pertanto si rende necessario perseverare negli obiettivi raggiunti e migliorarli con il tempo.

Coordinatrice del progetto ostetrica
Pina Bruni

Referente del progetto per ASP Crotone
Dotto.re Massimo Bisceglia

ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

Prot.n. 03/13 dell'11.3.2013

Al Direttore del Dip.di Prevenzione
Dott. Domenico Tedesco

Oggetto: Relazione linea progettuale 2.9.6 del P.R.P.

In relazione alla linea progettuale 2.9.6 "Unplugged", programma per la prevenzione dell'uso del tabacco, alcol e droghe nelle scuole calabresi, si comunica che si è proceduto alla formazione regionale del gruppo di coordinamento aziendale a cura dell'equipe di coordinamento nazionale, alla presentazione del Progetto al Referente dell'USP, al reclutamento di due scuole medie di primo grado di Crotone, al corso di formazione ad un gruppo di docenti delle due scuole coinvolte della durata di 20 ore e alla consegna del materiale didattico per gli insegnanti e dei quaderni destinati agli studenti.E' in itinere l'implementazione delle 12 unità didattiche, a cura degli insegnanti formati e rivolte agli studenti delle seconde classi.Le scuole coinvolte sono:Scuola Media di I grado "Alcmeone" di Crotone e Scuola Media di I grado "Anna Frank" di Crotone.La conclusione del progetto è prevista per la fine dell'anno scolastico 2012-2013.

Cordiali saluti
La Referente Aziendale
Dott.ssa Antonella Cernuzio

Crotone, 15.3.2013

Prot.n. 114/2013

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Dott.Domenico Tedesco

Oggetto:Relazione attività l.p.2.9.7 delP.R.P

In relazione alla linea progettuale n. 2.9.7 del P.R.P (Piano Regionale del Tabagismo) si comunica che in base alle fasi previste , si sono svolte le seguenti attività:

FASE I: interventi di prevenzione al tabagismo rivolte agli studenti della Scuola Primaria e delle Scuole Medie di primo e Secondo grado (Scuola Elementare del IV Circolo di Crotone , Liceo Scientifico Filolao di Crotone e Scuola Media Alcmeone di Crotone).Contatti con il Ministero della Salute per la fornitura di materiale divulgativo e didattico.

FASE II: Convocazione MMG e Pediatri sul territorio per la presentazione del Piano Regionale e richiesta di collaborazione per la divulgazione del materiale informativo e il reclutamento dei pazienti fumatori.Contatti con il Ministero della Salute per la fornitura di materiale divulgativo.

FASE III: Organizzazione per l'istituzione di un Centro Antifumo con acquisto di strumentazioni per la diagnosi e la cura .

FASE IV: Creazione e produzione di cartellonistica da affiggere negli ambienti dell'Azienda.

Cordiali saluti

Il Referente Aziendale

Dott.Giuseppe Palucci

Crotone, 15.3.2013

ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

Prot.n. 03/2013 Ed. San.

Al Direttore di Dip.di Prevenzione
Dott.Domenico Tedesco

Oggetto:Relazione linea progettuale 2.9.9. del P.R.P.

In relazione alla linea progettuale n.2.9.9."Luoghi di Prevenzione" si comunica che il gruppo di coordinamento aziendale ha effettuato la formazione a cura del Gruppo di Coordinamento Regionale ASP Soverato), si è poi proceduto alla presentazione del Progetto al Referente dell'USP, all'individuazione di locali nei quali implementare le attività previste (trasferimento di conoscenze scientifiche sugli effetti dell'alcol sulla salute e sulla guida, esperienza di un percorso interattivo indossando occhiali alcovista che simulano "virtualmente" uno stato di ebbrezza, lavori di gruppo che stimolano lo sviluppo delle life skills negli adolescenti), attraverso l'accordo raggiunto con la Provincia di Crotone che si è resa disponibile a prestare i locali . E' stata reclutata la Scuola Media Don Milani di Crotone che, secondo un cronogramma stabilito, coinvolgerà nel mese di aprile-maggio 2013 le quattro classi terze. E' previsto un incontro con l'assessore all'Istruzione del Comune di Crotone al fine di estendere il progetto a tutte le scuole medie di primo grado della città e del territorio per il prossimo anno scolastico.

Cordiali saluti
La Referente Aziendale
Dott.ssa Antonella Cernuzio
Antonella Cernuzio

Crotone, 15.3.2013

LINEA PROGETTUALE 3.3.1

"SCREENING PER LA MALATTIA DIABETICA E RIDOTTA TOLLERANZA GLICIDICA IN UNA POPOLAZIONE DI DONATORI AFFERENTI AI CENTRI AVIS"

MATERIALI E METODI

Lo screening, tendente all'individuazione di soggetti portatori di alterazioni del metabolismo glicidico in una popolazione generalmente definita "sana" quale è quella dei Donatori di sangue, è stata condotto nei Centri di prelievo della Provincia di Crotone e, in particolare, presso la sede principale del Servizio Immuno Trasfusionale (SIT) dell'Ospedale di Crotone, dove afferiscono i donatori di Crotone-Centro, e le sedi periferiche, istituite con frequenza settimanale e rotativa, presso presidi decentrati dei vari Comuni ricadenti nella Provincia di Crotone.

Il Progetto è stato condotto dall'equipe medica, infermieristica e tecnica del Servizio di Diabetologia, nonché da una unità medica e una unità tecnica del SIT dell'Ospedale di Crotone.

In via preliminare sono stati effettuati n. 2 incontri tra gli attori dello screening e i Responsabili dell'AVIS, al fine di una adeguata sensibilizzazione alla problematica diabete, soprattutto in funzione alla sua diagnosi precoce e alla ricaduta che tale condizione comporta sul piano sociale e del mantenimento di un adeguato livello di salute, nonché per procedere alla pianificazione organizzativa delle operazioni di screening.

Si è quindi proceduto a un corso di aggiornamento rivolto al personale non medico e a quello del SIT circa le modalità diagnostiche e terapeutiche dei dismetabolismi glicidici, con particolare riguardo alla tipizzazione dei soggetti.

Previa acquisizione del consenso informato e la compilazione di una scheda anagrafica contenente altresì le informazioni antropometriche, sono state effettuate glicemie su sangue venoso trattato con antiglicolitico sui soggetti che si sono sottoposti a donazione di sangue nel periodo 1/6/2012 – 31/12/2012.

I campioni di sangue sono stati inoltrati e processati presso il SIT dell'Ospedale di Crotone, che ha quindi provveduto a trasmettere i relativi report al Servizio di

Diabetologia provvedendo alla valutazione dei risultati e comunicando al SIT i nominativi dei soggetti meritevoli di ulteriori approfondimenti per la tipizzazione di eventuale presenza di alterazioni del metabolismo glicidico.

Tali soggetti sono stati sottoposti presso il Servizio di Diabetologia a Curva glicemica da carico orale di glucosio, ovvero di Emoglobina glicata con metodo HLP per quelli rivelatisi già portatori diabete franco, con la individuazione di 4 categorie:

1) Soggetti normali
2) Soggetti portatori di alterata glicemia a digiuno (IFG)
3) Soggetti portatori di ridotta tolleranza glicidica (IGT)
4) Soggetti portatori di Diabete mellito di tipo 2(DM2)

I soggetti con IFG e IGT sono stati avviati ad opportuno programma di modifica delle abitudini alimentari e dello stile di vita; per quelli con DM2 si è provveduto alla pianificazione dell'intervento terapeutico

I risultati sono stati comunicati altresì ai relativi MMG, con l'inserimento nell'Assitenza Diabetologica Integrata per quei soggetti i cui MMG aderiscono a tale iniziativa che, allo stato, per essere sperimentale, è limitata solo ad un numero esiguo di Medici.

RISULTATI

Sono stati screenati n. 1508 soggetti Donatori di sangue, in età compresa tra 18 e 65 anni afferenti ai Centri di Prelievo ricadenti nella Provincia di Crotone mediante l'esecuzione di glicemia su sangue venoso.

Su tale coorte di soggetti hanno presentato alterazioni glicemiche n. 81 soggetti pari al 5,37% della popolazione screenata.

Di questi soggetti si sono presentati al Servizio di Diabetologia per essere sottoposti alla tipizzazione del dismetabolismo glicidico n. 56 soggetti (3,71%).

I controlli su quest'ultima popolazione hanno evidenziato la presenza di n. 18 casi di diabete di tipo 2 (1.19% della popolazione screenata) e n. 6 casi di IGT (0,39%) e n. 26 casi di IFG (1,79%).

I soggetti con DM2 e IGT sono stati inseriti nel programma terapeutico in assistenza diabetologia integrata o in assistenza esclusiva presso il Servizio di Diabetologia, dandone in qualunque caso comunicazione al MMG.

IL RESPONSABILE DEL PROGETTO

Dott. Bonaventura Cretella

B. Cretella

Crotone, 7/4/2013

LINEA PROGETTUALE 3.3.2

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE DI TIPO 2

MATERIALI E METODI

Sono stati contattati 5 Medici di Medicina Generale ai quali è stato proposto, nell'ambito della istituenda gestione integrata del diabete di tipo 2 aziendale (ADI), il monitoraggio delle complicanze croniche della malattia, con scambio bidirezionale delle informazioni cliniche tra il Servizio di Diabetologia e il MMG, per almeno 100 soggetti portatori di Diabete di tipo 2 da non meno di 5 anni.

Al Progetto ha partecipato l'equipe medica, infermieristica e tecnica del Servizio di Diabetologia del P.O. di Crotone e 5 Medici di Medicina Generale afferenti all'ASP di Crotone.

La realizzazione del progetto è stata preceduta da due Corsi di aggiornamento per i MMG ai quali sono stati illustrati gli aspetti diagnostici e terapeutici delle complicanze della malattia diabetica

Tale modalità di lavoro presupponeva l'implementazione di una cartella diabetologica in formato elettronico condivisa, compilata presso il Servizio di Diabetologia e accessibile al MMG per ogni proprio paziente; in assenza di tale software si sarebbe ricorso alla trasmissione delle informazione via e-mail.

Ai Pazienti inviati al Servizio di Diabetologia dovevano essere effettuati i seguenti esami clinici:

- Fondo dell'occhio con eventuale Fluoroangiografia;
- Microalbuminuria ed ecografia renale;
- Ecografia dell'addome superiore;
- Esame ecodoppler dei TSA e degli arti inferiori;
- Valutazione della sensibilità vibratoria mediante biotesiometro;

- Assetto lipidico

I risultati di tali esami dovevano essere notificati al MMG nell'ambito della gestione integrata.

RISULTATI

La inadeguatezza dei mezzi informatici a disposizione (si è potuto disporre di un solo PC solo alla fine del mese di marzo del 2013) e la scarsa collaborazione della maggior parte dei Medici di Medicina generale coinvolti non hanno _ permesso il raggiungimento degli obiettivi fissati.

Allo stato è infatti pervenuto al Servizio un numero esiguo di soggetti (appena 28), per i quali si è proceduto come da protocollo, comunque insufficiente per una analisi statistica del progetto.

IL RESPONSABILE DEL PROGETTO

Dott. Bonaventura CRETELLA

B. Cretella

LINEA PROGETTUALE 3.3.3

SCREENING PER DIABETE DI TIPO 2 IN UNA POPOLAZIONE A RISCHIO

Sono stati contattati 5 Medici di Medicina Generale ai quali è stato proposto, nell'ambito della istituenda gestione integrata del diabete di tipo 2 aziendale (ADI), lo screening della popolazione a rischio per Diabete di tipo 2 tra i propri Assistiti.

La tipologia del rischio è stata individuata per come appresso indicata:

- Soggetti con familiarità per diabete di tipo 2;
- Soggeti obesi, ipertesi, dislipidemici, ipeuricemici;
- Donne con pregresso diabete gestazionale o con parti di feti macrosomici

Tali soggetti, dopo avere fornito il proprio consenso informato, venivano sottoposti a determinazione rapida della glicemia mediante reflettometro dal MMG che, in presenza di IFG (glicemia > 110 mg/dl) provvedeva all'invio del paziente al Servizio di Diabetologia per la tipizzazione diagnostica e l'inquadramento terapeutico.

Presso il Servizio di Diabetologia, si procedeva al dosaggio dell'emoglobina glicata nei casi di diabete franco e all'effettuazione della Curva glicemica da carico orale di glucosio per tutti gli altri.

Tale approccio diagnostico determinava l'individuazione di 4 categorie:

1) Soggetti normali
2) Soggetti portatori di alterata glicemia a digiuno (IFG)
3) Soggetti portatori di ridotta tolleranza glicidica (IGT)
4) Soggetti portatori di Diabete mellito di tipo 2(DM2)

I soggetti con IFG e IGT sono stati avviati ad opportuno programma di modifica delle abitudini alimentari e dello stile di vita; per quelli con DM2 si è provveduto alla pianificazione dell'intervento terapeutico

I risultati sono stati comunicati altresì ai relativi MMG, con l'inserimento nell'Assitenza Diabetologica Integrata .

Le informazioni cliniche sono state trasmesse ai MMG mediante e-mail.

RISULTATI

La inadeguatezza dei mezzi informatici a disposizione (si è potuto disporre di un solo PC solo alla fine del mese di marzo del 2013) e la scarsa collaborazione della maggior parte dei Medici di Medicina generale coinvolti non hanno _ permesso il raggiungimento degli obiettivi fissati.

Allo stato è infatti pervenuto al Servizio un numero esiguo di soggetti (appena 98), per i quali l'effettuazione del protocollo diagnostico ha permesso di individuare

n. 28 soggetti diabetici, n. 22 soggetti negativi, n. 21 soggetti con IFG e n. 26 con IGT.

Per tali soggetti si è proceduto all'inquadramento terapeutico e all'inserimento nella gestione integrata con il MMG

I MMG non hanno ancora provveduto a comunicare il numero complessivo dei soggetti screenati per cui non è possibile fornire dati statisticamente significativi

IL RESPONSABILE DEL PROGETTO

Dott. Bonaventura Cretella

B. Cretella

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN GIOVANNI DI DIO"

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE
U.O. DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Francesco Oliverio

AMBULATORIO PER LO STUDIO DELL'OSTEOPOROSI
RESPONSABILE
Dott. Antonio Vincenzo Genovese

Direttore Dipartimento Area Prevenzione
Dott. Domenico Tedesco
SEDE

Oggetto: progetto 3.5.1. prevenzione osteoporosi conclamata
rendiconto attività anno 2012.

In riferimento alla sua lettera del 28-03-2013 protocollo 202/D.P., le invio la relazione conclusiva delle attività svolte nel progetto 3.5.1 sulla **prevenzione osteoporosi conclamata paziente tra i 60 e 70 anni di età.**

Come già precedentemente comunicato, nell'anno 2012 sono state visitate presso il nostro ambulatorio **175 pazienti** con raccolta dati anamnestici, esame densitometrico ad ultrasuoni (Achilles) e con relativa prescrizione terapeutica del caso. **Di queste pazienti, a 29 sono stati riscontrati valori densitometrici normali, a 89 valori di osteopenia ed a 57 valori di osteoporosi conclamata**. Si specifica che il suddetto ambulatorio è stato operativo da febbraio ad ottobre 2012, non funzionante invece a novembre e dicembre per mancanza dei locali uso ambulatorio osteoporosi.

Dall'esperienza fatta in qualità di dirigente di questo ambulatorio sin dall'anno 2004, ritengo che, per **non** vanificare le finalità di questo validissimo progetto della Regione Calabria, andrebbero aumentate le ore ed i giorni da poter dedicare a tale attività (vista la notevole sensibilità e partecipazione delle donne nella prevenzione e trattamento dell'osteoporosi, documentata dalle lunghe liste di prenotazioni con più di 300 richieste).

Crotone 04-04-2013

Distinti saluti
Dott. Antonio Vincenzo Genovese

Dott. Antonio Genovese
Resp. Ambulatorio per lo Studio dell'Osteoporosi
ASP Crotone

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN GIOVANNI DI DIO"

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE
U.O. DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Francesco Oliverio

AMBULATORIO PER LO STUDIO DELL'OSTEOPOROSI
RESPONSABILE
Dott. Antonio Vincenzo Genovese

Direttore Dipartimento Area Prevenzione
Dott. Domenico Tedesco
SEDE

Oggetto: progetto 3.5.2. prevenzione osteoporosi conclamata
rendiconto attività anno 2012.

In riferimento alla sua lettera del 28-03-2013 protocollo 202/D.P., le invio la relazione conclusiva delle attività svolte nel progetto 3.5.2 sulla **prevenzione osteoporosi nelle donne in menopausa paziente tra i 50 e 70 anni di età.**
Come già precedentemente comunicato, nell'anno 2012 sono state visitate presso il nostro ambulatorio **5329 pazienti** con raccolta dati anamnestici, esame densitometrico ad ultrasuoni (Achilles) e con relativa prescrizione terapeutica del caso. **Di queste pazienti, a 57 sono stati riscontrati valori densitometrici normali, a 179 valori di osteopenia ed a 93 valori di osteoporosi conclamata**. Si specifica che il suddetto ambulatorio è stato operativo da febbraio ad ottobre 2012, non funzionante invece a novembre e dicembre per mancanza dei locali uso ambulatorio osteoporosi.
Dall'esperienza fatta in qualità di dirigente di questo ambulatorio sin dall'anno 2004, ritengo che, per **non** vanificare le finalità di questo validissimo progetto della Regione Calabria, andrebbero aumentate le ore ed i giorni da poter dedicare a tale attività (vista la notevole sensibilità e partecipazione delle donne nella prevenzione e trattamento dell'osteoporosi, documentata dalle lunghe liste di prenotazioni con più di 400 richieste).

Crotone 04-04-2013

Distinti saluti
Dott. Antonio Vincenzo Genovese

Dott. Antonio Genovese
Resp. Ambulatorio per lo
Studio dell'Osteoporosi
ASP Crotone

PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE PROGETTO 3.6.1

"La prevenzione della carie in età pediatrica"

ASP di CROTONE

Referente Aziendale Dr.ssa Adalgisa Pugliese

Rendicontazione Attività anno 2012

In riferimento alla Linea Progettuale **Progetto 3.6.1 "La prevenzione della carie in età pediatrica"**, di seguito si rendiconta in merito alle attività svolte nell'anno 2012.

Si precisa che la sottoscritta ha ricevuto l'incarico di coordinatrice aziendale del progetto con delibera n°236 del 5 giugno 2012.

Macroarea 3: prevenzione della popolazione a rischio.

Linea di Intervento generale 3.6: Patologie orali

Obiettivo generale del progetto: riduzione dell'incidenza della carie in età pediatrica.

Obiettivi specifici : aumentare negli alunni della scuola primaria le conoscenze sul proprio corpo e nello specifico sul cavo orale; aumentare negli alunni della scuola primaria le competenze per promuovere attivamente la propria salute e nello specifico la salute del cavo orale.

Indicatori di processo e di risultato:

N° di scuole coinvolte

N° di bambini e famiglie raggiunti

N° di insegnanti referenti

Attività Anno 2012

- Incontri di lavoro con il Referente Regionale (03 luglio e 12 ottobre);
- Riunioni con gruppo di lavoro ASP di Crotone;
- Riunioni con Dirigenti scolastici e Referente Ufficio scolastico Provinciale;
- Attività di preparazione materiale per l'evento formativo rivolto agli insegnanti delle III^ classi delle scuole primarie coinvolte : ideazione e stampa di locandine informative per l'evento formativo ,.stampa di 250 opuscoli , di 1300 cruciverba ,di 1300 giochi dell'oca e di 28 cartelloni plastificati.
- Preparazione intervento per l'evento formativo ;
- N° 1 evento formativo per gli insegnanti coinvolti e gli operatori socio-sanitari organizzato presso l'Istituto "V.Alfieri" di Crotone ;
- Partecipazione all'evento formativo organizzato dal gruppo di lavoro di Catanzaro il 16 novembre.

- Preparazione e stampa dei cartelloni informativi per la I Conferenza Regionale.
- Partecipazione alla I^Conferenza Regionale "Prevenzione tutela della salute e medicina d'iniziativa" 29/30 novembre 2012-Lamezia Terme.
- Numerosi scambi di mail con referente scientifico regionale ,con i componenti del gruppo di lavoro aziendale e con i dirigenti scolastici coinvolti.

Il gruppo di lavoro , composta da odontoiatri e da igienisti dentali dipendenti , è stato strutturato in 3 sottogruppi che hanno lavorato contemporaneamente nei tre Distretti Sanitari di Crotone , Cirò Marina e Mesoraca per incontrare gli alunni coinvolti.

INDICATORI	**Dato**	**Perc.**
Scuole coinvolte	**18/25**	**72%**
Alunni coinvolti	**1372/1890**	**72,59%**
Insegnanti formati	**28**	

Crotone li 18.03.2013

Il Responsabile Aziendale del Progetto 3.6.1

Dr.ssa Adalgisa Pugliese

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio di Igiene Scolastica

REGIONE CALABRIA
ASL
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
A.S.P. di Crotone
CENTRO DI SALUTE MENTALE
Via Nazioni Unite n° 16 – 88900 Crotone
Tel.: 0962.924506 – Fax: 0962.966083
Direttore del CSM: *Dott.ssa Elina Suffredini*

Prot. n. 59/S/SSM

Crotone 18/03/2013

A. S. P.
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
PROT. 1097 DEL 25-03-13
RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA
Dr. COPPOLA
IL DIRETTORE
Dr. Domenico TEDESCO

Al Direttore
Dipartimento Area di Prevenzione
Dott. Domenico Tedesco

Oggetto: Relazione della linea progettuale n° 3.7.1. assegnata con delibera ASP di Crotone n° 60 del 15 /2 e n° 236 del 5/6/2012

In riferimento alla Sua richiesta prot. N° 185/ DP del 12/3/2013 e prot. N° 181 /DP del 5/ 6/ 2012, si espone quanto segue.

Al lavoro assegnatomi collabora il dott. Procopio Leonardo, dirigente psichiatra presso questo servizio.

Il collega ha provveduto a somministrare le scale di valutazione della depressione stabilite durante le riunioni col coordinatore scientifico regionale prof. P. De Fazio.

I pazienti reclutati nella ricerca sono stati i degenti presso i reparti di:

Medicina Generale

Cardiologia

Geriatria

Oncologia.

I dati rilevati devono essere elaborati sommandoli a quelli degli altri presidi ospedalieri regionali facenti parte del progetto.

Questo progetto permetterà di migliorare il riconoscimento precoce e favorirà l'ottimizzazione dei trattamenti della comorbidità in pazienti affetti da patologie somatiche in ospedale ed ad avere una mappatura di tali patologie a livello regionale.

REGIONE CALABRIA
ASL
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
A.S.P. di Crotone
CENTRO DI SALUTE MENTALE
Via Nazioni Unite n° 16 – 88900 Crotone
Tel.: 0962.924506 – Fax: 0962.966083
Direttore del CSM: *Dott.ssa Elina Suffredini*

Sono stati, inoltre, acquisiti beni materiali da utilizzare per lo svolgimento del lavoro. In particolare sono stati acquistati e consegnati un notebook e tre PC Asus, corredati di programmi e stampanti, una fotocopiatrice.

Tale materiale, una volta attivato e messo in rete, ci permetterà una valida collaborazione tra gli operatori coinvolti nel progetto e l'acquisizione di ogni dato utile per la realizzazione degli obiettivi prefissati.

Colgo l'occasione per inviare cordiali saluti.

D.ssa Elina Suffredini

Direttore CSM Crotone

Regione Calabria
ASP CROTONE
Dipartimento di Salute Mentale
Centro di Salute Mentale Crotone
Direttore
Dott.ssa SUFFREDINI Elina

Stato dell'arte al 31 dicembre 2011

Le attività del progetto sono state realizzate nel 90% dei pazienti ricoverati nelle U.O. di Cardiologia, Oncologia, Medicina Generale, Neurologia ed 4 Presidi ospedalieri coinvolti ai quali è stata somministrata un test per la rilevazione del Disturbo depressivo. L'elaborazione dei dati è in corso come la costruzione dell'algoritmo per i trattamenti dei pazienti affetti da depressione.

Fonti di verifica : test

al 31.12.2012 (principali azioni svolte e risultati raggiunti rispetto agli

ministrate le scale per la rilevazione del Disturbo Depressivo nei ospedalieri. Si sta provvedendo alla elaborazioned dei dati locali che riti in quelli regionali dal Referente Scientifico del Progetto.

				Motivazioni di un eventuale scostamento tra valore osservato e valore atteso dell'indicatore al 31.12.2012	Eventuali soluzioni

Gli ospedali coinvolti sono 6: Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria; Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio " di Catanzaro; Azienda Ospedaliera "Annunziata" di Cosenza; P.O. "Jazzolino" Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia; P.O. "San Giovanni di Dio" Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone; Azienda Ospedaliera "Mater Domini" di Catanzaro

ASP
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Magna Grecia

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

CENTRO DI SALUTE MENTALE
Via Nazioni Unite, 16 – 88900 CROTONE
Tel. 0962.924506 – Fax 0962.966083

*Direttore U.O.: Dott.ssa **Elina Suffredini***

A.S.P.
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Prot. n° 1096 del 25-03-13
COPPOLA

Prot. n° 60/S/SSM

Crotone 18-03-2013

Oggetto : Trasmissione relazione conclusiva delle Linee Progettuali assegnate con deliberazione ASP di Crotone n° 60 del 15 febbraio e n° 236 del 5-6-2012

Al Direttore del Dipartimento Area di Prevenzione
Dr. Domenico Tedesco
Sede

Come da Vostra richiesta Prot. 992/DP del 24 7-2012, a me pervenuta a mezzo e-mail, nel mio ruolo di Referente della Linea 3.7.2 (Disturbi del Comportamento Alimentare negli Adolescenti DCA) comunico quanto segue.
Il gruppo di lavoro, coordinato e diretto dalla Dott.sa Cristina Segura Garcia della cattedra di Psichiatria dell'Università di Catanzaro, si è riunito a Catanzaro in numerose occasioni ed ha stilato le Linee Guida Regionali per i Disturbi del Comportamento Alimentare.
Sono stati organizzati e svolti in Catanzaro, presso la sede dell'Università, 5 corsi di Formazione per operatori della nostra ASP da utilizzare per lo svolgimento del lavoro clinico su soggetti affetti da tale problematica di salute.
Gli operatori che hanno seguito la formazione tenuta da i maggiori referenti nazionale del settore sono:
Per il CSM di Crotone:

- SESTI Paolo
- TIANO Letizia
- SCALISE Antonella.

Per il CSM di Mesoraca:

- ALTIMARI Maria Antonia
- PUGLIESE Domenico

Per il CSM di Cirò Marina:

- MILANO Rossella
- POTENZONE Teresa

Per l'SPDC di Crotone:

- CAPUTO Anna
- BRUNO Lucrezia
- TURRA' Silvana

Inoltre hanno preso parte al corso:
per l'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza:

- BAGALA' Salvatore

e per la pediatria:

- LAZZARO Nicola

La referente scientifica del progetto sta prendendo contatto con l'Ufficio Scolastico Regionale per procedere alla individuazione dei corsi di formazione per i loro referenti. In quelle occasioni verranno coinvolti anche maestri di danza e istruttori di palestre.
Sono in corso di organizzazione corsi che prevedono il coinvolgimento dei Medici di Famiglia ed i Pediatri di Libera Scelta.
Questa parte del Progetto permetterà di attivare le sinergie necessarie allo svolgimento del lavoro capillare sul territorio.
Sono stati inoltre acquisiti beni materiali da utilizzare per lo svolgimento del lavoro. In particolare sono stati acquistati e consegnati un notebook e tre PC Asus corredati di programmi e stampanti.
Tale materiale, una volta attivato e messo in rete, ci permetterà una valida collaborazione tra i CSM coinvolti nel progetto e l'acquisizione di ogni dato utile per la realizzazione degli obiettivi prefissati.

Disponibile ad ogni altro chiarimento ed informazione colgo l'occasione per inviare i più cordiali saluti.

F.to Dott. Paolo Sesti

Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone
CENTRO SALUTE MENTALE
DIRIGENTE MEDICO I° LIVELLO
Dott. Paolo ***SESTI***
N° Iscr. O.M. 1076/KR

Titolo

Costruzione di un Network regionale per l'identificazione precoce ed il trattamento integrato dei DCA in Calabria

Obiettivo generale

Contrasto ai disturbi del comportamento alimentare con la creazione di una rete regionale dedicata alla diagnosi precoce ed al trattamento integrato dei DCA

Obiettivi specifici

Creare una rete e un Centro di riferimento regionale che si occupino in maniera specifica delle persone affette da DCA fornendo cura e assistenza e favorendo interventi precoci nell'individuazione della malattia

Azioni principali

Individuazione dei servizi

Formazione e perfezionamento delle tecniche diagnostiche

Stesura di un protocollo regionale

Formazione per gestori di palestre e scuole di danza

Formazione di un network regionale

Applicazione del protocollo

Target

Adolescenti inseriti nelle scuole di II grado, nelle palestre e nelle scuole di danza

Stato dell'arte al 31 dicembre 2011

Il progetto prevede la costituzione di una rete regionale per l'identificazione e il trattamento precoce dei disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti delle scuole che frequentano le scuole di II grado, le palestre e le scuole di danza . Le attività sono state avviate con l'individuazione dei servizi , sono stati svolti n. 5 corsi di formazione per 157 operatori per il perfezionamento delle tecniche diagnostiche . E' stato redatto un protocollo regionale.

Fonti di verifica atti regionali e aziendali .

Stato dell'arte al 31.12.2012 (principali azioni svolte e risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati)

Sono stati svolti i corsi di formazione per gli operatori che affronteranno sul campo il lavoro clinico ed è stato redatto il Protocollo Regionale da utilizzare. Sono in corso i contatti per procedere alla formazione dei referenti delle scuole di II grado, palestre e scuole di danza nel nostro territorio.

Siamo in attesa delle risposte da parte dell'Ufficio Scolastico Regionale per procedere. I contatti sono tenuti dal referente scientifico del progetto

Indicatori	Valore al 31.12.2010	Valore atteso al 31.12.2011	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2011	Valore osservato al 31.12.2012	Motivazioni di un eventuale scostamento tra valore osservato e valore atteso dell'indicatore al 31.12.2012	Eventuali soluzioni
N° corsi		5	10	5 corsi agli operatori sanitari coinvolti nel progetto			
N° partecipanti ai corsi		Referenti delle 5 ASP	Referenti delle agenzie educative della Regione	n. 157 operatori sanitari			

Titolo del Progetto: ***"La presa in carico delle persone con ictus cerebrale: implementazione dei percorsi di cura integrati e degli strumenti di gestione della continuità riabilitativa"*****, nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012.**
Attività svolta dall'U.O. di Neurologia dell'Ospedale "S. Giovanni di Dio" – Crotone.

Numero identificativo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 3.8.1

1. Razionale dell'intervento. L'ictus cerebrale rappresenta la seconda causa di morte a livello mondiale e la terza causa di morte nei paesi industrializzati, dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori, essendo responsabile del 10-12% di tutti i decessi per anno [1]. L'ictus rappresenta inoltre la principale causa di disabilità con un rilevante impatto individuale, familiare e sociosanitario [2,3,4].

Uno studio di metanalisi condotto da Sudlow nel 1997 [5] ha confermato i dati di prevalenza della patologie cerebrovascolari, così distribuiti: dal 72% all'86% dei soggetti con ictus è affetto da forme di tipo ischemico, le emorragie intra-parenchimali rappresentano tra l'8% ed il 15% dei casi, le emorragie subaracnoidee tra l'1% ed il 5%, mentre la percentuale di ictus non classificabili varia dallo 0% al 15%.

La letteratura internazionale ha ormai ampiamente documentato come sia di fondamentale importanza, ai fini della riduzione della disabilità secondaria all'ictus e del contenimento dei costi sociosanitari ad esso correlati, l'intervento riabilitativo in tutte le sue fasi: acuta, post-acuta ospedaliera (intensiva o estensiva) e territoriale. [6]

Lo scopo dell'intervento riabilitativo è quello di promuovere nel paziente l'apprendimento di competenze, sfruttando tutti i sistemi funzionali rimasti integri, sviluppando nuove abilità, al fine di ottenere il miglior controllo possibile della propria persona e dell'ambiente circostante, riducendo la percezione di malessere derivante dalle limitazioni imposte dal danno biologico secondario allo stroke.

2. Descrizione dell'intervento programmato.

In considerazione della tipologia di pazienti con malattie cerebrovascolari che afferiscono alla nostra U.O. (pazienti in fase cronica), il progetto ha previsto un piano di trattamento riabilitativo territoriale e l'utilizzo di schede di valutazione proposte dal protocollo di minima dell'ictus cerebri SIMFER-SIRN [7] per la fase riabilitativa territoriale (valutazione iniziale e follow-up ad 1 anno).

2.1. Obiettivi di Processo perseguiti: Implementazione dei percorsi di cura integrata per la gestione ttimale dei pazienti con stroke. Valutazione di impatto della continuità sulla qualità dell'assistenza nei pazienti con stroke in maniera da prevenire la disabilità e la mortalità. Miglioramento delle condizioni di out come;

2.2. Scopi generali che si propone: La realizzazione di una efficace ed efficiente rete riabilitativa post-stroke, che renda effettiva la continuità del percorso riabilitativo e migliori la sua efficacia complessiva, disciplinandone il flusso e verificandone i risultati complessivi e per aree e/o singole strutture.

2.3. Risultati attesi:

- Disponibilità di database informatizzato: controllo del processo riabilitativo negli ictus;
- Possibilità di controllare l'efficacia degli interventi svolti;
- Ridurre sovrapposizioni e ripetizioni di interventi con scarsa efficacia;
- Ridurre i tempi di degenza riabilitativa alla reale necessità;
- Ridurre nel tempo e qualificare gli interventi riabilitativi sul territorio;
- Ristrutturare la rete riabilitativa, migliorandone efficacia ed efficienza;
- Ridurre al massimo la spesa sanitaria riabilitativa inutile.

2.4. Il progetto si è articolato nella seguenti fasi:

- **Fase 1:** reclutamento dei pazienti con stroke non in fase acuta, afferenti ai nostri ambulatori, e loro valutazione basale, mediante utilizzo di apposite scale cliniche validate.
- **Fase 2:** fase riabilitativa territoriale (2 sedute settimanali di 90 minuti ciascuna, per 8-10 mesi, secondo protocolli riabilitativi individualizzati in accordo con gli specifici deficit del singolo paziente).

- **Fase 3:** valutazione dei pazienti al termine del ciclo di trattamento riabilitativo ad almeno un anno di distanza dalla valutazione basale, attraverso apposita schedatura validata per monitorare la situazione del percorso riabilitativo dei pazienti con ictus.
- **Fase 4:** raccolta ed elaborazione dei dati.

3. Scale cliniche applicate.

Il Barthel Index la Rankin modificata rappresentano due tra le più usate scale di misurazione dell'autonomia e della dipendenza nello svolgimento delle attività quotidiane. Esse sono usate abitualmente per valutare gli esiti di un ictus, ma possono essere applicate anche precocemente.

La Scala di Barthel, modificata per le ADL (o *Barthel ADL Index*) [8,9,10], rappresenta la misura universalmente accettata per la valutazione dell'autonomia; presenta una forte validità ed affidabilità ed è appropriata per lo *screening* ed il monitoraggio dei pazienti. Richiede pochi minuti di osservazione del paziente da parte dell'operatore (medico o non) ed esplora 10 *item,* concernenti tutte le possibili attività quotidiane (mangiare, lavarsi, vestirsi, spostarsi dalla sedia al letto, mobilità, capacità di salire le scale, ecc). Si tratta di una breve scala ordinale il cui punteggio totale esprime le richieste di assistenza nelle attività della vita quotidiana e varia da un punteggio 0 (totalmente dipendente) a un punteggio 20 (totalmente indipendente). Se utilizzata per valutare il miglioramento dopo trattamento riabilitativo, i cambiamenti nello score totale di più di 2 punti oppure cambiamenti in un item dalla condizione di totale dipendenza alla indipendenza, sono considerati un indice attendibile di reale miglioramento.

La Scala di Rankin modificata [11,12,13,14] rappresenta uno strumento di valutazione in 5 punti che classifica i pazienti in base alla loro capacità di effettuare attività precedentemente svolte e la loro richiesta di eventuale assistenza. La sua forma modificata usa una scala a 6 punti (0-5), contemplando anche i pazienti con assenza di sintomi. Nei casi di decesso viene a volte assegnato il punteggio di 6. Nella sua versione modificata ha una discreta riproducibilità tra osservatori.

La National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) [15,16,17] è una misura quantitativa del deficit neurologico correlato all'ictus, dotata di validità ed affidabilità. Comprende 15 voci cui vengono assegnati 3 o 4 punti (42 punti totali: NIHSS=0 esame normale; NIHSS 1-7 deficit neurologici lievi; NIHSS 8-14 deficit moderati; NIHSS ≥15 deficit gravi) ed esplora lo stato di coscienza, la visione, i movimenti extraoculari, la paralisi del facciale, la forza degli arti, l'atassia, la sensibilità, la parola ed il linguaggio. E' indicata nello screening in fase acuta, nella valutazione successiva e nel monitoraggio e pertanto si presta a valutazioni seriate per quantificare il miglioramento o il peggioramento del quadro neurologico. Ha una buona correlazione con l'esito clinico a tre mesi.

4. Risultati.

I risultati sono esposti nella tabella 1. Sono stati reclutati 42 pazienti, 23 maschi (55%) e 19 femmine (45%), con età media di 69.2 ± 11.3 anni. 34 pazienti (81%) avevano presentato un ictus di tipo ischemico, 8 pazienti (19%) un ictus di tipo emorragico. Il 54% dei pazienti presentava una emiplegia dx, il 46% sn. Le patologie associate erano così rappresentate: diabete (8% dei pazienti con ictus emorragico, 20% ischemico), ipertensione (60% dei pazienti con ictus emorragico, 42% ischemico), malattie cardiovascolari (12% dei pazienti con ictus emorragico, 28% ischemico).

- *Valutazione basale*

La fase 1 del progetto prevedeva il reclutamento dei pazienti e la valutazione delle condizioni cliniche mediante scale validate. La severità dell'ictus alla valutazione basale è stata quantificata applicando la NIHSS, con un punteggio medio di 13 ± 6. Lo stato funzionale antecedente lo stroke è stato valutato con la Rankin scale modificata ed ha evidenziato un punteggio di 4.2 ± 08. Il grado di autonomia nelle attività di vita quotidiane valutato mediante Barthel ADL Index è risultato di 8.6 ± 4.

La seconda fase del progetto prevedeva di sottoporre a trattamento riabilitativo territoriale i pazienti reclutati. Il piano di trattamento prevedeva 2 sedute a settimana, della durata di 90 minuti ciascuna,

per un periodo di 8-10 mesi, secondo protocolli riabilitativi individualizzati in accordo con gli specifici deficit del singolo paziente.

- *Valutazione finale*

Alla conclusione del ciclo di trattamento riabilitativo e non prima di 12 mesi dalla valutazione basale, i pazienti sono stati rivalutati per monitorare l'efficacia dal trattamento stesso. Sono state quindi utilizzate le stesse scale cliniche applicate durante la fase di reclutamento. La NIHSS mostrava un punteggio pari a 10 ± 4, la Rankin scale modificata 3.4 ± 08 e il Barthel ADL Index 10.6 ± 4.4

Dr. Domenico

Tabella 1

	Basale		Post trattamento
Pazienti reclutati	42		42
Età (anni)	69.2 ± 11.3		
< 70	51%		
> 70	49%		
Sesso			
femmine	45%		
maschi	55%		
Scolarità			
elementare	58%		
media inferiore	28%		
media superiore	12%		
laurea	2%		
Emiplegia			
dx	54%		
sn	46%		
Stroke			
ischemico	81%		
emorragico	19%		
Patologie associate	**% pz ischemico**	**% pz emorragico**	
diabete	20%	8%	
ipertensione	42%	60%	
malattie cardiovacolari	28%	12%	
Stato clinico e funzionale			
NIHSS	13 ± 6		10 ± 4
Barthel ADL Index	8.6 ± 4		10.6 ± 4.4
Rankin scale	4.2 ± 08		3.4 ± 08

5. Conclusioni.

Tutti i pazienti hanno mostrato un beneficio dal trattamento riabilitativo in fase post ospedaliera, anche se commisurato al grado di disabilità presente al momento dell'arruolamento. Il 27% dei pazienti ha riportato un beneficio significativo con una variazione al Barthel ADL Index superiore o uguale a 2 punti (tale variazione è considerata un indice di reale efficacia del trattamento). In tutti i pazienti il trattamento ha favorito il mantenimento del controllo del tronco, raggiunto durante la fase di riabilitazione ospedaliera, ed in misura variabile un recupero dell'autonomia nelle attività di vita quotidiane e nella deambulazione, in relazione al grado di disabilità basale.

6. Bibliografia

[1] Sarti C, Rastenyte D, Cepaitis Z, Tuomilehto J. International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994. Stroke 2000; 31:1588-1601.
[2] Di Carlo A, Launer LJ, Breteler MM, Fratiglioni L, Lobo A, Martinez-Lage J, Schmidt R, Hofman A, Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. Lancet Neurol 2003; 2: 43-53.
[3] Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors. Global burden of the disease study. Lancet 1997; 349: 1436-1442.
[4] Marini C, Baldassarre M, Russo T, De Santis F, Sacco S, Ciancarelli I, Carolei A. Burden of first-ever ischemic stroke in the oldest old. Evidence from a population-based study. Neurology 2004; 62: 77-81.
[5] Sudlow CL, Warlow CP. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological types: results from an international collaboration. International Stroke Incidence Collaboration. Stroke 1997; 28: 491-499.
[6] SPREAD - Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Ictus Cerebrale: linee guida italiane. 6° Edizione – 2010.
[7] Franceschini M, Paolucci S. Basic assessment of stroke. Protocollo di minima per l'ictus cerebrale (PMIC). Eur J Phys Rehabil Med. 2008 Mar;44(1):100-1.
[8] Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 56-61.
[9] Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):61-63.
[10] Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):64-67.
[11] Rankin J. Cerebral vascular events in patients over the age of 60, II: prognosis. Scott Med J 1957; 2: 200-215.
[12] van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke 1988; 19: 604-607.
[13] Bonita R, Beaglehole R. Modification of Rankin Scale: recovery of motor function after stroke. Stroke 1988 dec;19(12):1497-1500.
[14] Banks JL, Marotta CA. Outcomes validity and reliability of the modified Rankin scale: implications for stroke clinical trials: a literature review and synthesis. Stroke 2007;38:1091-6.
[15] Brott T, Adams HP, Olinger CP, Marler J, Barman WG, Biller J, Spilker J, Holleran R, Eberle R, Hertzberg V, Rorick M, Moomaw CJ, Walzer M. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke. 1989;20:864-870.
[16] Muir KW, Weir CJ, Murray GD, Povey C, Lees KR. Comparison of neurological scales and scoring systems for acute stroke prognosis. Stroke 1996; **27**: 1817-1820.
[17] Kasner SE, Chalela JA, Luciano JM, Cucchiara BL, Raps EC, McGarvey ML, Conroy MB, Localio AR. Reliability and validity of estimating the NIH stroke scale score from medical records. Stroke 1999; **30**: 1534-1537.

Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012 - Progetto n. **3.9.3 "Screening dell'ambliopia e dei vizi di refrazione in età evolutiva**

Rendiconto Attività anno 2011/12 ASP di CROTONE

In riferimento alla Linea Progettuale Progetto 3.9.3 **Screening dell'ambliopia e dei vizi di refrazione in età evolutiva**
di seguito si rendiconta in merito alle attività svolte nell'anno 2011/12

Macroarea 2: prevenzione universale.

Linea di Intervento generale 3.9 Cecità ed ipovisione

Obiettivo generale del progetto: Riduzione incidenza dell'ambliopia e miglioramento dell'acuità visiva post trattamento

Target : Soggetti di età compresa tra 3-8 anni

Indicatori di processo:

1) Acuità visiva (espressa in log- Mar)

2) Funzionalità retinica (espressa microvolt)

Attività ANNO 2011

Non ci sono attività da rendicontare. La nomina del referente aziendale é stata effettuata con delibera N° 236 del 05/06/2012

Attività ANNO 2012

Per il raggiungimento degli obiettivi di processo previsti nel progetto, sono stati effettuati:

Incontri e scambio di e-mail con il referente scientifico regionale

Costituzione gruppo di lavoro ed riunioni per programmare interventi e stabilire materiale da acquistare.

Individuazione delle scuole dell'infanzia (N° 8) e primarie (N° 8) campionate a livello regionale.

Stampa materiale cartaceo (N° 2900 schede) necessario alla rilevazione.

Incontri con Dirigenti Scolastici (n°5) ed addestramento insegnanti (n° 33)

Ritiro elenchi , autorizzazioni e controllo delle stesse per i bambini target.

Dall' 8/11/2012 al 29/01/2013 effettuazione screening di I° livello (alunni da visitare N° 1436 - alunni autorizzati e visitati N°1080)

Stesura ed invio lettere con esito screening per i genitori (n° 1080) e i medici curanti (n° 365 solo i positivi).

Raccolta finale dati ed invio materiale al referente scientifico regionale per elaborazione e prosieguo dello screening.

Le attività sono state terminate entro il termine indicato dal referente scientifico regionale Prof. Scorcia.

La Responsabile Progetto 3.9.3
ASP di Crotone

Dott.ssa Lucia Anna Iannone

ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

PRESIDIO OSPEDALIERO "S.GIOVANNI DI DIO"
UNITA' OPERATIVA DI OTORINOLARINGOIATRIA
(Dir. Dr. F. Galati)

Crotone 03/04/2013 Al Direttore Dipartimento Prevenzione

Oggetto: Rendicontazione attivita' conclusiva linea progettuale 3.10.1 del PRP 2010/2012

Gli indicatori individuati dalla Regione Calabria per il progetto in oggetto sono 3: 1)n° operatori formati 2) n° neonati sottoposti a screening-3)n°diagnosi precoci.

Il relativo cronoprogramma prevedeva 5 fasi da espletarsi entro il 12/2012:
1)creazione gruppo di coordinamento2)formazione operatori
3)formazione/informazione delle coppie 4)screening audiologico neonatale
5)diffusione dei dati.
Da quanto sopra esposto possiamo ritenere di aver rispettato i punti in essere in quanto:
-Il Gruppo di coordinamento con il Centro Nascita del P.O. Crotonese e' stato formalmente attivato.
-Allo stato lo screening di 1°livello viene effettuato solo presso il servizio ambulatoriale del reparto ORL,questo causa la non disponibilita' di attrezzature biomediche e logistiche di reparto.
-Le professionalita' in carico al progetto hanno esperienza decennale in questo settore(si rammenta che lo screening presso l'ASP Crotone e' attivo gia' dal 2000). Questo ci ha consentito di non attivare i corsi di formazione .Tutto il personale invece ha partecipato al corso di aggiornamento regionale tenutosi a Lamezia Terme a marzo c.a.
-E' stata attivata una cartella che prevede per le coppie di genitori oltre al modulo per il consenso informato una nota informativa sulle finalita' dello screening , sulle modalita' di esecuzione dell'esame e sull'epidemiologia della sordita' infantile.
-Abbiamo attivato da qualche mese il secondo livello di screening
(grazie all'acquisto dei potenziali evocati uditivi).
-Abbiamo informato i pediatri di base sulle modalita' di controllo dei bambini a rischio per le ipoacusie tardive.

-I neonati testati al 1°livello nel 2011 e 2012 sono stati superiori all' 80% delle nascite.
-La percentuale delle diagnosi precoci di sordita' sono oggetto di valutazione in quanto non sono ancora ultimati gli esami di 2° livello ,ma dai primi dati i risultati sembrano essere in linea con i valori nazionali .

Cordiali saluti

Il Referente Aziendale Progetto
Dr.Antonio Sarago'

ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
MagnaGrecia

Prot.n. 03/2013 Ut. Sen.

Al Direttore del Dip.di Prevenzione
Dott.Domenico Tedesco

Oggetto: Relazione l.p. n. 4.1.1 del P.R.P.

In relazione alla l.p. n.4.1.1 si comunica che , essendo stata nominata referente aziendale in data 21.1.2013 si sta procedendo all'individuazione di personale da integrare e/o rimodulare al gruppo di coordinamento già esistente e nel contempo di prendere contatti con il gruppo di coordinamento regionale del progetto.

Cordiali saluti
La Referente Aziendale
Dott.ssa Antonella Cernuzio

Crotone 15.3.2013

REGIONE CALABRIA
ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE

Prot. n. 74 / 0002 Crotone, lì 08.04.2013

Al Direttore
del Dipartimento di Prevenzione
SEDE

Oggetto: Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012: DGR 851/2010, Delibera ASP Crotone n. 236/2012. Linee progettuali 4.2.3,
Attività svolte: relazione sullo stato dell'arte

Di seguito si illustra la stato di realizzazione delle linee progettuali di cui sono individuato referente/responsabile.

Linea progettuale	4.2.3: Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti.
Status	Nel quadro delle azioni promosse per l'attuazione del programma progettuale assegnato a questa ASP il progetto è stato avviato recentemente con incontri con gli operatori (Assistenti Sociali e Infermieri) per dare una organizzazione su base distrettuale per la costruzione di un'unico punto di raccolta dati degli anziani che hanno segnalato un bisogno assistenziale nei periodi che vanno dagli anni 2011 al 2012.
Sensibilizzazione e coinvolgimento	Misurare il bisogno assistenziale della popolazione anziana residente su tutto il territorio dell'ASP e la ricaduta dello stesso sulle famiglie.

Punti di forza

La rilevazione dei dati verrà fatta mettendo a disposizione uno o più rilevatori (infermieri territoriali afferenti al Servizio ADI) con interviste faccia a faccia e questionari.

Sinteticamente, le informazioni raccolte riguardano:

- dati anagrafici e socio-demografici;
- fattori che contribuiscono a determinare la fragilità;
- dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana ;
- non autosufficienza:
  - dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana;
  - deficit cognitivo;
  - disturbi del comportamento/umore;
- copertura assistenziale del bisogno, da parte di famiglie e/o dei servizi;
- presa in carico delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- dati relativi alla sospensione della presa in carico;
- dati relativi alla dimissione dell'assistito;

Soggetti coinvolti

- Distretti ;
- Infermieri professionali;
- Personale Amm.vo

Ulteriori azioni

Personale afferenti all'U.O. Medicina Legale, coinvolto per le attività del progetto :

- Preparazione del materiale informativo (questionari, preparazione database aziendale);
- preparazione , e predisposizione di tutte le attività amministrative;
- sistema di registrazione dei dati

Personale afferenti al Servizio personale ADI :

- preparazione schede anamnestiche;
- Scheda sociale.

Risultati attesi

Attivazione di un Sistema informativo in grado di offrire un monitoraggio del servizio dell'assistenza domiciliare/residenziale così come avviene da tempo negli altri ambiti dell'offerta sanitaria.

Il patrimonio informativo, utilizzato con criterio e competenza, potrà migliorare l'efficacia e l'appropriatezza delle scelte di programmazione, oltre che, in un'ottica epidemiologica, fornire una conoscenza più approfondita della popolazione anziana non autosufficiente che afferisce ai servizi sanitari e socio-sanitari della nostra ASP.

Dott. Massimiliano Cardamone
Referente Linea progettuale 4.2.3