

## TITOLO Sviluppo operativo del Piano Nazionale di Prevenzione sugli Incidenti Domestici: aggiornamento del personale e assistenza all'avvio dei Piani Regionali

### ANALISI STRUTTURATA DEL PROBLEMA

#### *Problema*

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di sanità pubblica di grande rilevanza. Diversi paesi europei e extra-europei hanno avviato già da alcuni anni politiche di prevenzione e sicurezza al fine di ridurre la portata di tale fenomeno. La Comunità Europea ha avviato un programma per la sorveglianza e il monitoraggio di questi eventi, attraverso la sorveglianza degli incidenti che accedono alle strutture dell'emergenza (ELHASS), cui successivamente è seguita la costituzione di una base europea di dati, integrata nella rete telematica EUPHIN. La rete italiana della sorveglianza europea degli incidenti è stata integrata dall'Istituto Superiore di Sanità nel Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti Domestici (SINIACA).

Secondo i dati raccolti dal sistema di sorveglianza EHLASS, nel periodo 1998-2000 ci sono state in Europa quasi 20 milioni di persone vittime di incidente domestico (7% della popolazione residente), con oltre 5 milioni di ricoverati (0.4% della popolazione residente) e 56 mila decessi; inoltre è stata stimata in 24 giorni la durata media di assenza dal lavoro per malattia conseguente ad infortunio domestico.

In Italia, secondo i dati dell'indagine multiscope ISTAT vi sono stati 2.848.000 milioni di persone vittima di incidente domestico nel 2001. Secondo i dati del SINIACA nel 2004 almeno 1.300.000 persone hanno richiesto assistenza in pronto soccorso ospedaliero a causa di incidente domestico (2% della popolazione residente) e di questi almeno 130.000 sono stati ricoverati (0,2% della popolazione residente) per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno. Infine dai dati ISTAT e SINIACA si possono stimare 4.500 morti per incidente domestico nel 2001 (7,8 morti per 100.000 abitanti).

*Sorveglianza:* La legge 493/99 indica le funzioni del Servizio Sanitario Nazionale in materia di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici, dando particolare enfasi alla realizzazione di un sistema informativo dedicato e alle azioni di informazione ed educazione sanitaria. Il piano sanitario nazionale 2003-2005 ha tra gli obiettivi la riduzione della mortalità e della disabilità conseguenti agli infortuni domestici, e tali obiettivi sono in molti casi recepiti e contestualizzati nei piani sanitari regionali. Accanto al sistema di sorveglianza che fa capo, ai sensi della legge 493/99, all'Istituto Superiore di Sanità (SINIACA), in Italia esistono diverse iniziative a livello nazionale (ad esempio: ISTAT - Indagine multiscope, ISPEL:- Indagine multicentrica su nove regioni italiane, Indagine CENSIS 2004) così come a livello locale, volte a raccogliere informazioni per la individuazione dei fattori che intervengono nella dinamica infortunistica al fine di mettere in atto politiche di prevenzione, educazione sanitaria e sicurezza. Tali esperienze sottolineano inoltre l'importanza di disporre di una chiara definizione dell'evento da sorvegliare. Se da un lato può essere chiaro l'ambito di accadimento (la legge 493/99 definisce ambito domestico: "l'insieme degli immobili di civile abitazione e delle relative pertinenze ove dimora il nucleo familiare..., qualora l'immobile faccia parte di un condominio, l'ambito domestico comprende anche le parti comuni condominiali" (art. 6, comma 2, lettera b)), dall'altro gli eventi da sorvegliare possono esprimere livelli diversi di gravità. Si può decidere di sorvegliare gli incidenti<sup>1</sup> a prescindere dalle loro conseguenze, ad esempio mediante indagini campionarie ad hoc, oppure utilizzando i risultati di indagini più ampie su condizioni di salute e comportamenti a rischio (ad esempio le indagini multiscope dell'ISTAT). Oppure si può decidere di sorvegliare gli "infortuni" domestici, cioè quegli incidenti cui consegue il ricorso a cure mediche (ad esempio presso Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), altri Medici, Centri Antiveneni, Pronto Soccorso (PS), ecc.). In tal caso occorrerà predisporre un sistema di sorveglianza che preveda il coinvolgimento di queste componenti del Servizio Sanitario ai fini della raccolta delle informazioni. Si può ulteriormente restringere l'ambito di osservazione e studio ai soli infortuni osservati presso il Pronto Soccorso, o limitarsi ulteriormente, concentrando l'attenzione solo su quelli che comportino il ricovero in Ospedale, attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Si può, infine, concentrare l'attenzione sui fattori di rischio presenti nelle abitazioni, al fine di avere a disposizione un'informazione essenziale per impostare politiche di prevenzione, tale analisi dei fattori di rischio presenti in ambito domestico può essere diversamente indirizzata, come già effettuato nello studio dell'ISPEL, da una parte, all'analisi delle abitazioni in cui è avvenuto un evento infortunistico, dall'altra alla valutazione di campioni significativi di diverse tipologie di abitazioni (evitando così la distorsione dovuta al probabile maggior rischio nelle abitazioni in cui gli eventi sono già occorsi). Nell'analisi delle situazioni di rischio, peraltro, appare essenziale associare alla valutazione dell'abitazione quella delle capacità funzionali (o "abilità") di coloro che la stessa abitazione ospita. Ecco che, l'analisi dei fattori di rischio legati all'arredo o agli elementi strutturali-impiantistici dell'abitazione dovrà necessariamente essere associata alla valutazione delle capacità funzionali dei soggetti che vi abitano (diverse, ad es., per i bambini e gli anziani, i soggetti affetti da patologie, i soggetti

<sup>1</sup> Secondo la definizione dell'OMS, si definisce incidente ogni accadimento, non deliberatamente provocato (nel senso "diretto", "volontario"), caratterizzato da un subitaneo agire di una forza esterna, che può manifestarsi in una lesione dell'organismo

con abitudini di vita errate - es. tabagisti o alcolisti -, ecc.).

Si tratta pertanto di stabilire i confini del sistema di registrazione e la qualità dell'informazione da raccogliere. Molti studi svolti negli ultimi 20 anni in Italia hanno mostrato che l'informazione sull'incidenza e sulle modalità di svolgimento degli eventi è rilevabile in modo affidabile e completo solo se il contatto con l'infortunato o i suoi parenti, nel caso della ricostruzione della dinamica dei fatti (ISPESL, Studio nove Regioni), avviene al momento dell'accesso al Pronto Soccorso: tentativi di valutazione ed acquisizione di informazioni corrette in momenti successivi, in reparto o dopo il ricovero, hanno portato costantemente a fallimenti (Taggi - ISS). Un sistema di rilevazione centrato sul Pronto Soccorso dovrebbe comunque prevedere il completamento di un processo di standardizzazione nella raccolta delle informazioni e di informatizzazione dello stesso. Questo comporterebbe la valorizzazione di una grande quantità di informazioni riguardanti, ad esempio, cause esterne e modalità di accadimento degli infortuni, raccolte presso il PS e che rimarrebbero altrimenti "mute". Le informazioni raccolte aumenterebbero notevolmente l'utilità di altre fonti di dati (SDO, archivi di mortalità, ecc.) che potrebbero venire collegate mediante *record linkage*. Infine, la conoscenza delle modalità di accadimento degli infortuni domestici, unitamente alle informazioni di natura medica, permetterebbero una valutazione corretta dei costi sanitari e, in parte, sociali, consentendo un indirizzo più specifico delle risorse da allocare per la prevenzione. In tal senso, l'informatizzazione del PS appare come passo determinante nel processo di razionalizzazione e potenziamento di tutto il settore dell'Emergenza-Urgenza, anche in accordo con il progetto MATTONE "Pronto Soccorso e Sistema 118".

*Prevenzione:* Per quanto riguarda la prevenzione degli infortuni domestici i dati di letteratura internazionale evidenziano come gli interventi più efficaci siano quelli che si accompagnano ad iniziative di carattere legislativo, e quelli che mirano ad eliminare i rischi legati all'ambiente domestico (specie per la popolazione casalinga e anziana), mentre ci sono solo deboli evidenze a favore degli interventi di carattere unicamente educativo/informativo. In particolare per la prevenzione degli infortuni domestici nei bambini si sono dimostrati efficaci gli interventi che incentivano l'utilizzo di dispositivi di sicurezza (rilevatori per il fumo, termometri per il controllo della temperatura dell'acqua), e quelli in cui è previsto il sopralluogo nelle abitazioni, accompagnati da un breve intervento formativo. Per gli anziani invece, oltre agli interventi per la modificazione dell'ambiente domestico (rimozione degli ostacoli, tappetini di sicurezza, miglioramento dell'illuminazione, installazione dei corrimano, maniglie da vasca da bagno e strisce adesive antiscivolo), si sono dimostrati particolarmente efficaci gli interventi basati sull'attività fisica volta ad incrementare la forza muscolare e il senso di equilibrio. L'approccio che risulta dotato di maggiore efficacia comprende sia attività di informazione ed educazione sanitaria, sia interventi su ambienti e strutture. Sono fortemente raccomandati gli approcci di tipo integrato, concentrati su gruppi ad alto rischio e ripetuti nel tempo.

Attualmente le ASL realizzano interventi di prevenzione strutturati attraverso attività di sensibilizzazione e di educazione con l'obiettivo di modificare conoscenze, atteggiamenti e comportamenti, agendo su genitori, insegnanti e personale sanitario. In una recente revisione, è emerso che su 22 progetti esaminati, 15 erano riferiti ai bambini, 5 agli anziani, 2 alle casalinghe. Alcuni prevedevano l'inserimento della cultura della sicurezza nelle attività scolastiche curriculari. Pochi erano gli interventi intersettoriali. Tali interventi, tuttavia, spesso non seguono criteri omogenei, nei metodi e negli strumenti, (scelta degli obiettivi, definizione del target e individuazione delle attività) con conseguenti grossi limiti di verifica della loro reale efficacia. Ciò è in parte dovuto alla complessità degli ambiti oggetto degli interventi e, in parte, ad una "personalizzazione" delle scelte basata più sull'esperienza che non sul confronto con evidenze riconosciute. Tutto ciò genera l'esigenza di definire parametri di riferimento che riducano l'eterogeneità.

Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007: L'intesa Stato Regioni, Province Autonome del 23 marzo 2005 ha affidato le funzioni di coordinamento e verifica dei Piani Regionali di Prevenzione al CCM, con il compito di elaborare linee operative, fornire assistenza tecnica e, successivamente, certificarne l'attuazione (art. 4, lett. e). Nelle linee di intervento previste dall'Intesa è compresa la prevenzione degli incidenti domestici.

Il CCM a ottobre 2005 ha fornito alle Regioni le linee operative per la costruzione dei progetti regionali, in cui sono stati definiti gli standard per la formulazione di obiettivi di sorveglianza e di prevenzione, da includere nei progetti. Per la sorveglianza veniva richiesto di costruire o consolidare sistemi di sorveglianza in grado di fornire informazioni di base, da utilizzare per la valutazione degli interventi di prevenzione realizzati. Per cui, a secondo delle caratteristiche del sistema informativo disponibile in regione, la programmazione regionale doveva porsi l'obiettivo di disporre di un sistema di rilevazione di informazioni sugli infortuni domestici, e tendere progressivamente al monitoraggio del fenomeno attraverso i Servizi di PS ed i DEA della Regione. Un certo numero di PS avrebbe potuto, eventualmente, aggiungere un supplemento di informazioni (non tradizionalmente raccolte dai PS) come da protocollo SINIACA dell'Istituto Superiore di Sanità. Si raccomandava, inoltre, l'integrazione di queste informazioni con altri sistemi informativi correnti (SDO, registri di mortalità) e la produzione di indagini campionarie anche limitate, per approfondimenti specifici.

Per le attività di prevenzione venivano indicate quattro direttrici fondamentali per la progettazione regionali:

1. Realizzazione di interventi basati sulla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana, con particolare riferimento a interventi di mobilitazione e di ginnastica dedicata;
2. Rilevazione degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari, associata a interventi informativo/educativi e fornitura di dispositivi a basso costo come spie di

incendio, strisce antiscivolo, maniglioni, ecc.;

3. Realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche) e anziani (quelli che vivono da soli dovrebbero essere considerati come soggetti prioritari);

4. Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari (ad esempio, operatori dei dipartimenti di prevenzione e dei distretti sanitari, MMG, PLS), mirata all'acquisizione di competenze di base per la realizzazione e per la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti socio-assistenziali.

Per la realizzazione di tali interventi si raccomandava l'adozione di interventi integrati che si avvalsero anche di istituzioni non sanitarie e di gruppi della società civile. (es. servizi di assistenza domiciliare sia sanitaria che sociale, RSA, Hospice, Case alloggio, centri per anziani, associazioni di casalinghe etc.)

### ***Soluzioni proposte***<sup>1</sup>

Nello sviluppo dei progetti regionali di prevenzione degli incidenti domestici, è emersa da parte delle Regioni la richiesta di un coordinamento e di un'assistenza attiva nelle fasi iniziali di avvio delle attività programmate, che prevedesse, nelle fasi iniziali, l'offerta da parte del CCM di momenti di aggiornamento professionale per gli operatori coinvolti nei piani regionali: operatori di PS, dei Dipartimenti di Prevenzione dei Distretti Sanitari, PLS, MMG, ecc. L'aggiornamento professionale avrebbe il duplice scopo di:

- offrire alle regioni dei programmi di aggiornamento professionale già pronti e validati;
- avere modelli operativi, basati su attività di sorveglianza e/o di prevenzione omogenei e condivisi.

Il CCM si è pertanto impegnato a mettere a disposizione delle Regioni pacchetti formativi su vari temi, a cui le Regioni dovrebbero riferirsi, a secondo delle attività programmate nei loro piani, in modo da assicurare un'omogeneità di contenuti e metodologie nell'aggiornamento del personale. Si potrebbero formare operatori di PS nell'ambito dell'informatizzazione della registrazione degli eventi, dei Dipartimenti di prevenzione, per le attività di valutazione dei rischi negli ambienti di vita, operatori addetti all'assistenza domiciliare, dei Distretti delle ASL o dei Comuni, per la valutazione e prevenzione dei rischi nelle abitazioni degli assistiti, si potrebbe inoltre prevedere l'informazione degli operatori che si occupano dell'offerta attiva di interventi incentivare l'attività fisica negli anziani, o per l'effettuazione di survey, ecc..

L'aggiornamento professionale, da accreditare come formazione ECM, dovrebbe prevedere da un lato l'aggiornamento culturale degli operatori sui temi della sorveglianza e della prevenzione e sulle migliori evidenze di efficacia nella scelta degli interventi, dall'altro, laddove possibile, la proposizione e la discussione di modelli operativi già sperimentati in varie realtà locali italiane. A tale scopo, nell'attività di aggiornamento professionale, si prevede il coinvolgimento attivo di operatori regionali con esperienza nell'attuazione di interventi di prevenzione e/o di gestione di sistemi di sorveglianza. La formazione sui temi della sorveglianza e della prevenzione dovrà essere coerente con quanto raccomandato nelle linee operative e il modello sarà quello della formazione per formatori. Le regioni identificherebbero dei referenti da formare, i quali a loro volta formerebbero operatori locali nei vari ambiti previsti dai piani regionali. Molte Regioni, infatti, nella definizione dei loro cronoprogrammi hanno già esplicitamente indicato l'aggiornamento professionale offerta dal CCM, da effettuare intorno a febbraio-marzo 2007, quale strumento essenziale per l'avvio dei loro piani regionali di prevenzione.

Il coordinamento e l'assistenza attiva da parte del CCM sarà garantita dal sottocomitato scientifico e non si limiterà alla sola offerta formativa, ma offrirà assistenza ai formatori nell'effettuazione della formazione a livello locale, affiancamento e tutoraggio nella messa in opera delle attività programmate, assistenza nell'analisi delle informazioni di sorveglianza raccolte, ecc., con modalità che andranno di volta in volta concordate con le singole Regioni. Il momento di aggiornamento professionale dovrà pertanto rappresentare un'occasione preziosa, non soltanto per orientare le scelte regionali su attività di prevenzione di provata efficacia e con modelli operativi già sperimentati, ma anche per la costruzione di una rete tra operatori, impegnati ai vari livelli nell'implementazione dei piani regionali, che possa rappresentare una sede di confronto e di trasferimento di esperienze.

### ***Fattibilità***<sup>2</sup>

1. Nelle Regioni italiane è disponibile una gran quantità di esperienze sviluppate negli anni passati nell'ambito della formazione degli operatori per la prevenzione degli incidenti domestici. Pertanto il progetto viene sviluppato in collaborazione con la Regione Friuli Venezia Giulia, che ha precedenti esperienze nel campo della degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Distretti socio-sanitari di base e degli Enti locali (Operatori dell'assistenza domiciliare) al fine della rilevazione dei fattori di rischio infortunistico presenti nelle abitazioni, correlati anche alle caratteristiche dei soggetti che vi dimorano (bambini, anziani, soggetti affetti da disabilità, soggetti con abitudini di vita a rischio); predisposizione di strumenti standardizzati di valutazione e registrazione delle informazioni (tipo check list) e di informazione per i cittadini con cui gli operatori si interfacciano.

### ***Criticità***

Rispetto alla sorveglianza e agli interventi di prevenzione, vi è una grande eterogeneità nelle esperienze maturate nelle varie Regioni. Per questa ragione la presente offerta formativa potrebbe non essere

sufficientemente adeguata in situazioni in cui alcune problematiche non siano state affrontate in precedenza. Si dovrà pertanto prevedere, caso per caso, un rinforzo non solo sull'aggiornamento professionale, ma anche sul trasferimento di modelli operativi maturati in realtà con maggior esperienza specifica.

La formazione a cascata, dei formatori dapprima, e degli operatori nelle Regioni successivamente, deve prevedere un percorso di accompagnamento assiduo e coordinato, che renda il processo il più omogeneo possibile in modo da evitare disallineamenti o ritardi tra le Regioni nell'avvio degli interventi.

## **OBIETTIVO GENERALE**

Supportare ed offrire assistenza tecnico-scientifica ai piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici

## **OBIETTIVO SPECIFICO 1**

Aggiornamento professionale di referenti regionali, scelti tra gli operatori dei Servizi Territoriali ed Ospedalieri, impegnati nelle diverse fasi di implementazione dei piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici, con particolare riguardo alla rilevazione dei fattori di rischio infortunistico presenti nelle abitazioni, correlati anche alle caratteristiche dei soggetti che vi dimorano (bambini, anziani, soggetti affetti da disabilità, soggetti con abitudini di vita a rischio); i referenti saranno indicati dalle singole Regioni e costituiranno il primo nucleo di una rete di esperti nell'area della prevenzione degli incidenti domestici.

## **OBIETTIVO SPECIFICO 2**

Fornire tutoraggio e assistenza tecnica, ai referenti regionali coinvolti nelle attività di avvio e di sviluppo degli interventi di prevenzione previsti nei piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici e formati nei corsi previsti all'obiettivo specifico 1; **predisporre strumenti omogenei di valutazione e registrazione dei rischi infortunistici nelle abitazioni, oltre che di informazione-assistenza per i soggetti-utenti seguiti**

## **OBIETTIVO SPECIFICO 3**

Fornire tutoraggio e assistenza tecnica per la realizzazione della formazione, all'interno di ciascuna Regione, degli operatori dei servizi territoriali e ospedalieri che svilupperanno nell'ambito della ASL di appartenenza i progetti di prevenzione **degli** incidenti domestici.

Fornire tutoraggio e assistenza tecnica, **predisporre strumenti omogenei di valutazione e registrazione dei rischi nelle abitazioni, oltre che di informazione-assistenza per i soggetti-utenti seguiti**, ai referenti regionali coinvolti nelle attività di avvio e di sviluppo degli interventi di prevenzione previsti nei piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici e formati nei corsi previsti all'obiettivo specifico 1.

## PIANO DI VALUTAZIONE PER OGNI OBIETTIVO SPECIFICO

<b>Obiettivo generale</b>	Supportare ed offrire integrazione tecnico-scientifica ai piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici	
<b>Obiettivo specifico 1</b>	Aggiornamento professionale di referenti regionali, scelti tra gli operatori dei Servizi Territoriali ed Ospedalieri, impegnati nelle diverse fasi di implementazione dei piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici, indicati allo scopo dalle singole Regioni; gli stessi costituiranno il primo nucleo di una rete di esperti nell'area della prevenzione degli incidenti domestici.	
<b>Indicatore di risultato 1</b>	Numero di referenti indicati dalla singola Regione e che partecipano al corso di aggiornamento professionale	
<b>Standard di risultato 1</b>	Almeno 1 referente in <b>almeno</b> 15 Regioni ( $\geq 15$ )	
<b>Azione</b>	<b>Indicatore/i di processo</b>	<b>Standard di processo</b>
Predisposizione dei materiali didattici	CD rom; manuale guida del corso	Consegna entro feb. 2007
Realizzazione del corso	Formulazione del programma di aggiornamento professionale	Entro 15 dic 2006
	Preparazione materiale di valutazione del corso	Entro 28 feb 2007
	Effettuazione 3 giornate di aggiornamento professionale	Entro 30 mar 2007
Predisposizione di strumenti standardizzati di registrazione delle informazioni e valutazione (tipo check list) e di informazione per i cittadini con cui gli operatori si interfacciano.	Kit per gli operatori e materiale divulgativo	Entro 30 mar 2007

## CRONOGRAMMA

Mese	rendicontazione										
	dic	Gen 2007	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott
Predisposizione dei materiali didattici	■	■	■								
Formulazione del programma di aggiornamento professionale	■	■			■						
Verifica degli iscritti		■			■			■			■
Stesura lista partecipanti		■			■			■			■
Preparazione materiale di valutazione del corso			■		■			■			■
Realizzazione 3 giornate di aggiornamento professionale				■							
Predisposizione di strumenti standardizzati di registrazione e materiali e di informazione per i cittadini		■	■	■							



<b>Obiettivo generale</b>	Supportare ed offrire integrazione tecnico-scientifica ai piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici	
<b>Obiettivo specifico 3</b>	Fornire tutoraggio e assistenza tecnica per la realizzazione della formazione, all'interno di ciascuna Regione, degli operatori dei servizi territoriali e ospedalieri che svilupperanno nell'ambito della ASL di appartenenza i progetti di sorveglianza e prevenzione sugli incidenti domestici	
<b>Indicatore di risultato 3.1</b>	Definizione di un piano operativo per l'avvio del programma di aggiornamento professionale per gli operatori delle ASL della regione	
<b>Standard di risultato 3.1</b>	Cronoprogramma delle giornate di aggiornamento professionale previste	
<b>Indicatore di risultato 3.2</b>	Realizzazione delle giornate di aggiornamento professionale	
<b>Standard di risultato 3.2</b>	Entro dicembre 2007 in almeno 15/19 regioni	
<b>Azione</b>	<b>Indicatore/i di processo</b>	<b>Standard di processo</b>
Contatti con i responsabili dei progetti regionali di aggiornamento professionale	Calendario delle giornate di formazione previste	Entro 30 mag 2007
Tutoraggio per la realizzazione delle giornate di aggiornamento professionale	Realizzazione delle giornate di formazione	Entro 30 dic 2007
Valutazione della formazione con i responsabili regionali	Report di valutazione	Entro 30 mar 2008

## CRONOGRAMMA

Mese	rendicontazione												
	Apr	Mag	Giu	Lugl	Ago	Set	ott	Nov	dic	Gen 2008	Feb	marz	
Contatti con i responsabili dei progetti regionali di aggiornamento professionale													
Tutoraggio per la realizzazione delle giornate di aggiornamento professionale													
Valutazione della formazione con i responsabili regionali													

**PIANO FINANZIARIO**

Unità Operativa 1	referente	Compiti			
Friuli Venezia Giulia	Dr. Valentino Patussi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparazione materiale didattico; realizzazione corsi di formazione per referenti regionali (obiettivo 1);</li> <li>- Tutoraggio e supporto tecnico per l'avvio dei progetti di promozione della salute nelle Regioni (obiettivo 2)</li> <li>- Tutoraggio e supporto tecnico per la realizzazione dei corsi di formazione a livello regionale (obiettivo 3)</li> </ul>			
<b>Risorse</b>					
	<b>Compiti e prodotti attesi</b>	<b>1° anno *</b>	<b>2° anno *</b>	<b>3° anno*</b>	<b>totale</b>
<b>Personale</b>					
2 collaboratore	Coordinamento e assistenza ai referenti regionali per la formazione	50.000	50.000		100.000
<b>Beni e servizi</b>					
outsourcing	Pacchetti formativi	25.000			25.000
<b>Missioni</b>					
Riunioni di coordinamento in sede o presso le varie Regioni che lo richiedano	Assistenza	5.000	10.000		15.000
<b>Spese generali</b>					
<b>Totale</b>		<b>80.000</b>	<b>60.000</b>		<b>140.000</b>

\* a seconda del progetto (annuale, biennale, triennale) le risorse finanziarie dovranno essere divise per singolo anno