



**zdrava istra
istria sana**

PIANO PER LA SALUTE DELLA REGIONE ISTRIANA

ANNO 2011- 2013

CONTENUTO

1	Parte introduttiva.....	4
1.1	Guida attraverso i temi principali del Piano per la salute.....	4
1.2	Visione, missione e valori del Piano per la salute della Regione istriana.....	5
1.3	Fondamenti per l'emanazione del nuovo Piano per la salute	6
1.4	Organi responsabili dell'elaborazione e attuazione del Piano per la salute.....	7
1.5	Priorità regionali	8
1.6	Scelta e incremento degli interventi con cui si risolvono le priorità regionali	9
1.6.1	Invito pubblico e programma di necessità pubbliche.....	9
1.6.2	Gruppi per la completa gestione della qualità	10
1.6.3	Contrattazione diretta con i titolari dei programmi	10
2	Descrizione della salute nella Regione istriana	11
2.1	Popolazione	11
2.2	Stato di salute della popolazione	13
2.2.1	Morbilità	13
2.2.2	Mortalità	14
2.2.3	Rischi per la salute della popolazione	19
2.3	Struttura sociale della popolazione	21
2.3.1	Istruzione	21
2.3.2	Economie domestiche	22
2.3.3	Occupazione	22
2.3.4	Pensionati	23
2.3.5	Utenti dell'assegno per i figli	23
2.3.6	Utenti della previdenza sociale	23
2.3.7	Persone invalide.....	23
2.4	Caratteristiche di singoli territori	23
2.4.1	Densità della popolazione	23
2.4.2	Collegamento del traffico	24
2.4.3	Territori a rischio demografico	24
2.5	Risorse sanitarie e servizi	24
2.5.1	Personale nella sanità.....	24
2.5.2	Istituzioni, società commerciali, studi medici.....	26
2.5.3	Rete del servizio pubblico sanitario	26
2.5.4	Servizi nell'attività sanitaria	30
2.6	Influsso dell'ambiente sulla salute della popolazione	33
2.6.1	Controllo della correttezza sanitaria dell'acqua potabile	33
2.6.2	Controllo della correttezza sanitaria e della qualità dell'alimentazione	34
2.6.3	Numero di epidemie e casi di malattie infettive	34
2.6.4	Analisi della qualità dell'aria	35
2.6.5	Acqua per la ricreazione – mare e piscine	35
2.6.6	Misurazione del rumore	36
2.6.7	Trattamento del cascame	36
2.6.8	Dannosità sul posto di lavoro	36
2.7	Finanziamento	37
2.7.1	Assicurazione obbligatoria contro le malattie – finanziamento dal Bilancio della Repubblica di Croazia	37
2.7.2	Finanziamento dal Bilancio della Regione istriana	38
2.7.3	Finanziamento dai bilanci delle unità dell'autogoverno locale	39

3	Piano di protezione sanitaria della Regione istriana	40
3.1	Parte generale	40
3.1.1	Fini e principi della protezione sanitaria	41
3.1.2	Settori di sviluppo della protezione sanitaria e necessità prioritarie della popolazione	42
3.1.3	Livelli dell'attività sanitaria	42
3.1.4	Titolari dell'attività sanitaria	42
3.1.5	Assicurazione dei mezzi dentro e sopra lo standard	43
3.2	Programma di misure della protezione sanitaria	44
3.2.1	Misure di attuazione della protezione sanitaria	44
3.2.2	Misure di sorveglianza e incremento della qualità dell'attività sanitaria	44
3.2.3	Misure di introduzione di nuovi servizi, personale, attrezzatura, infrastruttura	45
3.3	Piano quadro di sviluppo dell'attività sanitaria nella Regione istriana	45
3.3.1	Fondamenti di sviluppo dell'attività sanitaria sul livello primario	45
3.3.2	Fondamenti di sviluppo dell'attività sanitaria sul livello secondario	46
3.3.3	Fondamenti di sviluppo dell'attività sanitaria sul livello di enti sanitari	46
4	Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo delle malattie della Regione istriana	47
4.1	Parte generale	48
4.1.1	Definizioni chiave	48
4.1.2	Diritti, obblighi e compiti delle regioni nel settore della promozione della salute	49
4.2	Programma di misure per la promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo	50
4.2.1	Educazione sanitaria e incivilimento.....	50
4.2.2	Visite sistematiche, screening e altre attività al fine di prevenire e individuare le malattie in tempo	54
4.2.3	Creazione di un ambiente che favorisce la salute	56
4.2.4	Misure di prevenzione e individuazione delle malattie infettive in tempo	57
4.2.5	Promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo nell'ambito delle priorità separate di speciale importanza per i cittadini della Regione istriana	59
4.3	Abbozzo del Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo.....	62
4.3.1	Parte generale	62
4.3.2	Piani connessi con le priorità regionali	63
5	Disposizioni finali	64
6	Letteratura e abbreviature.....	64
6.1	Revisione della letteratura usata.....	64
6.2	Lista delle abbreviazioni usate	66

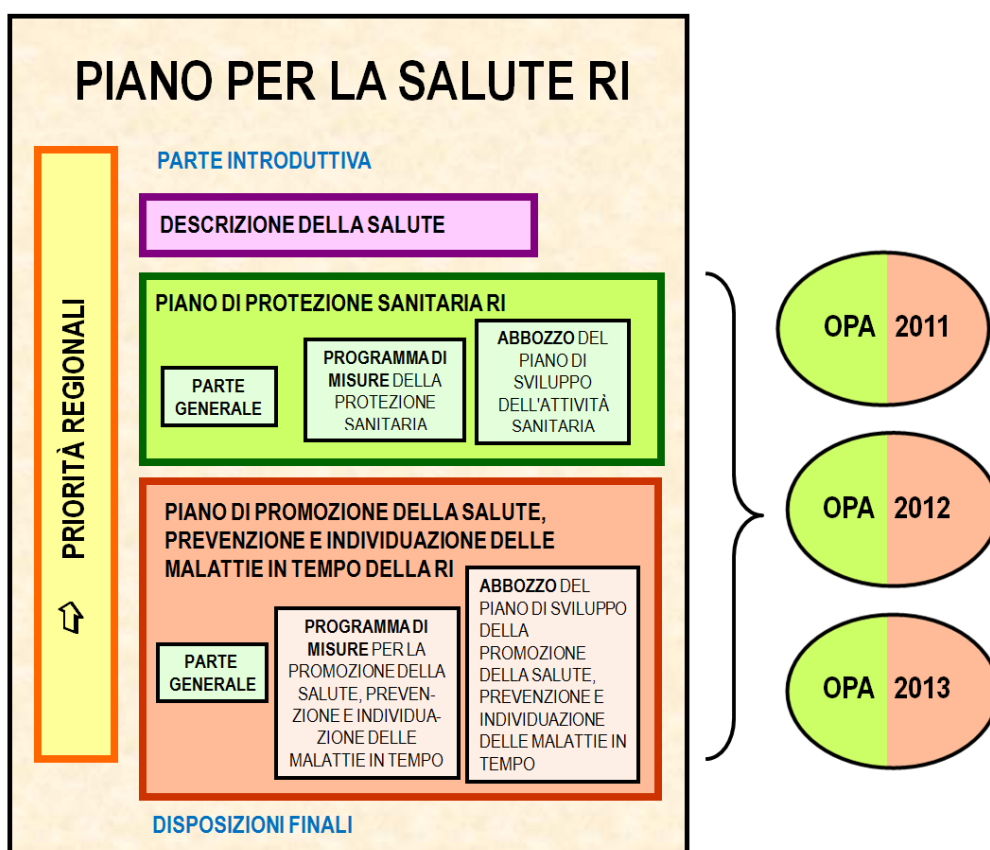
1 PARTE INTRODUTTIVA

1.1 Guida attraverso i temi principali del Piano per la salute

Il Piano per la salute della Regione istriana è documento che definisce la politica sanitaria regionale per il periodo di tre anni, dall'anno 2011 alla fine del 2013. Rappresenta un piano complessivo di lavoro e sviluppo della protezione sanitaria su tutti i livelli di attività sanitaria nella Regione istriana.

In base a questo Piano a medio termine, verranno emanate le elaborazioni operative annue dell'attività, al massimo entro il 31 marzo dell'anno corrente, le quali stabiliranno dettagliatamente i fini, compiti, termini, modalità d'esecuzione, indici dei risultati, pianificazione finanziaria e titolari delle responsabilità riguardo ai singoli compiti del Piano. I piani operativi delle attività comprenderanno i fini del Piano di protezione sanitaria della RI e quelli del Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo della RI. Anche le relazioni che si riferiscono alla realizzazione dei piani operativi, verranno emanate sul livello annuale.

PRESENTAZIONE SHEMATICA DEL PIANO PER LA SALUTE RI



Come visibile nello schema, i temi principali del Piano per la salute comprendono il seguente:

1. **Parte introduttiva** che descrive gli indirizzi basilari del Piano. L'accento si mette sulle acquisite esperienze della Regione istriana che si riferiscono al decentramento del sistema di sanità e previdenza sociale e pianificazione dell'attività di promozione della salute dei suoi cittadini, prevenzione delle malattie e organizzazione della protezione socio-sanitaria sul suo territorio, nonché missione sanitaria, visione e valori a cui aspira la Regione istriana. Inoltre, qui vengono indicati anche gli obblighi legali recenti in base ai quali il modo di pianificazione finora esistente riguardo alla salute, si trasforma in

presente *Piano per la salute* di più parti. In breve vengono descritti gli organi impegnati nell'attuazione del Piano, le priorità regionali, come pure il modo di delegazione della loro introduzione attraverso il Programma di necessità pubbliche nel settore della sanità e previdenza sociale.

2. **Descrizione della salute nella Regione istriana** è indispensabile base per un'emanazione di migliore qualità del Piano di protezione sanitaria e Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo delle malattie. Vi si definiscono gli indirizzi basilari della salute (demografici, di salute pubblica, sociali) in forma di dati statistici utili e pratici.
3. **Piano di protezione sanitaria della Regione istriana** viene emanato in base alla nuova disposizione legale e definisce i fini e principi della protezione sanitaria, i territori di sviluppo, le necessità sanitarie prioritarie dei cittadini della Regione istriana, il collegamento del lavoro di tutti i livelli della protezione sanitaria, il programma di misure della protezione sanitaria, nonché lo sviluppo delle attività sanitarie nella regione su tutti i livelli, con speciale accento sulla qualità dei servizi, dell'ambiente, dell'attrezzatura, del personale, completamento della rete di sanità pubblica e simile. Descrive il modo in cui vengono assicurati i mezzi per l'attuazione, nonché i settori in cui si investe nella protezione sanitaria sopra lo standard nazionale.
4. L'emanazione del **Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo della Regione istriana** viene pure definita per mezzo di nuova *Legge sulla salute sanitaria*. Stabilisce i diritti, obblighi e compiti della regione nel settore di promozione della salute. Contiene il programma di misure per la promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo delle malattie. È stato emanato anche il piano quadro dei fini e delle attività per l'incremento della salute per il periodo di tre anni dall'anno 2011 alla fine del 2013, il quale nella maggior parte ha lasciato il modo di pianificazione finora esistente per la salute dei cittadini della Regione istriana. Elabora le priorità regionali attuali da realizzare fino alla fine dell'anno 2012. . Anche la componente sociale della pianificazione nell'ambito delle singole priorità, è stata lasciata.
5. **Disposizioni finali** con il compendio della letteratura e delle abbreviazioni.

1.2 Visione, missione e valori del Piano per la salute della Regione istriana

Visione: *La salute è di valore particolare! Per la salute pianifichiamo e investiamo!*

Missione: *Collegiamo la gente, le nozioni e le politiche che tendono ad assicurare la salute dei suoi cittadini!*

- Al centro della nostra attenzione si trovano i cittadini della Regione istriana e le loro necessità sono la base sulla quale si pianifica la salute nella comunità.
- Facciamo gli sforzi per ottenere l'accessibilità e qualità uguagliata dei servizi sanitari e sociali su tutto il territorio della Regione istriana.
- Stimoliamo un'attiva partecipazione e rafforzamento della comunità con il fine di creare e attuare la politica sanitaria, rispettando l'identità locale, le necessità, l'esperienza e le risorse.
- Teniamo specialmente conto di informare qualitativamente i cittadini della Regione istriana.
- Per mezzo di presentazione pubblica delle proprie attività e informazioni di qualità incrementiamo il livello di autenticità professionale e stimoliamo ogni individuo a vivere uno stile di vita sano, nonché la partecipazione attiva nella creazione della politica sanitaria.
- Sviluppiamo i rapporti di soci con le istituzioni sanitarie e sociali, le unità dell'autogoverno locale e altri soggetti che influiscono sull'attuazione delle attività che incrementano la salute dei cittadini della Regione istriana.
- Collaborando multidisciplinariamente superiamo i confini delle singole competenze.
- Incrementiamo i rapporti di fiducia e collaborazione con la comunità, stimolando la responsabilità sociale e autenticità professionale, accettabilità sociale e trasparenza del Piano per la salute.

- Le decisioni che si riferiscono alla salute le prendiamo ottenendo il consenso della professione, politica e settore civile.
- Assieme ai soci valutiamo le necessità, sorvegliamo e analizziamo i problemi prioritari della sanità pubblica, nonché in quale modo risolverli e finanziarli.
- Valutiamo continuamente e accordiamo le modifiche ai programmi e servizi.
- Suggeriamo ai soggetti che erano impegnati nelle decisioni di istituzionalizzare le misure per l'attuazione del Piano.
- Scambiamo esperienze con le altre regioni e collaboriamo con la *Rete croata delle città sane*, *Scuola di salute popolare Andrija Štampar*, ministeri competenti, altre istituzioni accademiche e scientifiche, come pure esperti nel paese e all'estero.

1.3 Fondamenti per l'emanazione del nuovo Piano per la salute

In dicembre 2008 è stata adottata la nuova *Legge sulla protezione sanitaria* che stabilisce i principi e le misure di protezione sanitaria, i diritti e gli obblighi degli utenti della protezione sanitaria, i titolari della previdenza sociale per la salute della popolazione, il contenuto e le forme organizzative dell'attività sanitaria, nonché la sorveglianza dell'attività sanitaria. Per mezzo di questa Legge il legislatore ha legalizzato i conseguimenti positivi e esperienze nel lavoro delle regioni, aumentandovi le loro autorizzazioni e la legittimità rispetto all'assicurazione delle condizioni, organizzazione e delega dei compiti nel settore della protezione sanitaria. Altrettanto è stata garantita la sostenibilità e istituzionalizzazione del modello di buona pratica. Quello che la Regione istriana aveva fatto finora indipendentemente, in base al suo primo Piano per la salute, nel settore che si riferisce alla definizione e attuazione della politica sanitaria (pubblica), adesso è parte di obblighi legali delle regioni nell'assicurazione della protezione sanitaria sul proprio territorio.

Però, salvo il sostegno legale nella promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo delle malattie, come pure creazione di un ambiente che sostiene la salute, la nuova Legge ha dato alle regioni maggiori diritti, obblighi e compiti in tutto il settore della protezione sanitaria, come per esempio assicurazione della qualità e accessibilità dei servizi sanitari, assicurazione dell'adeguata infrastruttura, attrezzatura e personale per attuare la protezione sanitaria.

In seguito a ciò emerge la questione di emanare un nuovo Piano per la salute anche prima della scadenza nell'anno 2012, fino a quando dovette vigere il vecchio Piano per la salute. Il nuovo Piano contiene le basi per il proseguimento delle attività finora esistenti, quali *Gruppo regionale impegnato nell'attuazione del Piano per la salute (Gruppo per la salute RI)*, nonché tutti i collaboratori e soci inclusi nella sua attuazione. Il gruppo regionale impegnato nell'attuazione del Piano per la salute dei cittadini della RI entro l'anno 2012 proseguirà con la propria attività riguardante la realizzazione del nuovo Piano, il che assicurerà che i maggiori valori del modo di lavoro finora esistente, quali partecipazione degli utenti alle decisioni, interventi basati sulle necessità e accesso multidisciplinare, restino gli stessi.

Nello stesso tempo il "vecchio" Piano per la salute aggiunge i nuovi compiti e obblighi della Regione istriana al fine di assicurare la protezione sanitaria dei suoi cittadini. L'attuazione di questi compiti legali ampliati e singoli fini ambiziosi stabiliti in questo Piano per assicurare i servizi sanitari sopra gli standard nazionali, verrà considerevolmente facilitata da parte del nuovo organismo – *Consiglio per la salute della RI*. Per mezzo di esso viene introdotta una nuova cultura di gestione nel settore della sanità sul livello regionale, un nuovo ambito in cui le regioni hanno un ruolo molto più importante nel settore della protezione sanitaria, nonché si incrementano e rafforzano considerevolmente i processi riguardanti le decisioni e assetto del sistema sanitario e interventi sul livello regionale.

Il consiglio per la salute della RI e il Gruppo per la salute della RI comunicano tra di loro e si completano nel loro lavoro.

1.4 Organi responsabili dell'elaborazione e attuazione del Piano per la salute

Tabella 1.4.1 Consiglio per la salute della RI nominato il 21 febbraio 2011 da parte dell'Assemblea regionale della Regione istriana

Nome e cognome	Ruolo nel Consiglio
Viviana Benussi	Rappresentante della Regione istriana – presidente del Consiglio
Ivica Mikulčić	Rappresentante della Regione istriana
Eda Klapčić	Rappresentante della Regione istriana
Nino Basanić	Rappresentante della Regione istriana
Valter Flego	Rappresentante dell'autogoverno locale
Emil Daus	Rappresentante dell'autogoverno locale
Marino Derossi	Rappresentante delle camere nel settore della sanità
Krešimir Šarić	Rappresentante delle camere nel settore della sanità
Loredana Labinac Peteh	Rappresentante delle associazioni professionali
Slobodan Kapor	Rappresentante del sindacato nel settore della sanità
Lems Jerin	Rappresentante padronale nel settore della sanità
Ljubomira Radolović	Rappresentante padronale nel settore della sanità
Katica Andrišić	Rappresentante padronale nel settore della sanità
Borivoj Čukac	Rappresentante padronale nel settore della sanità
Ante Ivančić	Rappresentante padronale nel settore della sanità

Tabella 1.4.2 Gruppo per la salute nominato il 05 luglio 2011 da parte del presidente della Regione istriana

Nome e cognome	Posto di lavoro	Carica nel Gruppo
Sonja Grozić-Živolić	Assessore all'Assessorato amministrativo per la sanità e previdenza sociale della Regione istriana	Coordinatore del Gruppo regionale
Valerio Drandić	Capo amministrativo della RI	Membro
Davorka Maras Tkačuk	Assistente dell'assessore all'Assessorato amministrativo per la sanità e previdenza sociale della Regione istriana	Punti di vista economici del Piano
Roberta Katačić	Medico nell'organizzazione non governativa	Facilitatore
Romanita Rojnić	Assessore all'Assessorato amministrativo per la sanità e previdenza sociale della Regione istriana fino a settembre 2008	Priorità individuazione in tempo del cancro al seno
Danijela Lazarić-Zec	Capo Servizio per la medicina sociale presso l'Ente per la sanità pubblica della Regione istriana	Priorità individuazione in tempo del cancro al seno
Ljubomira Radolović	Direttore dell'Ente per la sanità pubblica della Regione istriana	Priorità malattie cardiovascolari
Olga Dabović Rac	Medico nel Servizio per la medicina sociale presso l'Ente per la sanità pubblica della Regione istriana	Priorità malattie cardiovascolari
Branka Morić-Pauletić	Medico nel Reparto malattie interne, Ospedale pubblico di Pola	Priorità malattie cardiovascolari
Katarina Velkova Mešin	Capo Servizio per la prevenzione e cura extraospedaliera dell'abuso di stupefacenti presso l'Ente per la sanità pubblica della Regione istriana fino al 2011	Priorità prevenzione dell'abuso di stupefacenti e disturbi del comportamento di bambini e giovani
Puhar Ines	Direttore del Centro familiare della Regione istriana	Priorità prevenzione dell'abuso di stupefacenti e disturbi del comportamento di bambini e giovani
Mladen Momčinović	Attivista del Centro per l'iniziativa dei cittadini a Parenzo	Priorità protezione socio-sanitaria di anziani
Sandra Čakić-Kuhar	Capo professionale della Casa per anziani e disabili a Parenzo	Priorità protezione socio-sanitaria di anziani
Ljiljana Dravec	Capo Sezione per la tutela dell'ambiente presso l'Assessorato amministrativo per lo sviluppo sostenibile della Regione istriana	Priorità protezione delle fonti d'acqua potabile
Aleksandar Stojanović	Capo Sezione per l'ecologia presso l'Ente per la sanità pubblica della Regione istriana	Priorità protezione delle fonti d'acqua potabile
Vesna Kordić.	Assessore all'Assessorato amministrativo per l'attività sociale, sanità e previdenza sociale della Città di Parenzo	Collaborazione con le unità dell'autogoverno locale
Tihana Mikulčić	Consigliere per l'attività sociale, previdenza sociale e protezione sanitaria della Città di Parenzo	Collaborazione con le unità dell'autogoverno locale

⇒ 1.5 Priorità regionali

Siccome non è possibile investire simultaneamente nello sviluppo ottimale di tutte le soluzioni socio-sanitarie e problemi dei cittadini della Regione istriana (limitate risorse umane e materiali), nell'anno 2005 sono state scelte cinque priorità regionali della sanità pubblica, basate sugli indici sanitari oggettivi e opinioni degli esperti e dei soli cittadini. Le priorità sono state scelte in base ad un accesso molto partecipabile. Sono stati raccolti i dati statistici, indici della salute e fattori connessi con la salute. È stata fatta la ricerca delle necessità sanitarie dei cittadini della Regione istriana. È stata organizzata una «conferenza consenso» alla quale hanno partecipato i rappresentanti della professione, politica e cittadini. Dopo aver presentato gli indici raccolti e risultati acquisiti per mezzo di ricerca, i partecipanti, gestiti da una metodologia speciale che richiedeva una valutazione delle caratteristiche cardinali di singolo principio (importanza del problema e possibilità d'intervento) e il loro rapporto reciproco, hanno trovato consenso riguardante le priorità nel settore della sanità pubblica.

Le priorità regionali per il periodo dall'anno 2005 al 2012, sono le seguenti:

- a) individuazione in tempo del cancro al seno
- b) prevenzione delle malattie cardiovascolari
- c) prevenzione e cura dell'abuso di stupefacenti e disturbi del comportamento di bambini e giovani
- d) incremento della protezione socio-sanitaria di anziani
- e) incremento della qualità delle acque.

L'individuazione dei fini specifici nell'ambito di ciascuna priorità, nonché il modo della loro risoluzione, si basa sull'esperienza di buona pratica, utilizzo ottimo delle proprie risorse e nuova destinazione dei mezzi finanziari. L'invito pubblico alla presentazione dei progetti rispetto al Programma di necessità pubbliche nel settore della sanità e previdenza sociale, l'attività dei gruppi di lavoro TQM e l'accordo diretto con gli enti aumenta il numero di soci e collaboratori che contribuiscono alla migliore e ampia realizzazione dei fini che si riferiscono alle priorità.

Come verrà presentato in continuazione del documento, dopo aver terminato le priorità soprammenzionate è stato pianificato di riconoscere e individuare le nuove priorità. Si prenderà in considerazione l'ampliato ruolo della Regione nell'assicurazione, attuazione e conferimento dei compiti connessi con la protezione sanitaria, come pure la definizione del modo di pianificazione delle priorità nel settore della previdenza sociale.

Per accentuare il proseguimento del lavoro rispetto alle priorità regionali che continuano a menzionarsi in questo documento, si indicano in breve i punti del Piano che le tratteranno e che saranno segnalati ⇒.

⇒ PRIORITÀ REGIONALI NEL PIANO PER LA SALUTE

Capitolo 1.5 - Priorità regionali

Capitolo 1.6.1 – Invito pubblico

Capitolo 2.2.2 - Mortalità

Capitolo 2.2.3 – Rischi per la salute della popolazione

Capitolo 2.7.2.2 – Finanziamento sopra lo standard del decentramento e assicurazione sanitaria obbligatoria

Capitolo 3.1.2 – Necessità prioritarie sanitarie della popolazione

Capitolo 3.1.5 – Assicurazione dei mezzi sopra lo standard nazionale

Capitolo 3.2.3. - Priorità riguardo alle misure di introduzione dei nuovi servizi, personale, attrezzatura, infrastruttura

Capitolo 3.3.1 – Basi di sviluppo dell'attività sanitaria sul livello primario

Capitolo 3.3.2 - Basi di sviluppo dell'attività sanitaria sul livello secondario

Capitolo 3.3.3 - Basi di sviluppo dell'attività sanitaria sul livello di enti sanitari

Capitolo 4.2.5 – Promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo delle malattie nell'ambito delle priorità separate di speciale interesse per i cittadini della RI

Capitolo 4.3.1 - Parte generale del Piano di sviluppo della salute, prevenzione e individuazione in tempo delle malattie

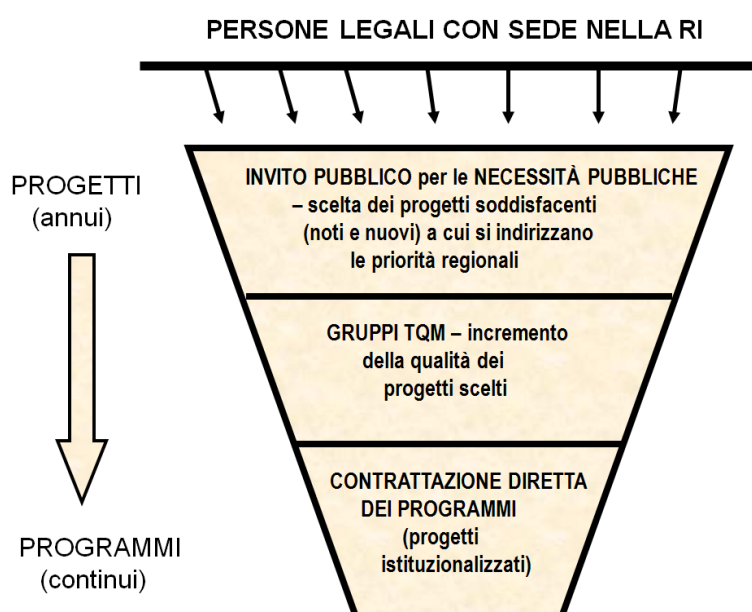
Capitolo 4.3.2 – Piani connessi con le priorità regionali

1.6 Scelta e incremento degli interventi con cui si risolvono le priorità regionali

Una parte delle priorità regionali si può risolvere nell'ambito della pratica di routine degli enti sanitari o di previdenza sociale esistenti. Però, spesso gli interventi esistenti non sono adeguati o affatto non esistono. Perciò era necessario, nell'ambito del Piano per la salute, sviluppare una adeguata metodologia per (a) la scelta dei nuovi, (b) incremento degli esistenti e/o (c) sostenibilità degli efficaci progetti e programmi. Nel periodo passato si sono stabilizzati tre modi:

- invito pubblico per la notifica dei progetti riguardanti le necessità pubbliche nel settore della sanità e previdenza sociale
- formazione e attività dei gruppi TQM (Total Quality Management) – gruppi per la gestione complessiva della qualità
- contrattazione diretta con i titolari del programma.

SCHEMA DELLA SCELTA E SVILUPPO DEGLI INTERVENTI PER LA RISOLUZIONE DELLE PRIORITÀ REGIONALI



⇒ 1.6.1 INVITO PUBBLICO PER LE NECESSITÀ PUBBLICHE

Al fine di trovare il socio nella realizzazione dei fini stabiliti per mezzo di *Piano per la salute*, l'Assessorato amministrativo per la sanità e previdenza sociale dall'anno 2002 pubblica l'invito annuo per le notifiche dei progetti di necessità pubbliche nella sanità e previdenza sociale. L'invito pubblico rende possibile l'influsso multidisciplinare e intersettoriale sui problemi definiti nella comunità, come pure i nuovi soci per l'attuazione degli interventi concreti nel settore degli enti sanitari, sociali e educativo-istitutivi, organizzazioni non governative, unità dell'autogoverno locale, società commerciali.

L'invito si pubblica ogni anno in agosto sul quotidiano e sulle pagine web della Regione istriana. Possono partecipare tutte le persone legali con sede sul territorio della Regione istriana. Per contribuire alla realizzazione dei fini stabiliti nel *Piano per la salute*, i potenziali proponenti nel solo testo dell'invito si informano che il sussidio finanziario verrà assicurato prima di tutto per i problemi della sanità pubblica, conformemente al *Piano per la salute della Regione istriana*, si indicano le cinque priorità e gli indirizzi conformemente a quelli strategici del Piano. Su proposta di commissioni speciali si scelgono per il cofinanziamento gli interventi che indicano le priorità definite e le necessità della comunità.

1.6.2 GRUPPI PER LA COMPLETA GESTIONE DELLA QUALITÀ (TQM)

Nel corso dell'analisi nell'attuazione delle singole priorità, si osservano alcuni “punti critici” – problemi che continuamente rendono più difficili i processi e/o diminuiscono i loro effetti positivi. In tali casi si deve penetrare la sostanza dei problemi da vari punti di vista, per poi formare i gruppi multidisciplinari (composti da rappresentanti di tutte le parti interessate nel processo) per i quali si organizza una determinata educazione che tratta la gestione della qualità. Il loro compito è di analizzare, riconoscere i problemi, proporre e poi introdurre le soluzioni che incrementeranno la qualità del lavoro (nell'ambito dei progetti e/o programmi esistenti).

1.6.3 CONTRATTAZIONE DIRETTA CON I TITOLARI DEI PROGRAMMI

Dopo una collaborazione di più anni che ha riconosciuto i progetti qualitativi e efficaci che possono rappresentare uno stabile valore per i cittadini della Regione istriana e diventare programmi continui, inizia la loro “istituzionalizzazione”. Si introducono nel programma regolare di lavoro di una determinata persona legale (enti, organizzazioni non governative, unità dell'autogoverno locale) e diventano più accessibili a un maggior numero di cittadini e più economici nel senso operativo. Sebbene tali programmi continuano a funzionare senza una continua stimolazione degli organismi responsabili dell'introduzione del *Piano per la salute*, la loro attuazione in genere continua ad essere sostenuta da parte della Regione istriana, fino a quando non si trovino le nuove fonti di finanziamento e assicurino la loro sostenibilità.

2 DESCRIZIONE DELLA SALUTE NELLA REGIONE ISTRIANA

2.1 Popolazione

Il numero di abitanti della Regione istriana, secondo la valutazione dell'Ente statale per la statistica, nell'anno 2009 ammontava a **214.991** (il 4,85% della popolazione della Repubblica di Croazia), ossia il 4,19% di più rispetto all'anno 2001. Si valuta che il numero di abitanti di sesso maschile ammonta a 104.171, mentre il numero di abitanti di sesso femminile ammonta a 110.820 (51,55%). Non esiste una valutazione pubblicata del numero di abitanti nelle città e nei comuni.

Il numero totale di persone assicurate secondo i dati dell'Ente croato di assicurazione contro le malattie (in data 31 12 2009), ammontava a **210.958 (98,12% di abitanti)**.

Non è possibile definire dettagliatamente l'incremento o la diminuzione della popolazione per le UAL, siccome non esiste la valutazione del numero di abitanti nelle città e nei comuni. Siccome esiste il numero totale di persone assicurate per città e comuni, secondo i dati dell'Ente croato di assicurazione contro le malattie (in data 31 12 2009) e siccome la maggior parte di abitanti è stata assicurata contro le malattie, in base alla differenza tra il numero di abitanti del censimento nell'anno 2001 e il numero di persone assicurate contro le malattie presso l'Ente croato di assicurazione contro le malattie nell'anno 2009, **abbiamo valutato il movimento della popolazione**. La valutazione è la seguente:

- il **massimo incremento del numero di abitanti** rispetto all'anno 2001, era probabilmente a Fasana, Orsera (incluso Funtana), Parenzo (incluso Torre-Abrega), Canfanaro, Chersano, San Pietro in Selva, Gimino, Umago e Albona
- la **massima diminuzione** era probabilmente a Pićan, San Lorenzo, Grisignana, S.Domenica, Sanvincenti, Arsa, Gračišće e Lanišće

Le caratteristiche demografiche della popolazione (secondo i dati dell'Ente statale per la statistica) sono le seguenti:

1. **Incremento della popolazione all'età maggiore di 65 anni** – da 32.283 (15,65%) anno 2001, a 38.461 (17,89%) di abitanti anno 2009
2. **Diminuzione della popolazione all'età minore di 14 anni** – da 31.177 (15,11%) anno 2001, a 27.699 (12,88%) di abitanti anno 2009
3. **Incremento del numero di neonati** da 1.572 anno 2001, a 2.012 nel 2009

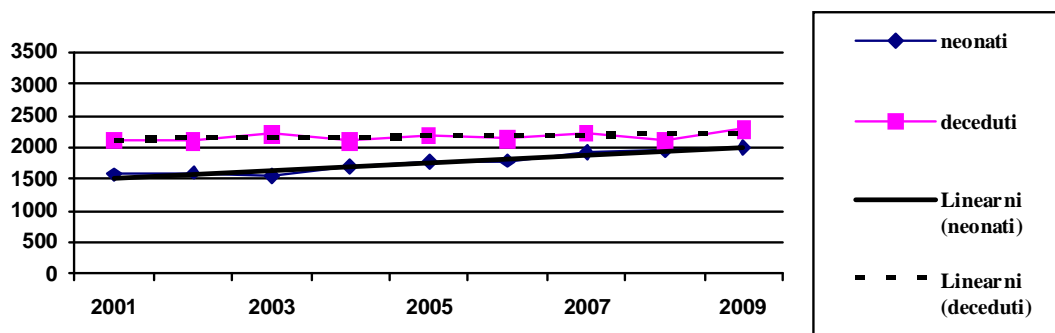


Foto 2.1.1 Movimento naturale della popolazione della Regione istriana dall'anno 2001 al 2009

4. **Tasso di natalità** da 7,6/1.000 nell'anno 2001, a 9,4/1000 nel 2009
5. **Piccolo incremento della mortalità** da 10,3/1000 nell'anno 2001, a 10,7/1000 nel 2009

6. **Incremento del tasso di fertilità** (numero di bambini neonati/numero di popolazione femminile da 15-49 anni) da 30,12/1000 anno 2001, a 39,64/1000 anno 2009, assieme all'incremento della totale fertilità (numero medio di bambini neonati che la donna partorisce durante la vita) da 1,05 anno 2001, a 1,39 anno 2009

7. Nell'anno 2009 c'erano 291 morti in più rispetto a quelli nati (**tasso negativo di accessione naturale** da -1,4/1000, mentre nell'anno 2001-2,7/1000)

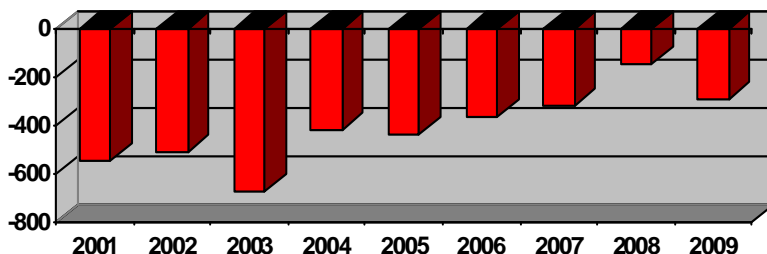


Foto 2.1.2 Accessione naturale della popolazione della Regione istriana dall'anno 2001-2009

8. L'incremento della popolazione della Regione istriana succede a causa di maggior **immigrazione** rispetto all'emigrazione (saldo positivo della migrazione totale); il saldo della migrazione con l'estero dall'anno 2003-2008 supera il saldo della migrazione tra le regioni. L'anno 2009 risulta con un saldo della migrazione totale inferiore rispetto agli anni precedenti, specialmente per quello che riguarda la migrazione con l'estero (meno immigrati).

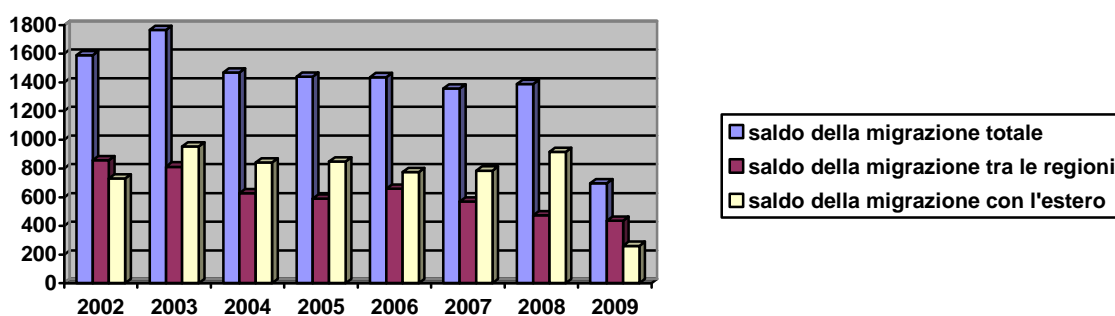


Foto 2.1.3 Saldo della migrazione nella Regione istriana anno 2002-2009

9. **Piccolo incremento della prevedibile durata della vita** per le donne (nell'anno 2001, età 77,86 anni, nel 2009, età 78,77 anni), senza importanti modifiche per i maschi (nell'anno 2001, età 72,36 anni, nell'anno 2009, età 72,20 anni), ossia per entrambi i sessi (nell'anno 2001, età 75,11 anni, nel 2009, età 75,45 anni).

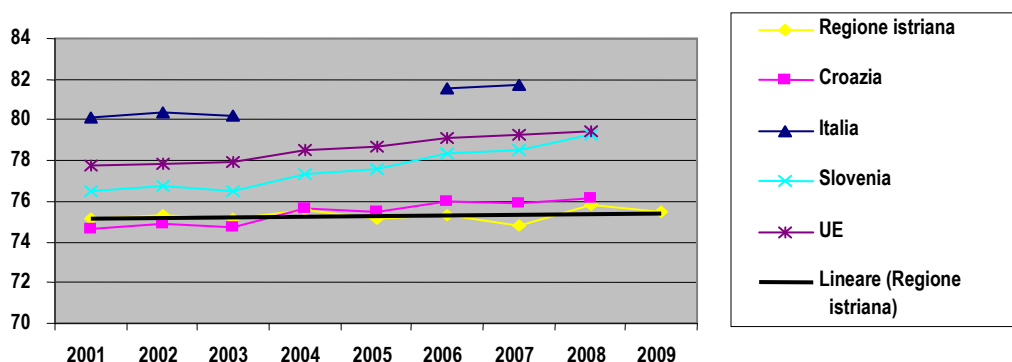


Foto 2.1.4 Prevedibile durata della vita nella Regione istriana, in Croazia e alcuni paesi europei dall'anno 2001 - 2009 (Fonte: in conformità con European health for all database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe)

2.2 Stato di salute della popolazione

2.2.1 MORBILITÀ

(secondo i dati dell' Ente per la sanità pubblica della Regione istriana)

2.2.1.1 Visite mediche sistematiche di bambini lattanti

- anno 2009, 7434 visite mediche di bambini lattanti
- problemi di salute più frequenti: lo 0,7% crescita psicomotoria ritardata, lo 0,7% vizi cardiaci congeniti, lo 0,5% fimosi, lo 0,4% distorsione congenita dell'anca, lo 0,4% criptorchidia, lo 0,2% deformazioni muscolare-ossei delle membra

2.2.1.2 Visite mediche sistematiche di bambini piccoli

- anno 2009, visite mediche di 5623 bambini piccoli e prescolastici (anni 1-6)
- problemi di salute più frequenti: l'11,2% carie dentaria, il 7,8% deformazioni muscolare-ossei delle membra, il 4,8% dislalia, il 2,3% anomalie connesse con la rifrazione, l'1,2% strabismo

2.2.1.3 Visite mediche sistematiche di bambini scolastici

- portamento del corpo anomalo – il 22-24% di alunni che frequentano le classi superiori delle scuole elementari, ossia il 25% di alunni delle scuole medie superiori
- il 5-7% di alunni che frequentano le classi superiori delle scuole elementari e l' 8% di alunni che frequentano la I classe delle scuole medie superiori affetti da scoliosi
- il 32-37% di alunni delle scuole elementari e il 24% di alunni delle scuole medie superiori con piedi piatti
- il 17-19% di alunni delle scuole elementari e il 21% di alunni delle scuole medie superiori affetti da anomalie della vista connesse con la rifrazione
- il 40% di bambini che si iscrivono alla I classe elementare, ossia il 13% di prima classe media superiore, affetti dalla carie dentaria

2.2.1.4 Morbilità nella protezione sanitaria primaria

Tabella 2.2.1.4 Gruppi di malattie più frequenti e malattie nell'anno 2009

	Gruppi di malattie registrate nella maggior parte dei casi	Malattie registrate nella maggior parte dei casi
Popolazione totale	<ul style="list-style-type: none"> – malattie del sistema respiratorio 21,2% – malattie del sistema circolatorio 10,1% – malattie del sistema muscolare osseo e tessuto connettivo 9,6% 	<ul style="list-style-type: none"> – infezioni acute del sistema respiratorio superiore 14,8% – malattie ipertensive 5,5% – malattie dei dischi intervertebrali e altre malattie del dorso 4,5 %
0-6 anni di vita	<ul style="list-style-type: none"> – malattie del sistema respiratorio 48,1% – malattie infettive e parassitarie 9,2% – otalgia e malattie della regione mastoidea 8,1% 	<ul style="list-style-type: none"> – infezioni acute del sistema respiratorio superiore 40,2% – infiammazioni e altre malattie dell'orecchio medio e mastoide 6,9% – bronchite acuta e bronchiolite 4,1%
65 e più anni di vita	<ul style="list-style-type: none"> – malattie del sistema circolatorio 20,0% – malattie del sistema muscolare osseo e tessuto connettivo 11,6% – malattie del sistema respiratorio 8,2% 	<ul style="list-style-type: none"> – malattie ipertensive 9,9% – malattie dei dischi intervertebrali e altre malattie del dorso 4,8 % – altre malattie coronarie 4,4%
Assistenza medica urgente	<ul style="list-style-type: none"> – lesioni, intossicazione e conseguenze provenienti da fattori esterni 23,3% – malattie del sistema respiratorio 15,7% – sintomi, segni e reperti clinici e di laboratorio anormali non classificati 14,8% 	<ul style="list-style-type: none"> – infezioni acute del sistema respiratorio superiore 11,0% – dermatite, eczema e orticaria 4,2% – malattie dei dischi intervertebrali e altre malattie del dorso 2,6 %
Protezione sanitaria delle donne	<ul style="list-style-type: none"> – malattie del sistema urico e degli organi genitali 49,4% – fattori che influiscono sulla salute e contatto con il servizio sanitario 22,1% – malattie infettive e parassitarie 12,9% 	<ul style="list-style-type: none"> – disturbi della menopausa e perimenopausa 10,8% – procedimenti riguardanti l'aborto 9,0% – infiammazione del collo dell'utero 7,9%
Medicina di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> – malattie dell'occhio 19,9% – malattie del sistema circolatorio 15,2% – lesioni, intossicazione e conseguenze provenienti da fattori esterni 12,2% 	<ul style="list-style-type: none"> – disturbi nell'accomodamento e rifrazione dell'occhio 14,9% – malattia ipertensiva 9,1% – lesione all'udito 7,0%

Le *diagnosi* registrate nella maggior parte dei casi nell'**attività stomatologica**, erano le seguenti:

- carie dentaria 50,1%,
- malattie dell'anima e tessuti periapicali 18,1%,
- altre malattie del tessuto dentale compatto 9,8%.

2.2.1.5 Morbilità ospedaliera

A) I *gruppi di malattie* più frequenti riguardo ai malati ospedalizzati in fase di **cura acuta** (Ospedale pubblico di Pola e ambulatori delle Case di salute istriane) nell'anno 2009, erano:

- malattie del sistema circolatorio (12,8%),
- nuove formazioni (10,0%),
- malattie del sistema urico e degli organi genitali (9,9%),

B) I *gruppi di malattie* più frequenti secondo il **numero di giorni passati in ospedale** nell'anno 2009, erano:

- malattie del sistema circolatorio (19,2%),
- nuove formazioni (13,1%),
- malattie del sistema digestivo (8,7%),

C) Da 20.558 **malati curati** presso gli ospedali nell'anno 2009, il 41,8% (8.598) di malati erano persone anziane (più di 65 anni di vita). Il rapporto tra le donne e gli uomini ospedalizzati anziani, era 1,28:1.

Le donne più vecchie di 65 anni nella maggior parte dei casi erano ospedalizzate a causa di:

- malattie del sistema circolatorio (21,54%), più di tutto infarto cerebrale
- malattie dell'occhio (13,12%), più di tutto cataratta senile
- nuove formazioni (12,00%), più di tutto formazione maligna dell'intestino crasso e del seno

Gli uomini più vecchi di 65 anni nella maggior parte dei casi erano ospedalizzati a causa di :

- malattie del sistema circolatorio (22,58%), più di tutto infarto cerebrale
- nuove formazioni (16,14%), più di tutto formazione maligna dei bronchi e polmoni, nonché intestino crasso
- malattie del sistema digestivo (11,31%), più di tutto ernia inguinale.

⇒ 2.2.2 MORTALITÀ

(secondo i dati dell'Ente statale per la statistica)

Nell'anno 2009 sono decedute 2.303 persone con residenza nella Regione istriana, 1232 maschi e 1071 femmine.

2.2.2.1 Mortalità per gruppi di malattie

Le più frequenti cause della mortalità secondo i *gruppi di malattie*, erano:

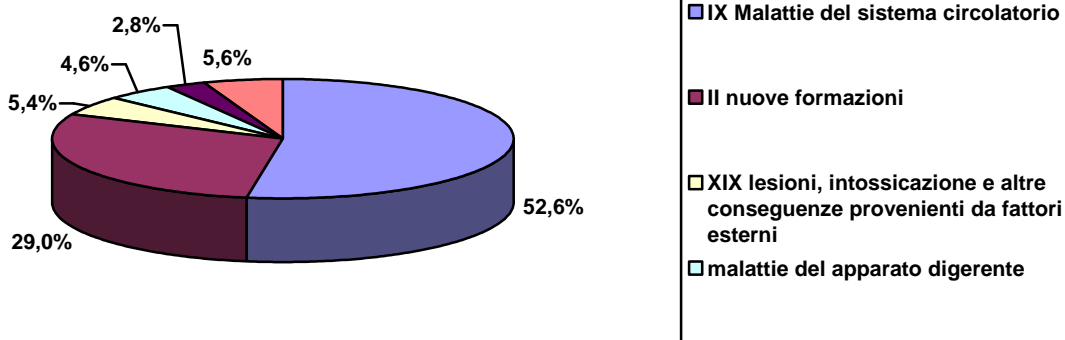


Foto 2.2.2.1 Le più frequenti cause della mortalità nella Regione istriana nell'anno 2009

Malattie del sistema circolatorio – totale deceduti 1.211 (52,6%), 588 maschi e 623 femmine e di ciò:

- malattie coronarie ischemiche (633, ossia il 52,3%, 334 maschi)
- malattie cerebrovascolari (278, ossia il 23,0%, 153 femmine)
- complicazioni e descrizioni della malattia coronaria non completamente definiti (117, ossia il 9,7%, 77 femmine)
- insufficienza coronaria (85, ossia il 7,0%, 47 donne).

119 deceduti fino all'età di 64 anni, mentre il 90,2% deceduti da malattie del sistema circolatorio all'età di 65 anni e più, ossia il 74,15% all'età superiore a 75 anni.

Nuove formazioni – totale deceduti nell'anno 2009, 669 (29,0%), 373 maschi e 296 femmine, di ciò 661 nuove formazioni maligne:

- cancro ai bronchi e polmonare (148 persone, 110 maschi)
- cancro all'intestino crasso (86 persone, 52 maschi)
- cancro al seno (55 persone, 53 donne)
- cancro al pancreas (41 persone, 21 maschi)
- cancro allo stomaco (38 persone, 25 maschi)

177 (26,46%) deceduti fino all'età di 64 anni, mentre il 73,54% deceduti da nuove formazioni all'età di 65 anni e più, ossia il 44,10% all'età superiore a 75 anni.

Lesioni e intossicazione (morte violenta) – totale deceduti 124 (5,4%), 94 maschi e 30 donne:

- infortunio 84 persone (65 maschi), di ciò 27 a causa di incidente stradale (24 maschi) e 27 a causa di caduta (17 donne)
- suicidio (37 persone, di ciò 27 maschi), tasso 17,21/100.000
- omicidio (3 persone, di ciò 2 maschi).

Il 67,74% di deceduti in seguito a lesioni e intossicazione erano persone fino all'età di 64 anni, tutti i deceduti negli incidenti stradali erano persone fino all'età di 64 anni, 26 da 37 suicidi erano persone fino all'età di 64 anni.

La morte violenta si riferiva molto meno alle donne (2,8% causa della morte delle donne; tasso 27,07/100.000 donne) che ai maschi (7,6% causa della morte dei maschi; 90,24/100.000 maschi).

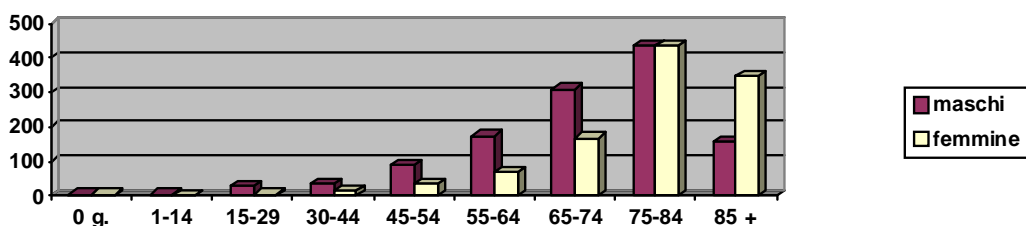
Altra morte:

- malattie del sistema digestivo (105), più frequenti nei maschi (73), la più frequente era la malattia cronica cirrosi epatica
- malattie del sistema respiratorio (64), più frequenti nei maschi (45), la più frequente era la malattia cronica polmonare ostruttiva

2.2.2.2 Mortalità rispetto all'età e al sesso

L'80,1% (1.844) di deceduti nell'anno 2009, erano persone **più anziane di 65 anni**, ossia il 59,5% all'età superiore a 75 anni. 459 deceduti, di ciò 333 (72,55%) maschi e 126 femmine, sono deceduti nell'anno 2009, **all'età fino a 64 anni**. Le principali cause della morte a quell'età, erano: nuove formazioni (177, ossia il 38,56%), malattie del sistema circolatorio (119, ossia il 25,93%), lesioni e intossicazione (84, ossia il 18,30%) e malattie del sistema digestivo (35, ossia il 7,63%).

Foto 2.2.2.2.1 . Deceduti rispetto all'età e al sesso nella Regione istriana nell'anno 2009



All'età di 1-14 anni di vita sono decedute 3 persone di **sesso maschile**. La principale causa della morte di 62 persone di sesso maschile all'età di 15-44 anni di vita, erano lesioni e intossicazione (circa 2/3 causa della morte), all'età di 45-54 anni di vita nuove formazioni (1/3 causa della morte), mentre superiore ai 55 anni, malattie del sistema circolatorio.

All'età di 1-39 anni di vita sono decedute 3 persone di **sesso femminile**. La principale causa della morte di persone di sesso femminile all'età di 40-74 anni di vita, erano nuove formazioni, mentre superiore ai 75 anni, malattie del sistema circolatorio.

Mortalità dei lattanti: nell'anno 2009 sono deceduti 9 lattanti (4,5/1.000 neonati)

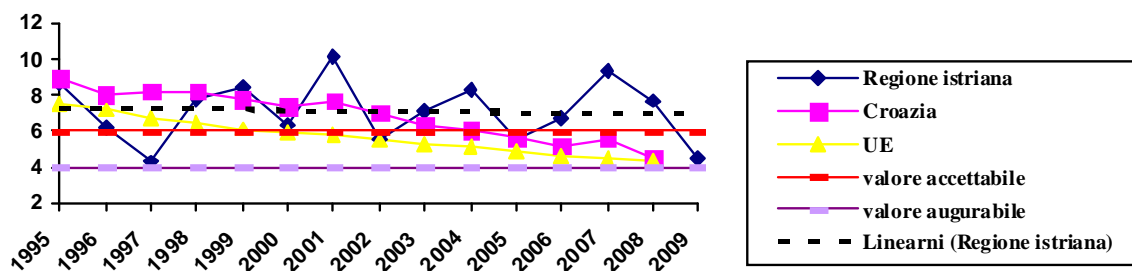


Foto 2.2.2.2 Mortalità dei lattanti nella Regione istriana, Croazia e Unione europea dall'anno 1995 al 2009
Fonte: conformato alla European health for all database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe

Le più frequenti cause della morte dei lattanti erano nascita prima del tempo e in conseguenza di ciò, immaturità, nonché gravi malformazioni e sindrome di malformazione.

2.2.2.3 Anni di vita perduti

La morte avvenuta prima dell'età di 65 anni di vita, si considera quale morte prima del tempo. Gli anni della vita perduta sono la somma di tutti gli anni che i deceduti prima dell'età di 65 anni, hanno potuto vivere, ma non hanno vissuto. Così dall'anno 2005-2009 nella Regione istriana sono stati perduti 40.327 anni potenziali di vita (annualmente 8065,4, ossia 3908,72/100.000), di cui il 69,79% di persone di sesso maschile. I valori augurabili sono quelli inferiori a 3300/100.000, mentre i valori accettabili sono quelli inferiori a 4500/100.000. La maggior perdita rispetto alla popolazione totale, si riferisce alle lesioni e intossicazione (26,60%), nuove formazioni maligne (24,33%), nonché malattie del sistema circolatorio (14,86%). Anche per quello che concerne il sesso maschile, la maggior perdita si riferisce alle lesioni e intossicazione (31,49%), nuove formazioni maligne (20,22%) nonché malattie del sistema circolatorio (16,83%). Se moltiplicassimo 40.327 anni di vita perduti con 12.463 EUR che era il prodotto sociale lordo per abitante della Regione istriana nell'anno 2007, risulterebbe una perdita di 502.595.401 EUR di prodotto sociale lordo nella Regione istriana, realizzato durante la vita dai deceduti prima del tempo nel periodo 2005-2009, nel caso di aver vissuto l'età di 65 anni.

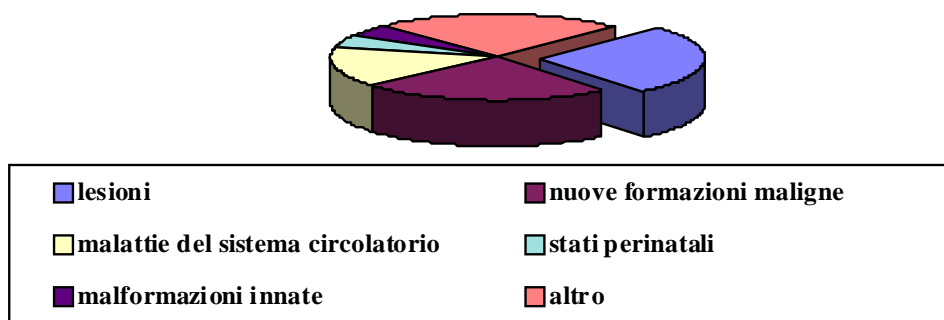
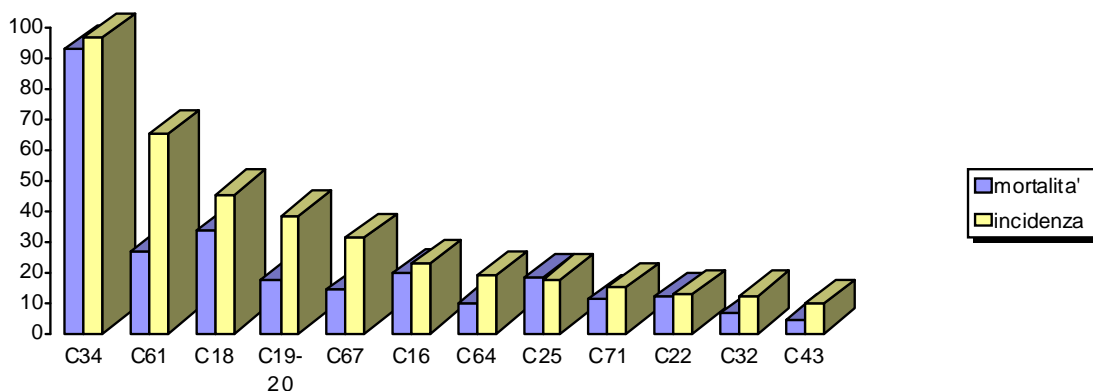


Foto 2.2.2.3 Anni di vita perduta nella Regione istriana anno 2005-2009

2.2.2.4 Rapporto tra la mortalità e il cancro

(secondo i dati del Registro per il cancro dell'ente HZJZ e Istituto statale per la statistica)

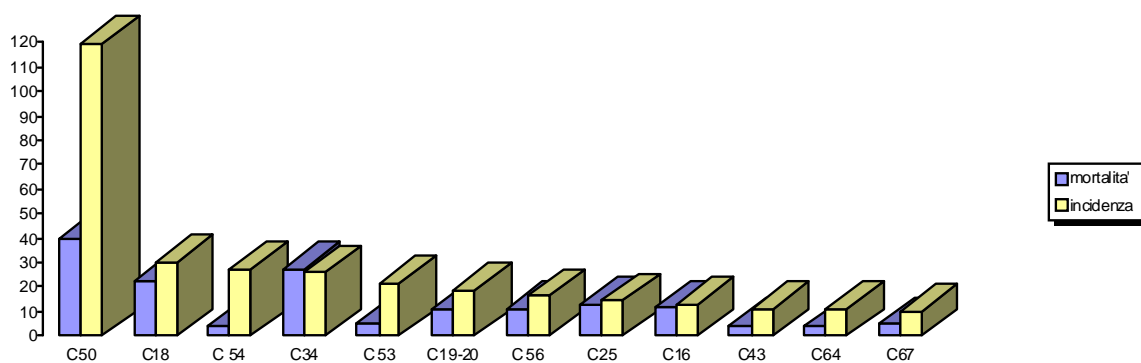
Il rapporto tra la morte di cancro e i nuovi casi di cancro nell'anno 2008 (secondo i recenti dati ufficiali del Registro per il cancro HZJZ), nonché complessivamente nel periodo 2000-2008, ammontava allo 0,60 (maschi 0,68 e femmine 0,52). In Repubblica di Croazia nell'anno 2008, ammontava allo 0,64. Il valore augurabile del rapporto ammonta sotto lo 0,45, mentre il valore accettabile sotto lo 0,5.



C34 – bronchi e polmoni, C61 – prostata, C18- intestino crasso, C19-20 retto, C67 – vescica urinaria, C16 – stomaco, C64 – rene, C 25- pancreas, C71 – cervello, C22 – fegato, C32 – laringe, C43 – melanoma

Foto 2.2.2.4.1 Cancro più frequente che aveva colpito nuove persone di **sesso maschile** nella Regione istriana (incidenza) e mortalità (media anno 2004-2008) – tasso su 100.000

Un alto rapporto di deceduti rispetto ai malati di recente, è visibile quando si tratta di cancro più frequente che aveva colpito i **maschi**, specialmente cancro ai bronchi e polmoni (0,96), intestino crasso (0,74), stomaco (0,86), reni (0,53), pancreas (1,03), cervello (0,75), fegato (0,94) e laringe (0,53).



C50 – seno, C18- intestino crasso, C54 – corpo dell'utero, C34 – bronchi e polmoni, C53 – collo dell'utero, C19-20 retto, C56 – ovaia, C 25- pancreas, C16 – stomaco, C43 – melanoma, C64 – reni, C67 – vescica urinaria

Foto 2.2.2.4.2 Cancro più frequente che aveva colpito nuove persone di **sesso femminile** nella Regione istriana (incidenza) e mortalità (media anno 2004-2008) – tasso su 100.000

Un alto rapporto di deceduti rispetto ai malati di recente, è visibile quando si tratta di cancro più frequente che aveva colpito **le donne**, specialmente cancro all'intestino crasso (0,75), bronchi e polmoni (1,04), retto e retto sigma (0,57), ovaia (0,66), pancreas (0,88) e stomaco (0,89).

2.2.2.5 Tasso di mortalità standardizzato secondo l'età

(conformato alla European health for all database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe)

Il tasso di mortalità standardizzato secondo l'età rende possibile il paragone tra i territori con la popolazione di varia età, che potrebbe influire sulle nostre conclusioni riguardante la frequenza di certe malattie, nonché la ragione della morte. Il tasso per la Regione istriana è stato calcolato dal numero di abitanti secondo il censimento dell'anno 2001, mentre dall'anno 2007 secondo la valutazione del numero di abitanti (più persone anziane) e perciò è stato minore.

Il tasso di mortalità standardizzato secondo l'età, causato da **malattie ischemiche coronarie** per tutte le età, dimostra che la mortalità nella nostra regione, causata da questa malattia, raggiungeva quella in Croazia, però era superiore a quell'europa.

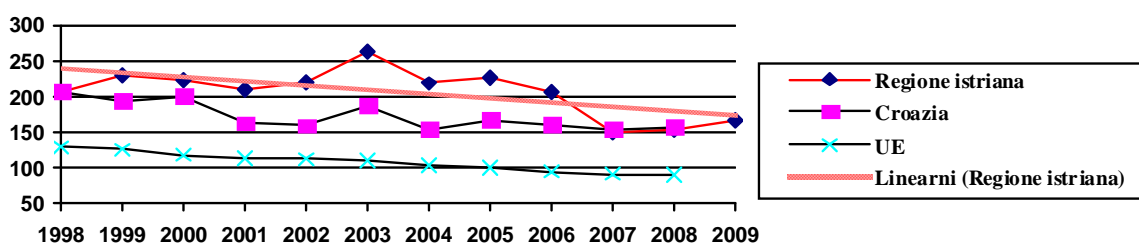


Foto 2.2.2.5.1. Tasso di mortalità standardizzato da malattie ischemiche coronarie su 100.000 di abitanti (tutte le età)

Il tasso di mortalità standardizzato secondo l'età, causato da **malattie cerebrovascolari**, era minore del croato e si avvicinava all'europa.

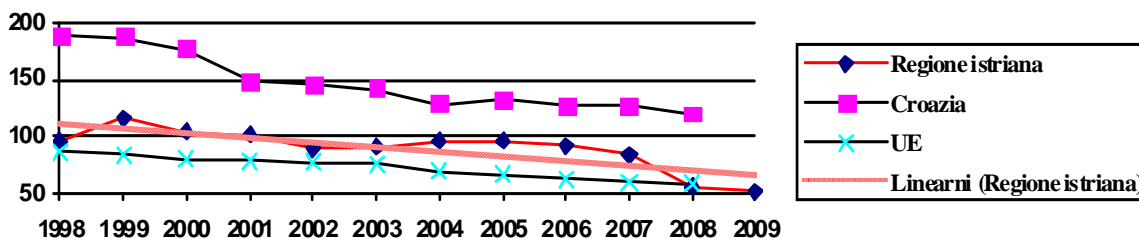


Foto 2.2.2.5.2. Il tasso di mortalità standardizzato secondo l'età, causato da malattie cerebrovascolari su 100.000 di abitanti (tutte le età)

Il tasso di mortalità standardizzato secondo l'età, causato dal **cancro del seno delle donne**, era simile al tasso croato e europeo.

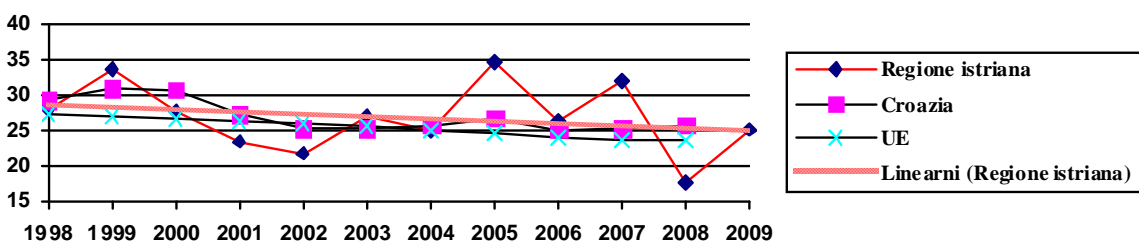


Foto 2.2.2.5.3. Il tasso di mortalità standardizzato secondo l'età, causato dal cancro del seno delle donne su 100.000 di abitanti (tutte le età)

⇒ 2.2.3 RISCHI PER LA SALUTE DELLA POPOLAZIONE

2.2.3.1 Il fumare (fattore di rischio per le malattie del sistema circolatorio, nuove formazioni...)

- all'età di 18 anni e più fumava il 33,4% di maschi e il 27,6% di donne, tutto insieme il 30,3% (secondo la ricerca HZA 2003)
- all'età di 15-18 anni il 25,8% di ragazzi e il 27,1% di ragazze avevano dichiarato di fumare ogni giorno (secondo la ricerca dell'Istituto per le ricerche sociali a Zagabria, tra gli alunni delle scuole medie nella Regione istriana, svoltasi nell'anno 2003)

2.2.3.2 Alcol

- all'età di 15-18 anni il 33,5% di ragazzi e il 10,6% di ragazze bevono la birra ogni giorno o più volte alla settimana, il 19,1% di ragazzi e il 7,9% di ragazze bevono il vino, mentre il 15,9% di ragazzi e l'8,7% di ragazze bevono le bevande spiritose (secondo la ricerca dell'Istituto per le ricerche sociali a Zagabria, tra gli alunni delle scuole medie nella Regione istriana, svoltasi nell'anno 2003)
- all'età di 15-18 anni il 52,6% di giovani bevono usualmente al caffè bar, il 51,6% al disco club, il 44,3% al party (secondo la ricerca dell'Istituto per le ricerche sociali a Zagabria, tra gli alunni delle scuole medie nella Regione istriana, svoltasi nell'anno 2003)
- all'età di 18 anni e più l'86,5% di maschi e il 56,1% di donne avevano consumato l'alcol nell'anno precedente, tutto insieme il 70,4%; il 22,8% di maschi e il 6,5% di donne bevono il vino ogni giorno, tutto insieme il 14,1% (secondo la ricerca HZA 2003)
- 234 persone erano ricoverate in ospedale nell'anno 2009, a causa di abuso di bevande alcoliche e psicosi alcolica
- il ricovero in ospedale a causa dell'alcolismo e della psicosi alcolica, erano la principale causa di ricovero in ospedale appartenente al gruppo di squilibri mentali (nell'anno 2009, il 20,8% di alcolismo tra gli squilibri mentali)
- il tasso standardizzato di mortalità dalla malattia cronica del fegato e cirrosi, nell'anno 2009 ammontava a 26,64/100.000.

2.2.3.3 Abuso delle droghe psicoattive

- all'età di 15-18 anni il 31,9% di ragazzi e il 26,7% di ragazze avevano consumato la marijuana o il hascisc, tutto insieme il 29,1%; l'8,1% di ragazzi e il 7,6% di ragazze avevano consumato l'ecstasy, tutto insieme il 10,4%; il 9,0% di ragazzi e il 16,7% di ragazze avevano consumato i tranquillanti e sedativi, tutto insieme il 15,5% (secondo la ricerca dell'Istituto per le ricerche sociali a Zagabria, tra gli alunni delle scuole medie nella Regione istriana, svoltasi nell'anno 2003)
- la prima consumazione della marijuana, dei psicostimolatori (ecstasy, anfetamina) e dei sedativi, più frequente all'età di 14-15 anni (secondo la ricerca dell'Istituto per le ricerche sociali a Zagabria, tra gli alunni delle scuole medie nella Regione istriana, svoltasi nell'anno 2003)
- tra i tossicodipendenti curati (senza dispensario) nell'anno 2009 l'89,7% erano consumatori dell'eroina, il 7,1% consumatori di canapa
- 814 tossicodipendenti residenti nella Regione istriana (tasso 572,7/100.000 di abitanti all'età di 15-64 anni) erano sotto cura nell'anno 2009, mentre 752 tossicodipendenti avevano consumato l'oppio (529,0/100.000). 95 tossicodipendenti erano per la prima volta sotto cura nell'anno 2009, di ciò 60 consumatori dell'oppio (secondo i dati HZJZ e MZSS)

2.2.3.4 Alimentazione e stato nutritivo (fattore di rischio per le malattie del sistema circolatorio, nuove formazioni ...)

I bambini (risultati delle visite mediche sistematiche):

- Il 59,8% di lattanti all'età di 0-2 mesi si nutrivano esclusivamente di latte materno, il 23,6% di latte materno e surrogato del latte materno; all'età di 3-5 mesi il 49,8% esclusivamente di latte materno, e il 16,5% all'età di 6-11 mesi
- lo 0,9% di lattanti erano denutriti, lo 0,7% bambini piccoli, il 2,1% bambini che frequentavano la scuola elementare, il 2,7% ragazzi che frequentavano le scuole medie superiori
- l'1,5% di lattanti erano grassi, il 3,1% bambini piccoli, il 9,8% bambini che frequentavano la scuola elementare (dal 7,0% all'iscrizione all'11,2% nell' 8ª classe), il 13,3% ragazzi che frequentavano la 1ª classe media superiore
- il 2,5% di bambini iscritti alla 1ª classe elementare, erano affetti da anemia sideropenica.

Gli adulti (18 anni e più) (secondo la ricerca HZA 2003):

- il 97,1% di maschi e il 92,8% di donne si nutrivano di cibi malsani
- lo 0,20% di maschi e il 3,30% di donne erano denutriti (BMI fino a 18,49)
- il 40,66% di maschi e il 46,15% di donne erano di peso corporeo augurabile (BMI da 18,50 a 24,99)
- il 37,67% di maschi e il 31,08% di donne erano di peso corporeo aumentato (BMI da 25-29,99)
- il 21,47% di maschi e il 19,48 di donne erano grassi (BMI da 30 e più)
- quindi, il 59,04% di maschi e il 50,56% di donne avevano il problema di peso corporeo aumentato e eccessivo
- il 30,69% di maschi e il 44,13% di donne avevano la vita larga

Il peso corporeo aumentato, specialmente la grassezza, aumentano lo sviluppo delle malattie croniche non infettive, prima di tutto il diabete tipo 2, alcuni tumori, malattie coronarie e delle vene.

Tra le cause della morte che si possono prevenire, la grassezza occupa il secondo posto, subito dopo il fumare.

Negli anni 2005-2008 è stata fatta un'analisi delle usanze alimentari di bambini scolastici in alcune scuole della Regione istriana. I dati dimostrano che i bambini non prendono i cibi regolarmente. Soltanto 1/3 di bambini intervistati fanno colazione tutti i giorni prima di andare a scuola, circa il 22% non fanno colazione tutti i giorni prima di andare a scuola, mentre più di 1/3 non fanno mai colazione. Sempre minore il numero di bambini che prendono i pasti nella cucinetta scolastica (30-40%), specialmente gli alunni delle classi superiori, però nelle piccole scuole di villaggio che hanno la possibilità di distribuire i pasti, una maggior percentuale di bambini li prende. Il 55 % di bambini mangiano 2 o più frutti al giorno, mentre circa il 12% di bambini invece di frutti bevono soltanto un succo di frutta al giorno. In media, il 30% di bambini mangiano verdura per il pranzo e la cena, il 31% soltanto per il pranzo, qualche volta dall'8-20%, mentre dal 6 - 8 % di bambini non mangiano verdura affatto, soltanto patate. Circa il 10% di bambini consumano regolarmente le bevande gassate. Circa 1/3 di bambini bevono 2 bicchieri di latte e oltre il 90% di bambini mangiano qualche prodotto al latte durante il giorno. Il 29% di bambini mangiano pane scuro e il 14% mangiano pane scuro e pane bianco.

2.2.3.5 Attività fisica

Gli adulti (18 anni e più) (secondo la ricerca HZA 2003):

- il 45,63% di maschi e il 55,03% di donne, tutto insieme il 49,03%, non sufficientemente attivi fisicamente (meno di 2-3 volte alla settimana)
- il 45,8% di persone intervistate all'età media (anni 30 – 60), non sufficientemente attive fisicamente

I ragazzi (secondo la ricerca dell'Istituto per le ricerche sociali a Zagabria, svoltasi tra gli alunni delle scuole medie superiori nella Regione istriana nell'anno 2003):

- all'età di 15-18 anni il 54,3% di ragazzi spesso o molto spesso praticavano lo sport ricreativo, mentre il 31,4% spesso e molto spesso si allenavano in qualche club sportivo

2.2.3.6 Comportamento sessuale

- il rischio di prendere l'infezione dalle malattie classiche veneree infettive (gonorrea e sifilide) era molto basso e le altre malattie veneree infettive ristagnavano (chlamydia e altre malattie veneree infettive)
- il numero di bambini neonati su 1.000 ragazze all'età di 15 – 19 anni, in linea discendente (nell'anno 2009 39 bambini, ossia 19,38/1.000)
- il numero di aborti legali (34) su 1.000 adolescenti (15-19 anni) nell'anno 2009 era 6,25/1.000, uguale agli anni precedenti

Gli alunni delle scuole medie superiori: (secondo la ricerca dell'Istituto per le ricerche sociali a Zagabria, svoltasi tra gli alunni delle scuole medie superiori nella Regione istriana nell'anno 2003)

- il 60,8% di ragazzi e il 50,6% di ragazze – alunni delle scuole medie superiori all'età maggiore di 17 anni, avevano il completo rapporto sessuale
- gli alunni delle scuole medie superiori che avevano il rapporto sessuale, usavano: il preservativo (il 61,3% di ragazzi e il 50,1% di ragazze), le pillole contraccettive (il 2,1% di ragazzi e il 10,7% di ragazze), la spirale (0,9% di ragazzi e lo 0,3% di ragazze), mentre il 35,7% di ragazzi e il 38,9% di ragazze non avevano risposto o non usavano nessuna contraccezione, oppure usavano i mezzi contraccettivi non sicuri

2.3 Struttura sociale della popolazione

2.3.1 ISTRUZIONE

Secondo i dati dell'Istituto statale per la statistica, censimento anno 2001:

- la metà (il 50,25%) della popolazione italiana all'età di più di 15 anni, aveva conseguito il diploma della scuola media superiore
- il 22,75% aveva conseguito il diploma della scuola elementare
- il 12,56% non aveva completamente terminato la scuola elementare
- l' 1,9% non aveva frequentato la scuola, oppure i dati che si riferiscono all'istruzione, non erano noti
- il 5,31% aveva conseguito il diploma della scuola superiore
- il 7,23% aveva conseguito il diploma della facoltà o accademia artistica

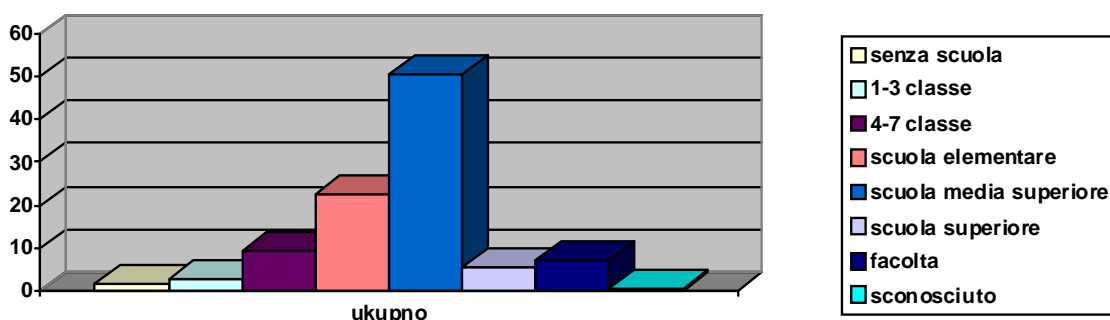


Foto 2.3.1.1. Struttura della formazione educativa della popolazione della Regione istriana secondo il censimento dell'anno 2001 (%)

- nell'anno scolastico 2008/2009 nella Regione istriana 1975 alunni avevano conseguito il diploma della scuola elementare e 2186 alunni il diploma della scuola media superiore
- nell'anno 2009 1.429 studenti avevano conseguito la laurea agli studi universitari e specializzati, 38 avevano conseguito la laurea ai corsi postlaurea universitari e 19 ai corsi di postlaurea specialistici

2.3.2 ECONOMIE DOMESTICHE

Secondo il censimento 2001, il numero medio di persone che formano l'economia domestica, ammontava a 2,85, mentre il 20,43% erano economie domestiche singole.

2.3.3 OCCUPAZIONE

2.3.3.1 Occupazione

Secondo i dati dell'Istituto statale per la statistica nel mese di marzo 2010, c'erano 80.278 persone occupate (35.984 donne, ossia il 44,82%), di ciò:

- enti giuridici 62.279 (il 77,58%), di ciò 28.902 donne
- artigianato e professioni libere 17.999 (il 22,42%); di ciò 7.082 donne

Il numero di occupati rispetto all'attività più frequente:

- industria di rifacimento - 19,11%
- commercio all'ingrosso e al minuto e riparazione dei motoveicoli e motociclette - 15,21%
- prestazione del servizio di sistemazione e preparazione e il servire del cibo - 11,63%
- edilizia - 9,75%
- educazione - 6,73%.

2.3.3.2 Stipendio medio

Secondo i recenti dati dell'Istituto statale per la statistica, lo stipendio medio lordo per occupato nella Regione istriana nell'anno 2008, ammontava a 7.329 kn (7821 maschi e 6721 donne), mentre lo stipendio medio netto ammontava a 5.106 kuna (5410 maschi e 4730 donne) ed era inferiore a quello della Repubblica di Croazia (5161 kn).

2.3.3.3 Disoccupazione

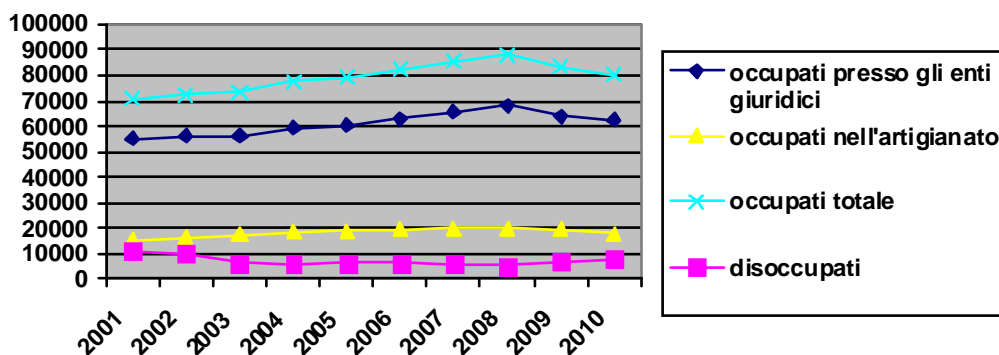
Secondo i dati dell'Istituto croato per l'occupazione, Servizio territoriale di Pola, nell'anno 2010 in media erano disoccupate 7.949 persone. Alla fine di dicembre 2010, il numero di disoccupati ammontava a 9270 (5035 donne e 4235 maschi).

La struttura di persone disoccupate a seconda della preparazione professionale (dicembre 2010):

- lavoratori non qualificati – 3,87%
- lavoratori semiqualeficati e di preparazione professionale inferiore – 24,78%
- lavoratori disoccupati qualificati e altamente qualificati e di preparazione professionale media superiore – 62,14%
- disoccupati di preparazione professionale superiore – 3,85%
- disoccupati di preparazione professionale universitaria – 5,36%.

In dicembre 2010 la più grande disoccupazione era quella dei disoccupati all'età di 25-34 anni (il 26,47%), nonché all'età di 45-54 (il 25,91%).

Foto 2.3.3.3 Occupati presso gli enti giuridici (situazione in data 31 marzo) e artigianato (marzo) e disoccupati (media) nella Regione istriana 2000-2010



2.3.4 PENSIONATI

Secondo i dati dell'Istituto croato per l'assicurazione pensionistica, i dati in data 31 12 2010, erano i seguenti:

- in totale 52.276 pensionati con la media pensione all'ammontare di 2.567,75 kn
- il rapporto tra gli utenti della pensione (52.276) e le persone assicurate (81.035) ammonta a 1:1.55
- la struttura delle pensioni: il 64,04% pensione per la vecchiaia, il 16,31% pensione per gli invalidi, il 19,66% pensione familiare

2.3.5 UTENTI DELL'ASSEGNO PER I FIGLI

Secondo i dati dell'Istituto croato per l'assicurazione pensionistica, situazione in data 31 12 2010: 7.077 di utenti per 12.009 bambini, mensilmente ricevono in media 342,70 kn.

2.3.6 UTENTI DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Secondo i dati del Ministero della sanità e previdenza sociale nell'anno 2009 c'erano:

- 787 utenti del sussidio stabile che comprende 1.243 persone (lo 0,6% della popolazione), 1.587 utenti del sussidio una tantum, 2.114 utenti dell'indennità per l'assistenza e cura, 616 invalidità, 780 sistemazione presso la casa di previdenza sociale per bambini e adulti
- 1391 assistenze registrate al livello locale e regionale per la copertura delle spese di sistemazione e 787 sussidi per il riscaldamento

2.3.7 PERSONE INVALIDE

Secondo il censimento dell'anno 2001, nella Regione istriana vivono 14.992 persone invalide (8401 di sesso maschile e 6591 di sesso femminile), il che ammonta al 7,27% della popolazione totale. Il numero di persone invalide cresce con l'età.

Le più frequenti **cause dell'invalidità** erano la malattia (il 49,49%), gli invalidi di lavoro (il 23,97%), invalidi nati (il 6,72%) e invalidi per incidente stradale (il 5,48%). Una percentuale minore si riferiva agli invalidi provenienti dalla guerra patria (621 persone invalide, ossia il 4,14%), dalla seconda guerra mondiale e le sue conseguenze, nonché ad altro.

2.4 Caratteristiche di singoli territori

Secondo i dati dell'Istituto statale per la statistica della Regione istriana:

2.4.1 DENSITÀ DELLA POPOLAZIONE

- **il numero medio di abitanti** per km² nella Regione istriana ammontava a 73,4 abitanti per km², il che era inferiore alla media della Repubblica di Croazia (il 78,4)
- le unità dell'autogoverno locale con **il numero di abitanti per km² superiore alla media** della Regione istriana: Pola (1094,1 abitanti per km²), Fasana (224,2), Rovigno (183,5), Medolino (175,8), Albona (171,1), Umago (158,0), Cittanova (149,5), Parenzo (142,3), Funtana (105,9)
- le unità dell'autogoverno locale con **il numero di abitanti per km² inferiore alla media** della Regione istriana, erano tutte le altre, e le 15 UAL con la più piccola densità di popolazione, erano: Lanišće (2,8 abitanti per km²), Lupogliano (10,1), Grisignano (11,7), Valle (12,8), Cerovlje (16,5), Portole (16,3), Gračišće (23,8), Canfanaro (24,4), Kršan (26,6), Sanvincenti (27,9), Montona (29,1), Marzana (29,7), Barbana (31,1), Visinada (32,2), Tinjan (32,8)

2.4.2 COLLEGAMENTO DEL TRAFFICO

La **media distanza delle UAL dall'ospedale più vicino** (Ospedale pubblico di Pola, oppure il KBC di Fiume) è 44 km. La **massima** distanza dall'ospedale nella Regione istriana in km supera 80 km (la Città di Umago). La distanza tra l'Ospedale pubblico di Pola ed il KBC di Fiume è 99 km, sopra lo standard europeo di 77 km. Sopra la media regionale, dall'ospedale sono distanti l'area di Buie, (Buie, Cittanova, Umago, Verteneglio, Grisignano, Portole), Pinguente, l'area di Pisino (Pisino, Cerovlje, Gračišće, Karojba, Montona, Tinjan), una parte dell'area di Albona (Kršan, Pićan, Sveta Nedjelja), l'area di Parenzo (Parenzo, Funtana, Casteliere-Labinci, Torre-Abrega, Visignano, Visinada e Orsera).

Sebbene la densità della rete stradale nella Regione istriana (0,7 km/km²) è superiore rispetto alla media della Repubblica di Croazia (0,5 km/km²), la rete del trasporto pubblico è inferiore, specialmente tra le città nella regione.

2.4.3 TERRITORI A RISCHIO DEMOGRAFICO

Le UAL con la **maggior parte di popolazione anziana** (più di 65 anni) – censimento anno 2001 (non esiste la valutazione) – il 15,65% RI: Lanišće (il 34,67%), Montona il 22,58%, Cerovlje il 22,46%, Barbana il 22,13%, Lupogliano il 21,31%, Grisignano il 21,02%, Sanvincenti il 20,56%, Canfanaro il 20,45%, Marzana il 20,32%, Arsa il 20,11%, Portole il 19,98%, Sveta Nedjelja il 19,94%, Tinjan il 19,49%, Visignano il 19,39%, Gračišće il 19,33%.

Le UAL con la **minore parte di popolazione giovane** (popolazione da 0-14 anni di vita) – censimento anno 2001 (non esiste la valutazione) - il 15,11% RI: Sveta Nedjelja il 11,4%, Albona il 12,3%, Canfanaro il 13,1%, Barbana il 13,3%, Arsa il 13,5%, Buie il 13,8%, Marzana e Fasana ognuna il 13,9%, Lanišće il 14,1%, Pola il 14,4%, Valle il 14,7%, Chersano e Medolino ognuna il 14,8%, Rovigno Pinguente e Sanvincenti ognuna il 15,0%.

Le UAL con il **minore indice vitale** (media anno 2005-2009) – RI l'85,9%: Lanišće il 23,5%, Portole il 29,8%, Cerovlje il 46,9%, Pićan il 53,4%, Albona il 53,8%, San Lorenzo Pasenatico il 55,6%, Sanvincenti il 59,7%, Chersano il 60,4%, Montona il 60,7%, Barbana il 63,3%, Casteliere-Labinci il 66,1%, Arsa il 66,6%, Grisignano il 67,6%, Canfanaro il 71,1%, Sveta Nedjelja il 71,9%.

2.5 Risorse sanitarie e servizi

2.5.1 PERSONALE NELLA SANITÀ

Secondo i dati dell'Ente croato per la sanità pubblica, nel settore della sanità erano occupati a tempo indeterminato 2.113 dipendenti sanitari e collaboratori.

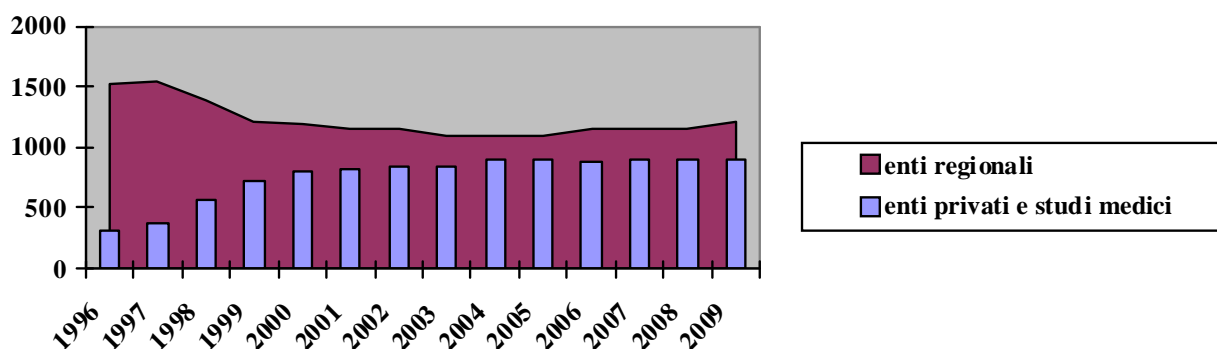


Foto 2.5.1.1 Dipendenti sanitari presso gli enti regionali, enti privati e studi medici nella Regione istriana dall'anno 1996 – 2009 (situazione in data 31/12)

Il numero di abitanti per medico nella Regione istriana stava aumentando e nell'anno 2009 era maggiore dell'11,2% rispetto all'anno 2001, il che significa che la situazione **stava peggiorando**. Dall'altra parte, stava diminuendo il numero di abitanti per farmacista (-13,9%) e stomatologo (-9,1%), il che significa che la situazione **stava migliorando**. Pure, il numero di abitanti per medico e stomatologo rispetto al livello statale, era sfavorevole (maggiore).

Tabella 2.5.1.1 Numero di abitanti (censimento anno 2001) su un dipendente sanitario (preparazione professionale universitaria) in rapporto di lavoro stabile presso gli enti sanitari pubblici e privati anno 2001- 2009

Anno	Medici		Farmacisti		Stomatologi	
	Istria	Repubblica di Croazia	Istria	Repubblica di Croazia	Istria	Repubblica di Croazia
2001.	445	420	2449	1985	1225	1506
2002.	443	419	2457	1939	1243	1501
2003.	457	410	2516	1890	1207	1469
2004.	449	400	2457	1838	1186	1416
2005.	458	400	2548	1789	1121	1402
2006.	458	400	2372	1789	1146	1402
2007.	478	376	2195	1702	1109	1359
2008.	473	376	2195	1481	1098	1361
2009.	495	375	2108	1660	1114	1373

La maggior parte di dipendenti sanitari con preparazione professionale universitaria, avevano l'età di 45-54 anni e (210 - il 42,60%), poi l'età più di 55 anni (142 – il 28,80%) e l'età di 35-44 anni (117 - il 23,73%). Da 5 a 11 dipendenti sanitari con preparazione professionale universitaria e l'età di 55 e più anni, erano occupati presso l'Ospedale di Rovigno, presso l'Ospedale di Pola 1/3 e ¼ e più erano occupati presso la protezione sanitaria primaria.

Tabella 2.5.1.2 Dipendenti sanitari con preparazione professionale universitaria (rapporto contrattuale con il HZZO e HZZOZZR) secondo l'età e sesso (situazione in data 31 12 2009)

	30-34 anni		35-44 anni		45-54 anni		55 e più anni		TOTALE	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Medici nella protezione sanitaria primaria	1	6	4	27	19	68	20	36	44	137
Stomatologi	3	4	11	17	9	30	2	10	25	61
Dipl.ing.med.biochimica	-	-	-	-	1	1	-	3	1	4
Mr. Pharm.	-	4	-	12	2	21	-	13	2	50
Protez.sanit.primaria TOTALE	4	14	15	56	31	120	22	62	72	252
Ospedale pubblico di Pola totale	-	-	17	28	32	27	22	31	71	87
Ospedale totale	1	4	1	-	-	-	4	1	6	5
COMPLESSIVAMENTE	5	18	33	84	63	147	48	94	149	344
%	3,36	5,23	22,15	24,42	42,28	42,73	32,21	27,33	100,00	100,00

fonte: Ente croato per la sanità pubblica, Registro del personale

Secondo i dati dell'Ente croato per l'occupazione-Servizio territoriale di Pola, il numero di dipendenti sanitari disoccupati stava sempre diminuendo e nell'anno 2009 c'erano 91 disoccupati, il che significa una diminuzione del 66,8% rispetto all'anno 2001. Soltanto 12 dipendenti sanitari con preparazione professionale universitaria, erano disoccupati.

Tabella 2.5.1.3 Dipendenti sanitari disoccupati presso l'Ente croato per l'occupazione – Servizio territoriale di Pola nella Regione istriana dall'anno 2001 al 2009

	TOTALE	DOTT.MED.	STOMATOLOGI	MR.PHARM.	ALTRI PREP.PROF.UNIVERSIT.	ALTRI (PREP.PROF.SUPERIORE, MEDIA SUPERIORE E ELEMENTARE)
2001	274	38	6	2	-	228
2002	172	29	4	1	6	132
2003	104	13	3	1	7	80
2004	126	17	3	2	4	100
2005	109	12	3	1	8	85
2006	92	5	4	2	2	79
2007	82	5	2	1	-	74
2008	63	8	5	1	-	49
2009	91	5	6	1	-	79

fonte: Ente croato per l'occupazione-Servizio territoriale di Pola

Dai dati visibili risulta il problema di mancanza del personale sanitario anche in Istria.

Nella Regione istriana nel settore della sanità lavoravano 1038 dipendenti e collaboratori con **preparazione professionale media superiore** e 305 con preparazione professionale superiore, in totale 1343. Il maggior numero (952, ossia il 70,9%) erano infermiere. Nel Registro del personale del HZJZ erano evidenziate 799 (l'83,9%) infermiere con preparazione professionale media superiore e 153 (il 16,1%) con preparazione professionale superiore. Non era evidenziata nessuna infermiera con preparazione professionale universitaria.

2.5.2 ISTITUZIONI, SOCIETÀ COMMERCIALI, STUDI MEDICI

Secondo i dati dell'Ente croato per la sanità pubblica nella Regione istriana svolgono l'attività:

- **5 enti sanitari pubblici:** Ospedale pubblico di Pola, Ospedale per l'ortopedia e riabilitazione "Prim.dott. Martin Horvat" di Rovigno, Ente per la sanità pubblica della Regione istriana di Pola, Case di salute istriane di Pola, Farmacie istriane di Pola
- **27 enti sanitari privati:** 7 farmacie, 5 stomatologie, 4 cure sanitarie in casa, 2 emodialisi, 1 sanatorio e gli 8 rimanenti policlinici
- **10 società commerciali** per lo svolgimento dell'attività sanitaria, di ciò 8 stomatologie
- **435 unità della pratica privata** (di ciò 176 pratiche private mediche, 157 stomatologie e 102 altri).

2.5.3 RETE DEL SERVIZIO PUBBLICO SANITARIO

2.5.3.1 Protezione sanitaria primaria

In base ai criteri stabiliti per legge, il ministro della sanità e previdenza sociale ha emanato la rete del servizio sanitario pubblico nella Regione istriana (*Rete del servizio sanitario pubblico GP 98/09, 14/10 e 81/10; Rete dei soggetti contrattuali della medicina del lavoro GP 142/08; Regolamento sugli standard e norme del diritto alla protezione sanitaria dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie GP 6/11*). Nell'ambito della **rete al livello dell'attività sanitaria primaria**, è stato stabilito il seguente:

- 1) 119 equipaggi nell'attività di medicina **generale/familiare**
- 2) 12 equipaggi nell'attività di protezione sanitaria dei **bambini prescolastici**
- 3) 105 equipaggi nell'attività di protezione sanitaria **stomatologica**
- 4) 16 equipaggi nell'attività di protezione sanitaria delle **donne**
- 5) 43 infermiere di assistenza domiciliare nell'attività di **assistenza domiciliare**

- 6) 23 equipaggi di **trasporto sanitario** nell'attività di trasporto sanitario (1 equipaggio sanitario su 10000 abitanti)
- 7) 8 laboratori medicinale-biochimici nell'attività di diagnostica del **laboratorio**
- 8) 57 infermiere nell'attività di **cura** sanitaria dei malati in casa
- 9) 5 equipaggi nell'attività **igienico-epidemiologica**; 8 equipaggi nell'attività di misure preventivo-educative per la protezione sanitaria dei bambini scolastici e studenti; 1 equipaggio nella sanità pubblica e 1 equipaggio nell'attività di protezione sanitaria della salute mentale, 3 equipaggi nella prevenzione e cura extraospedaliera dell'abuso di stupefacenti
- 10) soggetti contrattuali nell'attività di **medicina del lavoro**: 11 medici di medicina del lavoro; 2 psicologi; 2 soggetti nel settore della diagnostica medicinale-biochimica, radiologia, otorinolaringologia, oftalmologia, neurologia, psichiatria, medicina interna e medicina fisica e riabilitazione.

La rete di equipaggi nella **medicina d'urgenza** stabilisce il numero, la composizione e disposizione degli equipaggi per il territorio della Repubblica di Croazia.

MZSS ha presentato la proposta di Rete della medicina d'urgenza per il territorio della Regione istriana che comprende: sette punti dell'Equipaggio 1 - Pola (2), Umago, Pisino, Parenzo, Rovigno, Pinguente; un punto turni - Albona; unità notifiche e informazioni - 2 ms-mt / 24 ore.

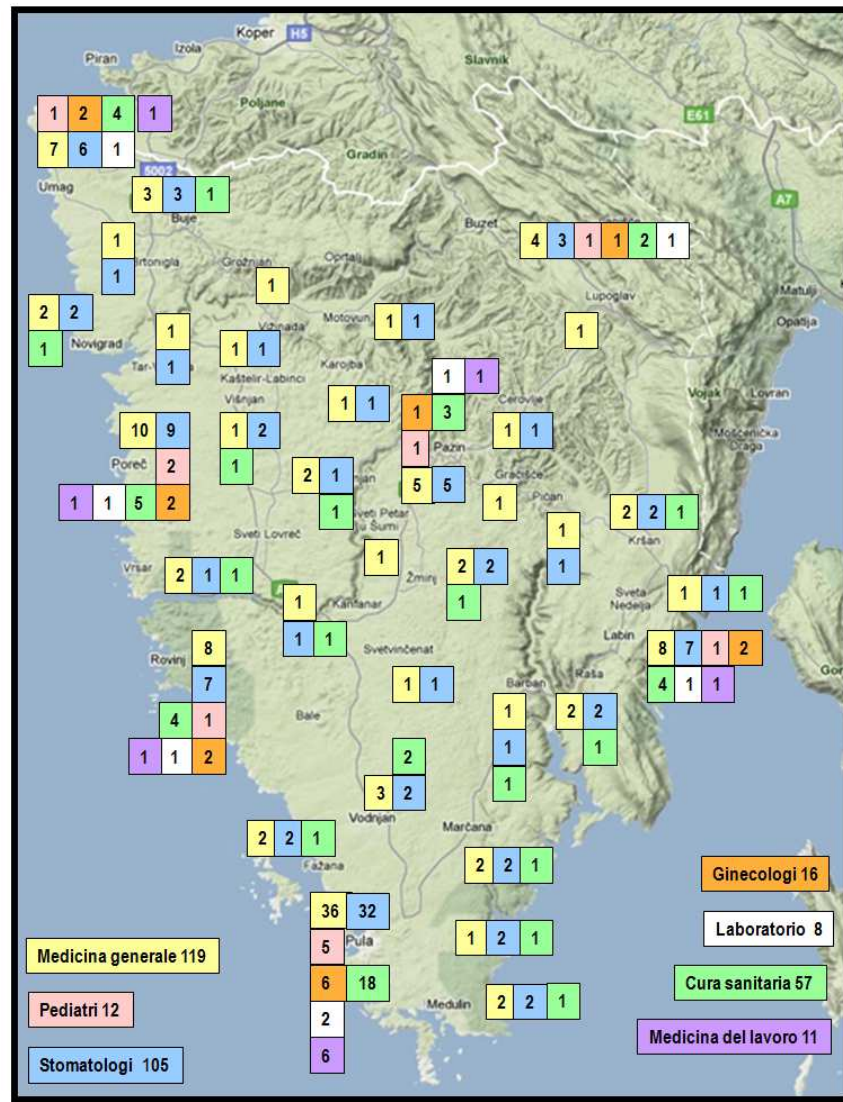


Foto 2.5.3.1 Rete del servizio sanitario pubblico al livello dell'attività sanitaria primaria nella RI

2.5.3.2 Protezione sanitaria secondaria

Nell'ambito della rete del servizio sanitario pubblico nella Regione istriana nel settore della **protezione sanitaria secondaria** (*Rete del servizio sanitario pubblico*), è stato stabilito il seguente:

- 1) Il numero di equipaggi **specialistico-consultivi e diagnostici** secondo lo standard stabilito, ammonta a: medicina interna 11, malattie infettive 1, oncologia 2, pediatria 3, neurologia 3, psichiatria 7, dermatologia i venerologia 3, medicina fisica e riabilitazione 6, chirurgia 4, urologia 2, ortopedia 3, ginecologia i ostetricia 4, otorinolaringologia 4, oftalmologia 6, anesthesiologia 1, radiologia 7, medicina trasfusionale 2, microbiologia medicinale con parassitologia 3, medicina nucleare 1, citologia clinica 3, biochimica medicinale 3, diagnostica patoistologica 1, arte protesica stomatologica 1, chirurgia orale 1 e ortodonzia 5.
- 2) **Terapia fisica** a domicilio del malato secondo lo standard stabilito 14 fisioterapisti.

Il numero di **letti** per i malati affetti da malattie **acute**: 585 letti / 2,7 letti su 1000 abitanti

- a) Ospedale pubblico di Pola 506 letti
- b) Ambulatorio IDZ Albona 12 letti + 13 fuori rete
- c) Ambulatorio IDZ Pazin 12 letti + 13 fuori rete
- d) Ambulatorio IDZ Umag 12 letti + 17 fuori rete

Il numero di **letti** per i malati affetti da malattie **croniche**: 271 letti / 1,3 letti su 1000 abitanti

- a) Ospedale di Rovigno 36 letti + 235 fuori rete

2.5.3.3 Enti sanitari

L'attività sanitaria al livello di enti sanitari nella Regione istriana, tranne l'Ente per la sanità pubblica della Regione istriana e Ente per la medicina d'urgenza della Regione istriana, il cui procedimento di fondazione è in corso, per *Rete del servizio sanitario pubblico*, comprende anche il seguente:

- 1) rete dell'attività trasfusionale per il sangue e componenti del sangue: un'unità per estrazione del sangue, una per la lavorazione del sangue e un'unità trasfusionale ospedaliera
- 2) rete dell'attività di trapianto per gli organi e tessuti: un ente per l'estrazione degli organi e tessuti.

2.5.3.4 Concessioni e completamento della rete nella protezione sanitaria primaria

Conformemente alla *Legge sulla protezione sanitaria*, la Regione istriana ha attuato il procedimento relativo alle concessioni per il servizio sanitario pubblico al livello primario dell'attività sanitaria. In base ai contratti firmati tra il presidente della Regione istriana e i concessionari, il ministero competente ha rilasciato ai concessionari il decreto sull'inizio del lavoro in base alla concessione, in data 1 gennaio 2011. Finito il primo giro del procedimento, alcuni posti pianificati nella *Rete del servizio sanitario pubblico*, sono rimasti incompleti (sia per motivi di non aver ricevuto l'offerta sia per motivi di aver ricevuto un'offerta non accettabile) – vedi foto 2.5.3.4.

Per assicurare l'accessibilità della protezione sanitaria, il presidente della Regione istriana in data 29 dicembre 2010 ha pubblicato una nuova informazione sull'intenzione di dare le concessioni per i posti nella Rete del servizio sanitario pubblico per i quali l'ente sanitario Case di salute istriane non ha mostrato interesse: 3 posti nella medicina familiare (Pola 2, Medolino), 2 posti nella stomatologia (Pola) e 1 posto nella cura sanitaria a domicilio (Chersano). Il procedimento è in corso.

2.5.3.5 Completamento della rete nella protezione sanitaria secondaria

Secondo i dati del HZZO, la rete del servizio sanitario pubblico nell'anno 2010 per quello che riguarda l'attività specialistico-consultiva e diagnostica, **non era completa**: medicina interna (2,28 equipaggi), radioterapia e

oncologia (2 equipaggi), dermatologia e venerologia (0,3 equipaggi), neurologia (1,68), psichiatria (3 equipaggi), chirurgia generale (0,96 equipaggi), urologia (1,51 equipaggi), otorinolaringologia (0,10), ginecologia e ostetricia (2,70 equipaggi), medicina nucleare (0,12 equipaggi), ortodonzia(2 equipaggi). Nella chirurgia orale e arte protesica stomatologica mancava in ognuna 1 equipaggio – per queste attività non è stato concordato nessun equipaggio nella Regione istriana.

Sopra lo standard sono stati concordati gli equipaggi per: malattie infettive (0,50), pediatria (0,13), medicina fisica e riabilitazione (1,89), ortopedia (1,55), oftalmologia (1,10), anestesiologia (0,40), radiologia (6,61), medicina trasfusionale (1,00), microbiologia medicinale con parassitologia (2,00), citologia clinica (0,31), biochimica medicinale (2,00), diagnostica patoistologica (1,00). Altrettanto, anche se non previsto per rete, la neurochirurgia (0,30) è stata concordata sopra lo standard.

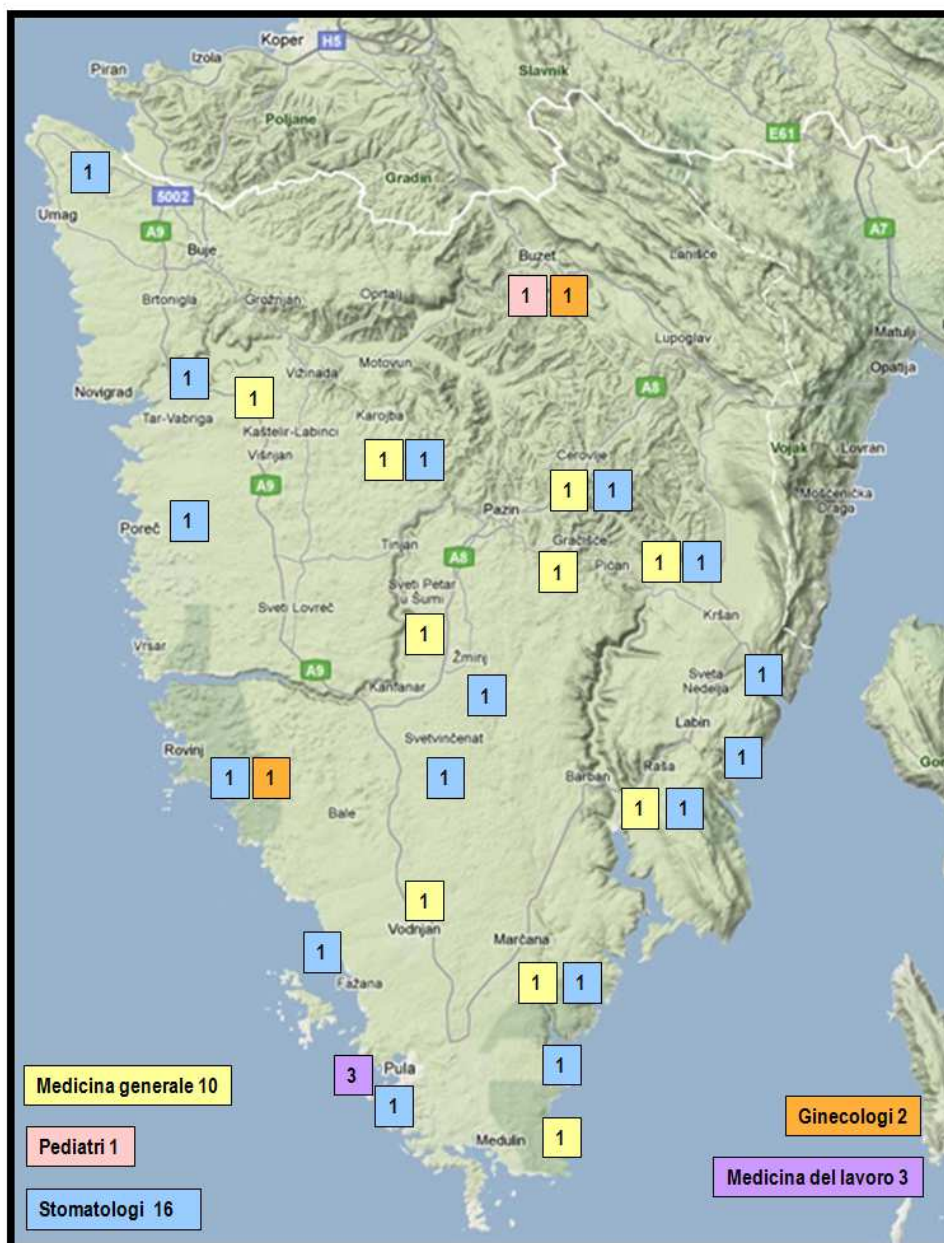


Foto 2.5.3.4 Posti liberi nell'ambito della rete del servizio sanitario pubblico al livello dell'attività sanitaria primaria nella RI in data 1 gennaio 2011

2.5.4 SERVIZI NELL'ATTIVITÀ SANITARIA

2.5.4.1. Servizi nella protezione sanitaria primaria e specialistico-consulativa

I dati dell'Ente per la sanità pubblica della Regione istriana sui servizi prestati nella protezione sanitaria primaria e specialistico-consulativa nell'anno 2009, vengono presentati nella tabella 2.5.4.1.

Tabella 2.5.4.1 Servizi nella protezione sanitaria primaria e specialistico-consulativa nell'anno 2009

	Medicina generale + pediatria	Medicina scolastica	Stomatologia	Ginecologia	Medicina del lavoro	Servizio di visita a domicilio	Cura sanitari a domicilio	Pronto soccorso	Specialisti
Numero di visite ** HZZO + senza HZZO	1.503.535 1.488.335 + 15.200		290.084 212.459 + 77.625	86.273 81.076 + 5.197					266.052 190.237 + 75.815
Numero di visite HZZO + senza HZZO	815.030 803.056 + 11.974			55.075 50.497 + 4.578				88.125	
Numero di visite a domicilio HZZO + senza HZZO	20.775 20.297 + 478					62.618	102.169		
Numero di visite a domicilio HZZO + senza HZZO	19.385 18.926 + 459							8.816	
Visite preventive HZZO + senza HZZO	45.978	7.028	32.808 28.059 + 4.749	55.921 53.331 + 2.590	18.076				
Educazione sanitaria		11.123							
Numero di visite sul terreno								2.024	
Numero di trasporti autoambulanza								21.731	

* Il pronto soccorso include i turni dei presenti equipaggi nella rete o fuori rete

** il HZZO + senza il HZZO: studi medici che hanno firmato il contratto con il HHZO + studi medici senza il contratto con il HZZO

- Negli studi medici di **protezione sanitaria primaria** che hanno firmato il contratto con il HZZO, era realizzato il seguente, rispetto alla Repubblica di Croazia:
 - a) simile numero di visite e controlli nello studio medico su 1 persona come in Repubblica di Croazia (RI 7,0 visite, RC 6,4 visite; RI 3,8 visite, RC 3,8 visite); il maggior numero di visite e controlli su 1 persona erano quelli alle persone all'età di 65 anni e più (11,9 visite e 5,8 visite) e all'età di 0-6 anni (9,2 visite e 6,8 controlli),

b) maggior numero di visite e controlli a domicilio su 100 persone (RI 9,54 visite, RC 8,46; RI 8,90 controlli, RC 7,25); le visite e controlli a domicilio più di tutto si facevano alle persone anziane (38,61 visite e 36,77 controlli su 100 persone)

c) simile numero di visite mediche preventive su 1 lattante (RI 4,7; RC 4,2), ossia su 1 bambino prescolastico (RI 0,7, RC 1,1)

- Rispetto alla RC un numero inferiore erano i bambini dall'età di 0-6 anni sotto cura dei **pediatri** (RI 75,8%, RC 82%),
- Negli studi medici di protezione sanitaria primaria per quello che riguarda la **protezione preventiva**, erano evidenziati:
 - a)** adulti (20-64 anni): 1,82 di visite preventive su 100 persone in cura, 6,2 misurazioni della pressione, 3,6 peso corporeo, circa 2 controlli del seno, 0,6 controlli digito rettali;
 - b)** persone anziane (65 e più anni) 4,05 visite preventive su 100 persone in cura, 13,6 misurazioni della pressione, 6,5 peso corporeo, circa 4 controlli del seno, 1,4 controlli digito rettali.
- Nell'anno 2009 erano fatte 810 **visite preventive** di persone assicurate **più vecchie di 50 anni** che al minimo 2 anni non avevano contattato il loro dottore di medicina generale/familiare (tasso: donne 11,2/1000 e maschi 12,1/1000) (RC D 5,07; M 6,12). Rispetto alla RC, una maggior parte della popolazione all'età di 50 a 80 anni, non aveva contattato regolarmente il loro dottore di medicina generale/familiare (RI 27,9% RC 22,2%), compresa nell'attuazione presente del Programma (anno 2004-2009). (Valutazione HZJZ).
- Su 1000 **donne all'età fertile** erano eseguiti 715,3 controlli preventivi (RC 416,4) e 378,0 controlli preventivi del seno (RC 108,2); erano presi 567,6 campioni per il PAPA (RC 414,0). All'11,4% di donne all'età fertile erano prescritti contraccettivi (RC 7,5%).
- Gli equipaggi di medicina scolastica dell'Ente per la sanità pubblica della RI avevano realizzato 7.028 controlli sistematici e 1.203 visite di controllo, 6.456 esami di laboratorio e 19.160 visite con disposizione fissa di alunni delle scuole elementari e medie superiori. I controlli sistematici nelle scuole elementari, rispetto al pianificato, erano eseguiti il 97,9%, mentre nelle scuole medie superiori l' 80,5%.
- Rispetto alla RC, erano più frequenti le visite agli **stomatologi** senza contratto con il HZZO (RI il 26,8%, RC il 12,8%). Dagli stomatologi senza contratto con il HZZO il 78,1% era il lavoro delle protesi, il 57,0% piombature, il 47,2% estrazioni dei denti, il 16,9% visite sistematiche, il 15,9% cura dei tessuti sottili. C'era un gran numero di stomatologi privati senza contratto: il 5,2% di stomatologi con contratto in RC, lavoravano nella Regione istriana, mentre il 17,5% di stomatologi senza contratto, privati – rispetto alla RC su 1 stomatologo con contratto c'erano molti stomatologi senza contratto (proporzione RI 1:1,23, RC 1:0,36). Gli studi medici privati, senza contratto, prestavano servizi sul mercato alla popolazione domestica e agli stranieri – il turismo sanitario è sviluppato. Rispetto alla RC, i stomatologi con contratto avevano effettuato un simile numero di visite su 1 persona in cura (RI 1,02, RC 1,12).
- Rispetto alla RC, gli studi medici di **medicina del lavoro** avevano effettuato un simile numero di visite preventive su 1000 dipendenti (RI 173,0, RC 174,0), ossia visite periodiche di dipendenti sui posti di lavoro con speciali condizioni di lavoro su 1000 dipendenti (RI 89,2, RC 88,9).
- Rispetto alla RC, **l'assistenza domiciliare** aveva effettuato un simile numero di visite su 100 abitanti (RI 29,13, RC 29,76), mentre la **cura sanitaria in casa** aveva svolto più visite su 100 persone in cura nella protezione sanitaria primaria (RI 48,04, RC 37,97). Il 60,12% di visite dell'assistenza domiciliare erano visite ai malati cronici (al fine di istruire e mostrare alcuni procedimenti di autocontrollo e prevenzione delle complicazioni della malattia cronica basilare, nonché di attuare i procedimenti terapeutici con persone poco mobili o immobili, in accordo con il loro dottore); il 29,98% donne gravide, partorienti, neonati e lattanti, il 9,92% altro (altre donne e bambini, scuola, condizioni sociali e igieniche e altro).
- Gli equipaggi del **pronto soccorso** nella Regione istriana formavano l'8,35% di equipaggi in RC, mentre nello stesso tempo gli interventi eseguiti nel totale eseguito in RC, variava: l'8,14% di interventi nello studio medico, in media il 4,73% in casa, il 4,15% trasporto sanitario, mentre soltanto il 2,61% sul terreno.
- Rispetto alla RC, era simile la proporzione di avvio alla **visita specialistica** nella medicina generale (RI 1:2,45, RC 1:2,25). Le visite specialistiche si svolgevano anche negli studi medici con contratto fuori regione e studi medici privati senza contratto. Perciò rispetto alla RC nella RI era effettuato il maggior numero di visite nella medicina generale su 1 visita specialistica (la proporzione delle visite specialistiche negli studi medici con contratto, che svolgevano l'attività nella Regione istriana, e visite

nella medicina generala - RI 1:3,8, RC 1:1,9). Soltanto il 2,42% di visite specialistiche negli studi medici con contratto in RC, si eseguivano nella Regione istriana. Rispetto alla RC, il maggior numero di visite specialistiche era effettuato negli studi medici senza contratto (RI 28,50%, RC 7,68%).

- Il maggior numero di visite specialistiche negli studi medici privati senza contratto, rispetto al numero totale di visite, erano visite nella medicina interna (il 51,5%), psichiatria (il 32,2%), fisiatria (il 27,3%), oftalmologia (il 22,5%), otorinolaringologia (il 19,2%), dermatovenerologia (il 18,2%) e neurologia (il 13,1%).

2.5.4.2. Ospedalizzazione

	Numero di ospedalizzazioni	Durata media della cura medica per 1 ospedalizzazione	Utilizzazione	Utilizzazione emodialisi
Ospedale pubblico di Pola	* 22.787 sistemazione ambulatoriale (di ciò 3.029 parti e aborti) * 19.758 ospedale diurno (di ciò 16.944 emodialisi)	6,9 giorni (da 2,8 giorni malattie dell'occhio fino a 12,2 psichiatria)	85,8%	70,5%
Ambulatorio Albona	* 411 ospedalizzazioni * 3.370 emodialisi	21,2 giorni	96,0%	78,4%
Ambulatorio Pisino	* 398 ospedalizzazioni	19,4 giorni	84,0%	
Ambulatorio Umago	* 527 ospedalizzazioni * 4.102 emodialisi	17,3 giorni	85,9%	89,7%
Totale cura medica di malati acuti	* 24.110 ospedalizzazioni * 19.758 ospedale diurno * 24.496 emodialisi	7,6 giorni	84,3 %	74,2%
RC acuto		7,36 giorni	85,98%	
Ospedale di Rovigno -malati cronici	* 2.401 ospedalizzazioni	17,5 giorni	42,4%	
RC cronico		28,3 giorni	81,11%	

Tabella 2.5.4.2 Ospedalizzazioni nel corso dell'anno 2009

- Il numero di ospedalizzazioni su 1000 abitanti nella RI ammontava a 123,3, mentre in Repubblica di Croazia 167,4.

2.5.4.3. Numero di abitanti che gravitano verso gli enti ambulatoriali

Secondo i dati dell'Ente croato per la sanità pubblica gli abitanti della Regione istriana nell'anno 2009 per lo più erano ospedalizzati nell'Ospedale pubblico di Pola (il 61,1%), KBC di Fiume (20,2%), ambulatori della Case di salute istriane (il 4,4%). Il numero totale di ospedalizzazioni non include i parti, gli aborti e la riabilitazione ospedaliera.

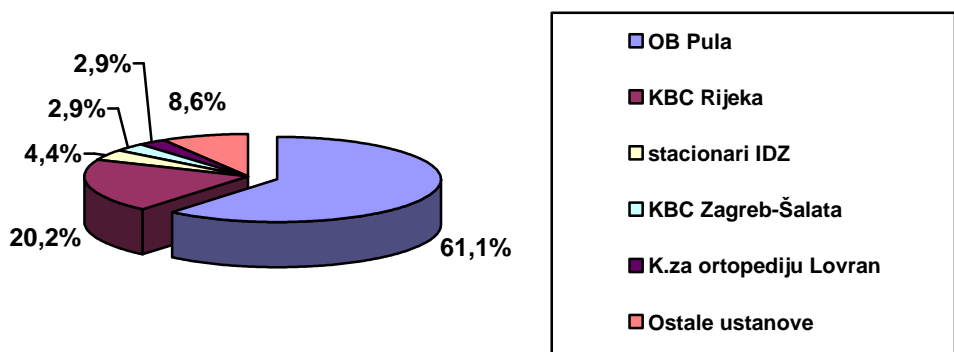


Foto 2.5.4.3. Pazienti della RI che gravitavano verso gli enti ambulatoriali nell'anno 2009

2.5.4.4. Consumo di farmaci (secondo l'Agenzia per i farmaci e prodotti medicinali -HALMED)

Nell'anno 2009 il consumo extraospedaliero aveva evidenziato 740,29 dosi diurne definite (DDD)/1000 abitanti/giorno (RC 856,25); le più frequenti DDD/1000/giorno erano le seguenti:

- preparati che influiscono sul sistema cardiovascolare 291,50 (RC 324,25)
- preparati che influiscono sulla sangue e organi emopoietici108,77 (RC 103,54)
- preparati che influiscono sul sistema nervoso94,95 (RC 138,00)
- farmaci che influiscono sul sistema digestivo e metabolismo86,51 (RC 102,03)
- preparati che influiscono sul sistema respiratorio39,31 (RC 45,66)
- preparati che influiscono sul sistema muscolare-osseo37,44 (RC 50,77)
- preparati che influiscono sul sistema urogenitale e ormoni sessuali24,95 (RC 33,19)
- preparato per la cura delle infezioni sistematiche23,78 (RC 22,99)
- preparati sistematici ormonali, salvo che gli ormoni sessuali18,41 (RC 18,70)

2.5.4.5. Programmi di prevenzione nazionali

Nel primo ciclo che si riferisce al **Programma nazionale di individuazione in tempo del cancro al seno** (terminato in agosto 2009), circa 35.000 donne all'età di 50-69 anni erano invitate e il 71,92% avevano fatto il controllo mammografico. È augurabile che il controllo mammografico copra più di 80%, ed è accettabile più di 60%. Nel primo ciclo il cancro era individuato da 78 donne.

Dall'anno 2005 per mezzo di **Programma regionale**, alla mammografia erano invitate donne di certa età - dall'anno 2005 al 2010 erano invitate 11.000 donne nate nel periodo dall'anno 1959 – 1964 e il 51,18% erano controllate. Il cancro era diagnosticato da 11 donne.

Nell'anno 2008 e 2009 per mezzo di **Programma nazionale di individuazione in tempo del cancro all'intestino crasso**, il 19,3% di persone avevano controllato la sangue invisibile nelle feci. Il 9,7% di persone erano positive, il 76,3% avevano fatto il controllo di colonoscopia. Il 76,9% di persone avevano il reperto patologico (polipi, emorroidi, diverticoli, cancro ecc.)

2.5.4.6. Utilizzazione della protezione sanitaria e problemi

Tabella 2.5.4.6. Problemi relativi all'utilizzazione della protezione sanitaria – risultati della ricerca HZA 2003 tra i pazienti che hanno usufruito di una specie di protezione sanitaria nel corso dell'anno precedente

	Lunga attesa	Distanza	Spese finanziarie	Scortesie del personale
Medico familiare	10,0%	0,8%	0,1%	0,6%
Specialista	15,5%	14,0%	9,8%	2,9%

Stomatologo	4,9%	0,4%	0,7%	0,1%
Ginecologo	3,5%	2,7%	0,9%	0,7%
Ospedale	3,0%	17,6%	9,2%	0,7%

2.6 Influsso dell'ambiente sulla salute della popolazione

2.6.1 CONTROLLO DELLA CORRETTEZZA SANITARIA DELL'ACQUA POTABILE

Circa il 97% della popolazione sono collegati con il **sistema di rifornimento idrico pubblico** (non sono inclusi alcuni abitati e casali della città di Pisino, del comune di Cerovlje e Lanišće). Per quello che concerne il **controllo sanitario** dell'acqua potabile dagli acquedotti pubblici, nel laboratorio dell'Ente per la sanità pubblica della Regione istriana vengono annualmente analizzati più di 1.500 campioni rispetto ai parametri chimici e microbiologici. Nell'anno 2009 soltanto lo 0,5% di campioni non erano al livello dello standard prescritto della Croazia.

L'Ente analizza anche la correttezza sanitaria dell'acqua dagli **altri oggetti di rifornimento idrico pubblici** (piccoli acquedotti: Brest, Draguč, Pagubice, Paz, Podgaće, Cesari, Gržani, Kaščerga, Petehi e Ukotiči). Nel 95,9% di campioni analizzati da tali oggetti, erano presenti inquinamenti microbiologici per non intraprese misure tecniche nel senso di rifacimento (condizionamento) dell'acqua e manutenzione degli oggetti di rifornimento idrico.

2.6.2 CONTROLLO DELLA CORRETTEZZA SANITARIA E DELLA QUALITÀ DELL'ALIMENTAZIONE

- 1) Nell'anno 2009 l'Ente per la sanità pubblica della Regione istriana aveva analizzato 1777 campioni di cibo rispetto ai **parametri chimici** - lo 0,2% di campioni analizzati non erano conformi agli standard di correttezza chimica.
- 2) Nell'anno 2009 erano analizzati 2595 campioni di cibo rispetto ai **parametri microbiologici** – il 3,8% di campioni analizzati non erano conformi agli standard di correttezza microbiologica – più di tutto quando si trattava di gelati e dolci (il 7,6% non corretti).
- 3) Nel corso del 2009 la maggior parte di soggetti nel settore dell'educazione prescolastica e scolastica, nell'attività alberghiera e nel turismo, nella produzione e distribuzione del cibo, erano nel processo di introduzione, oppure avevano già introdotto il **sistema HACCP**. L'introduzione del sistema e la rimozione delle mancanze sanitario-tecniche significano una migliore sicurezza del cibo e tutela del consumatore.
- 4) Attraverso un continuo controllo degli organi dell'amministrazione statale e il **monitoraggio del cibo** (mercato verde, pescheria, macelleria, oggetti di alimentazione pubblica, mercato al minuto nei supermercati) da parte delle unità dell'autogoverno locale, ossia dell'Ente per la sanità pubblica della Regione istriana, possiamo essere informati della correttezza sanitaria del cibo.
- 5) **Il Programma di incremento dell'alimentazione** si svolge in tutti gli **enti prescolastici**; l'alimentazione è diversa e conforme alle raccomandazioni e principi di alimentazione mediterranea.

2.6.3 NUMERO DI EPIDEMIE E CASI DI MALATTIE INFETTIVE

Rispetto alle malattie infettive, la Regione istriana (e la Repubblica di Croazia) entra nei paesi di piccolo rischio.

Le malattie contro le quali si fa la **vaccinazione** sistematica, sono molto rare o non esistono affatto. Il programma di vaccinazione e l'alto grado di vaccinazione in Repubblica di Croazia e Regione istriana, sono i più efficaci interventi sanitari nel paese, siccome hanno eliminato completamente la paralisi infantile e difterite, nonché il tetano infantile, e la morbilità dalle altre malattie contro le quali si fa la vaccinazione, è stata ridotta del 95-99%. Anche le malattie intestinali, tipiche per lo standard basso di vita e igiene (tifo enterico, dissenteria ed epatite A),

sono state praticamente eliminate. Nel 2009 contro l'influenza erano vaccinate 26.270 persone e nello stesso anno 2.636 persone erano affette da influenza.

Le più frequenti **malattie infettive notificate** nel 2009, erano la varicella – malattia infantile contro la quale non si vaccina (il 35,7%), la tonsillite batterica e scarlattina (il 12,0%), l'enterocolite (il 10,8%), la polmonite (il 10,3%), la salmonellosi e l'erpate zoster (ciascuna il 6,9%).

Nel 2009 c'erano 7 **epidemie** con 151 malati (di ciò 104 malati si sono ammalati negli enti sanitari dal norovirus). La preparazione industriale del cibo è sicura, come pure il rifornimento idrico pubblico (nel 2009 non c'erano epidemie provocate da ciò).

La tubercolosi va diminuendo e nel 2009 era minima (19,87 su 100.000)

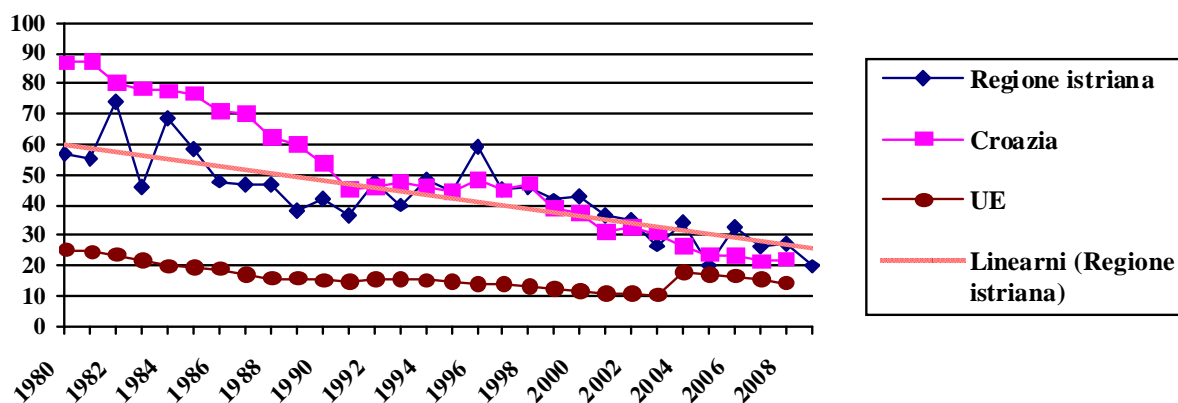


Foto 2.6.3. Andamento della tubercolosi di tutti gli organi (A15-A19) dall'anno 1980 al 2009 (su 100 000 abitanti)

Fonte: adattato secondo HFA Database, WHO Regional Office for Europe

Il rischio dell'infezione da **malattie classiche veneree infettive** (gonorrea e sifilide) era molto basso, mentre le altre malattie veneree infettive ristagnavano e non tendevano ad aumentare. Dall'anno 1986 al 2009 17 persone si erano ammalate e decedute di **AIDS**; queste persone per lo più appartenevano ai gruppi promiscui.

La meticillina resistente *Staphylococcus aureus* (**MRSA**) occupava 1/3 di tutti gli stafilococchi isolati dalla sangue del malato di batteriemia (lo stesso in RC).

2.6.4 ANALISI DELLA QUALITÀ DELL'ARIA

La qualità dell'aria nella Regione istriana si valuta secondo i cosiddetti valori suggeriti e di limitazione, identici o simili agli indirizzi dell'Organizzazione sanitaria mondiale per la qualità dell'aria e che danno la possibilità di categorizzare i territori (I, II e III categoria) rispetto al grado di inquinamento. La qualità dell'aria sui territori osservati nell'anno 2009, era di 1^a categoria (aria pura o poco inquinata), salvo che per alcuni parametri sui territori di AP Ripenda e S. Katarina (ozono), nonché Most Raša (nichelio nella totale formazione sedimentaria) dove era di 2^a categoria (aria moderatamente inquinata).

2.6.5 ACQUA PER LA RICREAZIONE - MARE E PISCINE

Nell'ambito del programma di analisi della **qualità del mare** per la balneazione durante la stagione 2009, erano analizzati 2029 campioni su 203 spiagge. In base ai criteri per la valutazione annua delle spiagge, su 190 spiagge (il 93,6%) il mare era di eccellente qualità, su 6 spiagge (il 3,0%) di buona qualità e soddisfacente e soltanto su 1 spiaggia (lo 0,5%) la qualità del mare era insoddisfacente (AC Stupice – a sud della penisola). A causa di abbondanti precipitazioni atmosferiche che in breve periodo di tempo avevano provocato il travaso delle acque di scarico fecali attraverso lo scarico di avaria in mare, era registrato un inquinamento inatteso. **L'acqua nelle piscine** viene analizzata in più di 200 piscine nel periodo di lavoro degli oggetti con le piscine, ogni 15

giorni. Per mancanza di regolazione legislativa, ossia mancanza di regolamenti sul livello nazionale, le analisi dell'acqua nelle piscine si accordano con i proprietari degli oggetti con le piscine, in base ai valori raccomandati accordati (WHO).

2.6.6 MISURAZIONE DEL RUMORE

La misurazione del rumore si svolge:

– nell'ambito dell'elaborazione degli studi rispetto agli influssi sull'ambiente di singoli oggetti e sorveglianza prescritta

– nell'ambito dell'esame per il rilascio del permesso di lavoro agli oggetti

– nell'ambito della valutazione del rischio sui singoli posti di lavoro

– su richiesta dei cittadini, ossia reclami per il rumore all'ispezione sanitaria.

Dal 2007 l'Ente per la sanità pubblica della RI è responsabile della descrizione, misurazione e accertamento del rumore nell'ambiente.

2.6.7 TRATTAMENTO DEL CASCAEME

L'**attività di trattamento del cascame** si svolge per mezzo di sette aziende comunali che gestiscono le discariche. Salvo che le scariche Lokva Vidotto Rovigno e Donji Picudo Umago, le altre discariche istriane non soddisfanno completamente le condizioni nazionali e dell'UE.

Sono state registrate e valorizzate 280 **discariche illegali** (superficie totale coperta con il cascame 300.000 m²) – quasi il 40% consta di cascame edile, il 30% cascame metallico, circa il 20% cascame comunale da economie domestiche, incluso imballaggio, abbigliamento e calzatura vecchi, nonché circa il 10% gomme e mobili vecchi.

La percentuale della raccolta organizzata del cascame comunale nella Regione istriana supera il 90% .

Il **cascame tecnologico** non pericoloso viene trattato per mezzo di raccoglitori e rifacitori autorizzati e documentazione prescritta per legge. Sul territorio della Regione istriana sono state registrate parecchie ditte che svolgono l'attività di **raccolta e rifacimento delle parti utili del cascame e cascame pericoloso**.

Altrettanto sono stati stipulati i contratti di concessione per lo svolgimento dell'attività di raccolta del **cascame d'imballaggio**.

2.6.8 DANNOSITÀ SUL POSTO DI LAVORO

2.6.8.1 Malattie professionali

Nel periodo dall'anno 1990 al 2009, era registrata 71 persona con malattia professionale.

Dal 2001 al 2009 erano registrate 27 **persone nuove**, (in media 3 all'anno), di ciò 19 di sesso maschile.

Le più frequenti diagnosi secondo la Lista di malattie professionali, sono state le seguenti:

- malattie provocate dalle vibrazioni (5)
- malattie provocate dal rumore (5)
- malattie infettive e parassitarie (4)

Le più frequenti attività delle malattie registrate, erano le seguenti:

- silvicoltura e tagliatura degli alberi (8)
- industria di rifacimento (4)
- industria della pesca (3)

2.6.8.2 Lesioni sul lavoro

Nell'anno 2009 erano evidenziate 1.247 persone con lesione sul lavoro (1.431,8/100.000), di cui 1.056 persone erano vittime esclusivamente sul posto di lavoro (1.212,5/100.000), 2 persone decedute (2,3/100.000). Tutti i tassi erano maggiori rispetto alla Repubblica di Croazia.

2.7 Finanziamento

2.7.1. ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA CONTRO LE MALATTIE – FINANZIAMENTO DAL BILANCIO DELLA REPUBBLICA DI CROAZIA

Nell'anno 2009 le uscite dell'Ufficio territoriale dell'ente HZZO a Pisino per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, ammontavano a 941.511.878,52 kn, di cui l'83,63% si riferiva alla protezione sanitaria e il 16,37% ai compensi. Le maggiori uscite si riferivano alla protezione sanitaria ospedaliera 369.423.877,03 kn, ossia il 39,24%, alle ricette mediche 165.222.826,12 kn, ossia il 17,55%, alla protezione sanitaria primaria 159.549.636,72 kn, ossia il 16,95%, ai compensi per la malattia o invalidità 62.041.001,15 kn, ossia il 6,59%, ai compensi puerperali – licenza puerperale obbligatoria 49.694.354,03 kn, ossia il 5,28%, agli altri compensi 37.066.542,95 kn, ossia il 3,94%, alla protezione sanitaria specialistico-consultiva (extraospedaliera) 34.617.400,47 kn, ossia il 3,68%, ai dispositivi ortopedici e accessori 26.443.341,11 kn, ossia il 2,81% e ai medicinali troppo cari 12.285.698,84 kn, ossia l'1,30%.

Tabella 2.7.1 Presentazione delle uscite – spese dell'Ufficio territoriale dell'ente HZZO a Pisino che si riferiscono all'assicurazione obbligatoria contro le malattie per l'anno 2009

N.ordinale	USCITE-SPESE	Assicurazione obbligatoria contro le malattie	%
1.	Protezione sanitaria primaria	159.549.636.72	16.95%
2.	Cura sanitaria in casa del malato	6.612.793.40	0.70%
3.	Individuazione delle malattie maligne in tempo	1.444.058.51	0.15%
4.	Medicinali dietro presentazione di ricetta medica	165.222.826.12	17.55%
5.	Dispositivi ortopedici e accessori	26.443.341.11	2.81%
6.	Protezione sanitaria ospedaliera	369.423.877.03	39.24%
7.	Medicinali troppo cari	12.285.698.84	1.30%
8.	Espiantazioni in ospedale	145.175.70	0.02%
9.	Trapianti in ospedale	3.912.743.83	0.42%
10.	Cardiologia d'intervento	1.020.610.87	0.11%
11.	Neurologia d'intervento	248.392.00	0.03%
12.	Medicina trasfusionale	1.436.653.37	0.15%
13.	Protezione sanitaria specialistico-consultiva (extraospedaliera)	34.617.400.47	3.68%
14.	Prevenzione dell'abuso di stupefacenti	1.444.998.29	0.15%
15.	Protezione sanitaria di persone con sconosciuta residenza	14.968.56	0.00%
16.	Programmi di incremento della protezione sanitaria	85.452.30	0.01%
17.	Protezione sanitaria di persone assicurate all'estero (residenza provvisoria)	3.448.717.50	0.37%
I	Totale protezione sanitaria (1 - 17)	787.357.344.62	83.63%
18.	Compensi per malattie e invalidità	62.041.001.15	6.59%
19.	Compensi puerperali – licenza puerperale obbligatoria	49.694.354.03	5.28%

20.	Compensi dei salari ai difensori croati	1.653.944,72	0,18%
21.	Altri compensi	37.066.542,95	3,94%
22.	Specializzazioni e tirocinio professionale di dipendenti sanitari	3.698.691,05	0,39%
II	Totale compensi (18 - 22)	154.154.533,90	16,37%
III	Complessivamente (I + II)	941.511.878,52	100,00%

Fonte: HZZO Ufficio territoriale di Pisino

2.7.2. FINANZIAMENTO DAL BILANCIO DELLA REGIONE ISTRIANA

2.7.2.1 Funzioni decentrate nella sanità e previdenza sociale

Nel Bilancio della Regione istriana si assicurano i mezzi finanziari per le funzioni decentrate nella sanità che si riferiscono alla manutenzione d'investimento e corrente, investimenti e informatizzazione degli enti sanitari, nonché funzioni decentrate nella previdenza sociale che si riferiscono al finanziamento dell'andamento degli affari delle case per anziani e disabili il cui fondatore è la Regione istriana, finanziamento delle uscite materiali e finanziarie dei centri di previdenza sociale, nonché sussidi per la copertura delle spese per il combustibile ai fruitori che si riscaldano a legna.

Tabella 2.7.2.1 Uscite per le funzioni decentrate dal Bilancio della RI dall'anno 2002 al 2010

Anno	Enti sanitari	Case per anziani e disabili	Centri di previdenza sociale	Sussidi correnti UAL per il combustibile	Totale
2002.	18.500.000,00	10.468.929,48	1.494.345,62	630.080,00	31.093.355,10
2003.	18.499.891,37	11.699.039,53	1.583.242,18	669.680,00	32.451.853,08
2004.	18.483.720,02	14.066.043,05	1.831.887,40	672.320,00	35.053.970,47
2005.	18.499.966,04	15.221.440,00	1.986.843,92	716.320,00	36.424.569,96
2006.	19.458.592,33	15.453.993,61	2.050.886,22	721.600,00	37.685.072,16
2007.	20.704.407,76	17.012.974,23	2.240.190,08	826.500,00	40.784.072,07
2008.	21.020.722,04	18.709.999,99	2.449.795,94	882.550,00	43.063.067,97
2009.	21.861.179,16	19.394.997,31	2.671.048,78	912.000,00	44.839.225,25
2010.	22.338.634,80	20.256.400,00	2.777.938,32	940.500,00	46.313.473,12
Totale	179.367.113,52	142.283.817,20	19.086.178,46	6.971.550,00	347.708.659,18

Nel periodo dall'anno 2002 al 2010, per le funzioni decentrate nel settore della sanità, nel Bilancio della Regione istriana erano assicurati mezzi all'ammontare di 179,4 milioni di kn, ossia in media 19,9 milioni di kn annue, mentre per le funzioni decentrate nel settore della previdenza sociale 168,3 milioni di kn, ossia in media 18,7 milioni di kn annue.

⇒ 2.7.2.2 Finanziamento sopra lo standard del decentramento e dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie

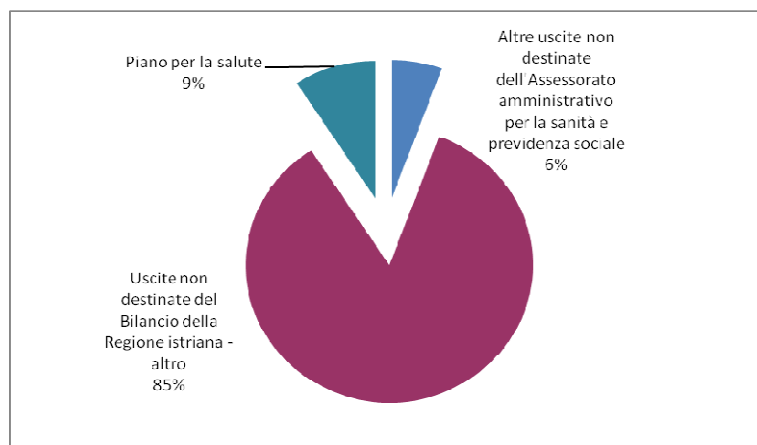
Nel Bilancio della Regione istriana si pianificano i mezzi finanziari con i quali si assicura alla popolazione uno standard maggiore di protezione sanitaria rispetto a quello che gli enti accordano con l'ente HZZO e specialmente per quello che riguarda l'introduzione di cinque priorità della sanità pubblica, stabilite per mezzo di Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana, il finanziamento dei gruppi di pronto soccorso, finanziamento dei gruppi aggiuntivi di protezione sanitaria primaria durante la stagione turistica, monitoring del lavoro degli enti sanitari e studi medici, nonché donazioni capitali e correnti agli enti per gli investimenti nell'ambiente, attrezzatura, perfezionamento professionale e sim.

Tabella 2.7.2.2 Uscite del Bilancio della RI per il Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana dall'anno 2002 al 2010

Anno	Cancro al seno	KVB	Abuso di stupefacenti e PUP	Persone anziane e disabili	Qualità dell'acqua	Totale
2002.	332.070,00	45.000,00	395.000,00	786.700,00	1.174.544,00	2.733.314,00
2003.	773.000,00	90.000,00	505.000,00	1.766.823,00	6.605.549,00	9.740.372,00
2004.	239.945,00	96.500,00	1.098.000,00	6.511.794,00	3.991.915,00	11.938.154,00
2005.	608.312,00	193.000,00	1.178.800,00	8.050.068,00	1.979.360,00	12.009.540,00
2006.	301.640,00	155.000,00	1.230.219,00	3.638.762,00	3.198.183,00	8.523.804,00
2007.	522.058,00	155.000,00	1.575.600,00	2.059.798,00	4.940.701,00	9.253.157,00
2008.	310.000,00	180.000,00	1.682.828,00	2.268.052,00	7.213.880,00	11.654.760,00
2009.	365.000,00	215.934,00	1.427.156,00	2.538.994,00	4.723.308,00	9.270.392,00
2010.	374.780,00	225.934,43	1.340.816,77	2.470.847,42	4.930.671,09	9.343.049,71
Totale	3.826.805,00	1.356.368,43	10.433.419,77	30.091.838,42	38.758.111,09	84.466.542,71

Per l'introduzione del Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana nel periodo dall'anno 2002 al 2010 dal Bilancio della Regione istriana (Assessorato amministrativo per la sanità e previdenza sociale e Assessorato amministrativo per lo sviluppo sostenibile) erano investiti 84,5 milioni di kn, ossia in media 9,3 milioni di kn annue, il che è il 9% delle totali uscite non destinate del Bilancio della Regione istriana.

Foto 2.7.2.2 Parte delle uscite per l'introduzione del Piano per la salute dei cittadini della RI e parte delle altre uscite non destinate dell'Assessorato amministrativo per la sanità e previdenza sociale nelle totali uscite non destinate del Bilancio della Regione istriana nel periodo dall'anno 2002 al 2010

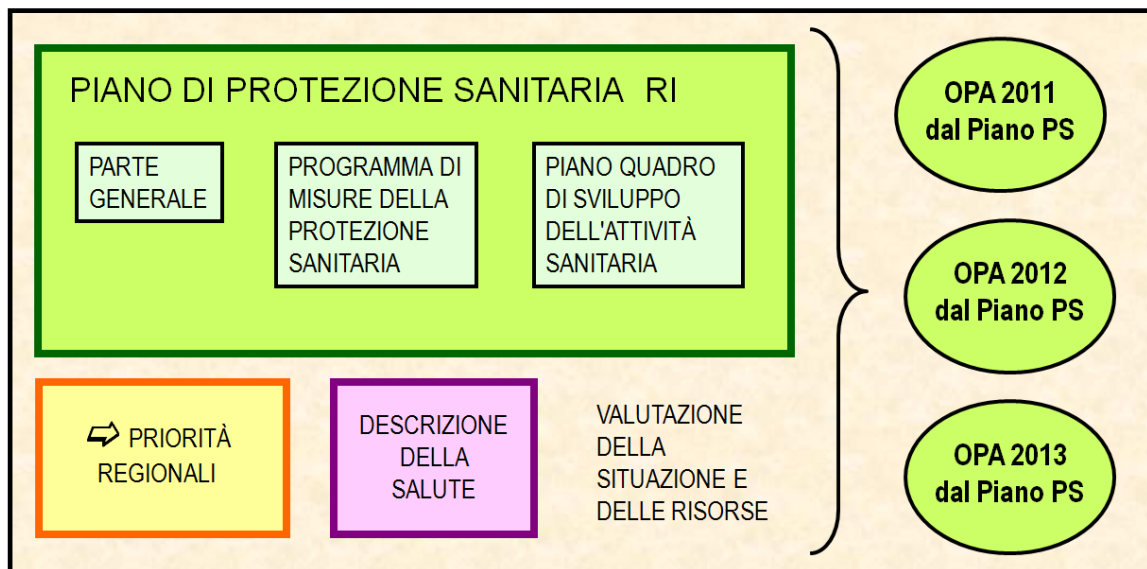


2.7.3. FINANZIAMENTO DAI BILANCI DELLE UNITÀ DELL'AUTOGOVERNO LOCALE E DALLE ALTRE FONTI

Le unità dell'autogoverno locale sul territorio della Regione istriana, indipendentemente e/o in collaborazione con la Regione istriana, conformemente alle possibilità del Bilancio e alle priorità, assicurano i mezzi finanziari per il miglioramento della qualità della protezione sanitaria e previdenza sociale dei loro cittadini. La collaborazione con le unità dell'autogoverno locale è più sviluppata rispetto alle priorità regionali di salute pubblica: prevenzione del cancro al seno (mammografia preventiva), prevenzione dell'abuso di stupefacenti e disturbi comportamentali dei bambini e giovani (progetto "Le comunità che si prendono cura"), nonché protezione socio-sanitaria degli anziani e disabili (cura istituzionale e extraistituzionale). Gli enti, le associazioni, le fondazioni e le società commerciali rispondono ai concorsi per il finanziamento dai bilanci delle città, dei comuni e delle regioni, nonché partecipano all'attuazione dei progetti anche con i propri mezzi. Le società commerciali si includono nel cofinanziamento anche in base alle richieste degli enti, specialmente quando si tratta di cofinanziamento dei gruppi aggiuntivi del pronto soccorso durante la stagione turistica.

3 PIANO DI PROTEZIONE SANITARIA DELLA REGIONE ISTRIANA

SCHEMA DEL PIANO DI PROTEZIONE SANITARIA



Il Piano di protezione sanitaria della Regione istriana consta di tre unità principali:

- 3.1 Parte generale
- 3.2 Programma di misure della protezione sanitaria e
- 3.3 Piano quadro di sviluppo dell'attività sanitaria nella Regione istriana.

In base al completo Piano di protezione sanitaria, nonché in base alle definite priorità regionali, Descrizione della salute e valutazione delle necessità momentanee specifiche e risorse esistenti, sul livello annuo verrà svolta una dettagliata elaborazione operativa di singole attività del Piano di protezione sanitaria, nonché le relazioni sulla loro attuazione.

Queste elaborazioni operative stabiliranno i fini, i compiti, i termini, i modi di effettuazione, gli indici dei risultati, la pianificazione finanziaria e i titolari delle responsabilità riguardo ai singoli compiti nella protezione sanitaria.

3.1 Parte generale

La protezione sanitaria comprende il sistema di misure sociali, di gruppo e individuali, servizi e attività per la protezione e stimolazione della salute, prevenzione delle malattie, individuazione in tempo delle malattie, cura medica in tempo, cura sanitaria e riabilitazione.

Il Piano di protezione sanitaria della Regione istriana definisce l'attuazione della protezione sanitaria nel sistema dell'attività sanitaria della Regione istriana, con speciale accento sull'assicurazione dell'adeguata efficacia e qualità dell'attrezzatura, ambiente, personale e servizi, conformemente agli standard della Repubblica di Croazia e dell'Unione europea. Nacque in base alla disposizione legale dell'articolo 9 della Legge sulla protezione sanitaria, Piano di protezione sanitaria della Repubblica di Croazia e la recente Descrizione della salute della Regione istriana.

La protezione e l'incremento della salute, nonché la protezione e l'individuazione delle malattie in tempo sono stati dettagliatamente elaborati, per obbligo legale, nel *Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo della Regione istriana*. Nel *Piano di protezione sanitaria*, riguardante questo settore, si elaborano la sorveglianza del sistema di efficacia, l'assicurazione e l'incremento della qualità, come pure l'armonizzazione del sistema con gli standard sanitari.

SCHEMA del rapporto tra il PIANO DI PROTEZIONE SANITARIA e PIANO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E INDIVIDUAZIONE DELLE MALATTIE IN TEMPO, nonché il concetto di PROTEZIONE SANITARIA generalmente



Il *Piano di protezione sanitaria della Regione istriana* stabilisce i fini e principi di protezione sanitaria; i settori di sviluppo; le necessità sanitarie prioritarie dei cittadini della Regione istriana; i livelli e titolari dell'attività sanitaria; i modi di assicurazione dei mezzi per l'attuazione; i settori in cui investire nella protezione sanitaria sopra lo standard nazionale; il programma di misure della protezione sanitaria; il piano quadro di sviluppo dell'attività sanitaria su tutti i livelli di protezione sanitaria.

3.1.1 FINI E PRINCIPI DELLA PROTEZIONE SANITARIA

I **fini** per quello che riguarda questo settore del *Piano per la salute*, sono la protezione e l'incremento della salute della popolazione della Regione istriana nell'interezza, l'aumento della durata di vita e diminuzione della mortalità, aumento del numero di anni di vita senza malattia e/o invalidità, come pure assicurazione del maggior possibile livello di salute fisica e psichica. Ciò si ottiene per mezzo di assicurazione di una protezione sanitaria ad alto livello qualitativo su tutti i livelli del sistema dell'attività sanitaria.

I **principi** della protezione sanitaria organizzata, includono:

1. universalità (inclusione dell'intera popolazione nell'attuazione delle misure di protezione sanitaria)
2. continuità (stabile protezione sanitaria attraverso tutte le età)
3. accessibilità (simili condizioni di protezione sanitaria su tutto il territorio della regione)
4. accesso intero o specializzato dei vari livelli di protezione sanitaria.

3.1.2 SETTORI DI SVILUPPO DELLA PROTEZIONE SANITARIA E NECESSITÀ PRIORITARIE DELLA POPOLAZIONE

I settori di sviluppo della protezione sanitaria comprendono:

1. sorveglianza dell'efficacia del sistema di protezione sanitaria
2. assicurazione e incremento della qualità della protezione sanitaria (servizi, personale, attrezzatura, ambiente...)
3. armonizzazione del sistema della sanità con gli standard sanitari dell'Unione europea
4. promozione della salute e prevenzione delle malattie, prevenzione delle malattie infettive, malattie croniche con carattere di massa e lesioni e invalidità
5. sorveglianza dei fattori dell'ambiente (fisicali, biologici e chimici) che influiscono sulla salute
6. protezione dei gruppi sociali della popolazione vulnerabili e specifici.

⇒ Le necessità sanitarie prioritarie della popolazione di speciale interesse per la Regione istriana, stabilite per il periodo dall'anno 2005 al 2012, sono le seguenti:

- a) individuazione in tempo del cancro al seno
- b) prevenzione delle malattie cardiovascolari
- c) prevenzione e cura dell'abuso di stupefacenti e disturbi del comportamento di bambini e giovani

- d) incremento della protezione socio-sanitaria di persone anziane
- e) incremento della qualità delle acque

3.1.3 LIVELLI DELL'ATTIVITÀ SANITARIA

La protezione sanitaria nella Regione istriana si assicura e svolge nel sistema unico dell'attività sanitaria sul livello primario e secondario, nonché sul livello di enti sanitari. Questi livelli sono funzionalmente connessi tra di sé e armonizzati per quello che riguarda la loro attività nell'ambito dell'intera protezione sanitaria.

Ai sensi dell'articolo 26 della *Legge sulla protezione sanitaria della RC* la **protezione sanitaria sul livello primario** si offre attraverso le seguenti attività: medicina generale/familiare, protezione sanitaria dei bambini prescolastici, misure preventivo-educative per la protezione sanitaria dei bambini scolastici e studenti, sanità pubblica, protezione sanitaria delle donne, protezione sanitaria stomatologica, protezione sanitaria igienico-epidemiologica, medicina del lavoro, protezione sanitaria della salute mentale, prevenzione e cura extraospedaliera dell'abuso di stupefacenti, servizi di assistenza domiciliare, cura sanitaria dei malati a domicilio, medicina d'urgenza, trasporto sanitario, previdenza palliativa, farmaceutica e diagnostica laboratoriale.

L'attività sanitaria sul **livello secondario** comprende l'attività specialistico-consultiva e l'attività ospedaliera. L'attività specialistico-consultiva rispetto all'attività sanitaria sul livello primario, comprende le misure e i procedimenti più complessi riguardanti la prevenzione, diagnostica e cura delle malattie e lesioni, riabilitazione ambulatoria e medicinale del malato a domicilio, ossia della persona negli enti di previdenza sociale. L'attività ospedaliera comprende la diagnostica, cura e riabilitazione medicinale, cura sanitaria e soggiorno e alimentazione dei malati negli ospedali (articoli 28 – 30 della *Legge sulla protezione sanitaria della RC*).

L'attività sanitaria sul **livello di enti sanitari** nella Regione istriana, tranne l'Ente per la sanità pubblica della Regione istriana e Ente per la medicina d'urgenza della Regione istriana, per *Rete del servizio sanitario pubblico*, comprende anche la rete dell'attività trasfusionale per il sangue e preparati sanguigni, nonché rete dell'attività di trapianto per l'asportazione degli organi e tessuti.

3.1.4 TITOLARI DELL'ATTIVITÀ SANITARIA

L'attuazione di questo Piano viene assicurata dai titolari dell'attività sanitaria – enti sanitari, società commerciali che svolgono l'attività sanitaria e dipendenti sanitari privati in modo e sotto le condizioni prescritte per la *Legge sulla protezione sanitaria, Piano di protezione sanitaria della RC* nazionali, nonché per mezzo di applicazione

delle misure stabilite nel *Piano e programma di misure della protezione sanitaria dall'assicurazione sanitaria obbligatoria nella RC*. Questi titolari nella Regione istriana operano nell'ambito della rete del servizio sanitario pubblico o fuori questa (però in armonia con le disposizioni della *Legge sulla protezione sanitaria*). La rete del servizio sanitario pubblico ha stabilito il numero adeguato di enti sanitari e dipendenti sanitari privati con i quali l'Ente croato per l'assicurazione contro le malattie stipula il contratto sull'attuazione della protezione sanitaria nella Regione istriana.

3.1.5 ASSICURAZIONE DEI MEZZI DENTRO E SOPRA LO STANDARD

La Repubblica di Croazia, la Regione istriana, le unità dell'autogoverno locale nella Regione istriana e l'Ente croato per l'assicurazione contro le malattie assicurano i mezzi per l'attuazione del Piano per la salute. L'assicurazione dei mezzi per le singole attività da parte di questi titolari, è stata stabilita all'articolo 12 del *Piano di protezione sanitaria della Repubblica di Croazia*.

Secondo l'articolo menzionato **la Regione istriana** è impegnata nell'assicurazione dei mezzi riguardo ai seguenti obblighi: completamento della rete del servizio sanitario pubblico, organizzazione del lavoro degli enti il cui è fondatore, coordinazione del lavoro di tutte le persone legali e fisiche che svolgono l'attività sanitaria sul suo territorio, concessioni per lo svolgimento del servizio sanitario pubblico sul suo territorio, emanazione dei piani regionali di protezione sanitaria e piani di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo, organizzazione dell'attuazione delle misure di sanità pubblica conformemente a questi piani, organizzazione dell'attuazione dei procedimenti di acquisto pubblico unificato per gli enti sanitari il cui è fondatore.

Inoltre, la Regione istriana assicura i mezzi per l'attuazione dell'attività di sanità pubblica, epidemiologica e sanitario-ecologica, nonché la prevenzione delle malattie sul suo territorio, l'attuazione delle misure di ecologia sanitaria, ossia: analisi del cibo e oggetti di uso generale, analisi dell'acqua potabile, analisi degli influssi dannosi sull'aria e salute della gente, analisi del rumore e inquinamento del suolo e delle acque destinate alla balneazione e ricreazione, medicina d'urgenza sul proprio territorio (se non assicurato dalla Repubblica di Croazia), organizzazione e lavoro del servizio necroscopico, parzialmente per attuare le misure di protezione sanitaria per l'aumentato numero di utenti della protezione sanitaria durante la stagione turistica e misure di protezione sanitaria per i turisti.

La Regione assieme alle unità dell'autogoverno locale assicurano i mezzi per investire negli investimenti e manutenzione corrente degli enti sanitari – ambiente, attrezzatura medicinale e non medicinale e mezzi di trasporto, nonché informatizzazione dell'attività sanitaria, conformemente al piano e programma di misure della protezione sanitaria e rete di servizio sanitario pubblico, poi copertura delle perdite degli enti sanitari il cui è fondatore.

⇒ La Regione istriana assicura i mezzi per la protezione sanitaria degli abitanti sul proprio territorio anche **sopra lo standard** il quale, nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, i datori di servizi concordano con l'ente HZZO, ossia:

- controlli mammografici
- inserimento del catetere alle donne operate dal cancro al seno
- trasporto dei malati affetti da infarto cardiaco acuto e urgente intervento coronario percutaneo presso il KBC di Fiume
- pronto soccorso
- servizi di cura sanitaria a domicilio
- servizi di protezione sanitaria nelle case per anziani e disabili e case per malati psichici adulti
- previdenza palliativa
- programmi di prevenzione e cura extraospedaliera dell'abuso di stupefacenti
- coordinazione dei programmi nazionali (individuazione in tempo del cancro al seno e all'intestino crasso)

3.2 Programma di misure della protezione sanitaria

3.2.1 MISURE DI ATTUAZIONE DELLA PROTEZIONE SANITARIA

- 1) **Attuazione delle misure diagnostiche, terapeutiche e di riabilitazione** della protezione sanitaria su tutti i livelli dell'attività sanitaria per *Piano e programma di misure della protezione sanitaria dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie*. Il programma regionale di misure diagnostiche, terapeutiche e di riabilitazione della protezione sanitaria è completamente adeguato al programma di misure nazionale. Perciò si attuano conformemente al documento menzionato. Le misure regionali che si riferiscono alla promozione della salute e prevenzione delle malattie, come pure il modo della loro attuazione, vengono descritte nel quarto capitolo di questo documento.
- 2) Completamento della rete di servizio sanitario pubblico per mezzo di **concessioni**
- 3) Attuazione dei **programmi nazionali di trapianto**
- 4) Protezione sanitaria aumentata durante la **stagione turistica**.

3.2.2 MISURE DI SORVEGLIANZA E INCREMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ATTIVITÀ SANITARIA (SERVIZI, ATTREZZATURA, PERSONALE, INFRASTRUTTURA)

Il processo di sorveglianza e incremento della qualità della previdenza sanitaria è una componente dei sistemi sanitari bene organizzati in tutto il mondo. L'attuazione del contesto locale del sistema sanitario e la scelta degli indicatori reali della qualità sono il primo passo verso la loro efficace introduzione. Il processo sottolinea la definizione degli standard accordati e di valore, una misurazione sistematica e sicura del lavoro per mezzo di indicatori, l'attuazione delle attività indirizzate verso le modifiche e l'incremento (per esempio gruppi TQM), la ripetizione delle misurazioni e l'incremento stabile.

La sorveglianza dell'efficacia del sistema di protezione sanitaria, nonché l'assicurazione dell'incremento della sua qualità, si pianifica in modo seguente:

- 1) **Categorizzazione degli ospedali** (accertamento del grado organizzativo dell'ospedale, sistemazione ambientale, zone di gravitazione rispetto ai pazienti, entità della protezione sanitaria) e **accreditamento degli enti sanitari** (processo di valutazione della qualità di lavoro dell'ente sanitario, rispetto degli standard e dei processi organizzativi, qualifica professionale del personale, attrezzatura, sicurezza) per *Regolamento sulle condizioni per la categorizzazione degli enti sanitari ospedalieri*, per *Legge sulla qualità della protezione sanitaria* e per *Piano e programma di misure per l'assicurazione, incremento, promozione e sorveglianza della qualità della protezione sanitaria*, nonché in collaborazione con l'*Agenzia per la qualità e l'accreditamento nella sanità* e *Servizio di protezione sanitaria MZSS*.
- 2) Sviluppo del **sistema informatico** di protezione sanitaria primaria con il fine di raccogliere gli indici della qualità del sistema sanitario (secondo lo sviluppo sul livello nazionale, con l'accessibilità dei dati regionali e locali)
- 3) Sorveglianza e incremento **della qualità della previdenza sanitaria** sul territorio della Regione istriana in collaborazione con la *Commissione per l'introduzione della qualità e sorveglianza professionale (Commissioni per la sorveglianza interna e qualità)* degli enti sanitari e *Commissione regionale per la tutela dei diritti dei pazienti* (programma PATH nell'ospedale pubblico di Pola, possibilità di applicare lo standard ISO)
- 4) **Educazione medicinale stabile**, ossia perfezionamento professionale che per *Legge sulla protezione sanitaria* è diritto e obbligo di tutti i dipendenti sanitari al fine di mantenere e incrementare la qualità della protezione sanitaria. I contenuti, termini e procedimenti di verifica della professionalità (salvo che la specializzazione) vengono prescritti dalle camere competenti in assicurazione degli standard minimi di professionalità dei dipendenti sanitari con licenza.

- 5) Sviluppo della qualità dell'attività sanitaria nella Regione istriana **sopra gli standard nazionali** (sviluppo dei nuovi e incremento dei servizi sanitari insufficienti su tutti i livelli di protezione sanitaria, conformemente alle possibilità esistenti e iscrizioni ai concorsi per le nuove fonti di finanziamento, raccolta degli indicatori oggettivi della qualità che si usano quali standard di misurazione della qualità dei sistemi sanitari).
- 6) Rinforzamento della capacità di gestione e introduzione del **sistema di gestione della qualità** (formazione del gruppo speciale che si occuperebbe continuamente dei progetti di incremento del processo di previdenza ospedaliera – per esempio attraverso TQM o altro programma).

3.2.3 MISURE DI INTRODUZIONE DEI NUOVI SERVIZI, PERSONALE, ATTREZZATURA, INFRASTRUTTURA

- 1) ⇨ Riorganizzazione degli esistenti e attivazione dei nuovi **servizi** sanitari secondo MZSS e disposizioni legali, nonché conformemente alle necessità specifiche e prioritarie regionali (Ente per la medicina d'urgenza, previdenza palliativa, centro di medicina familiare, centro di medicina dentale, centro per la prevenzione KVB)
- 2) Edificazione delle nuove **capacità** di enti sanitari o adattamento delle esistenti, modernizzazione dell'**attrezzatura** medicinale al fine di adattarsi agli standard moderni di cura medica e alle nuove tecnologie, soggiorno negli enti e altri servizi, ottenimento delle approvazioni e permessi necessari dagli organi competenti per l'edificazione, elaborazione di tutta la documentazione necessaria, iscrizione ai fondi UE, edificazione degli oggetti, assestamento dell'ambiente con l'attrezzatura medicinale e non medicinale
- 3) Adattamento degli oggetti e dell'attrezzatura agli standard ecologici al fine di **incrementare l'efficacia energetica**
- 4) Introduzione delle nuove istruzioni in base agli **indirizzi** terapeutici, lavoro basato su questi indirizzi
- 5) Pianificazione del nuovo **personale** necessario, dalla stimolazione dell'istruzione alle specializzazioni a tempo debito

3.3 Piano quadro di sviluppo dell'attività sanitaria nella Regione istriana

3.3.1 FONDAMENTI DI SVILUPPO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA SUL LIVELLO PRIMARIO

- a) ⇨ stimolazione dell'attività dentro il livello primario che soddisfa le **necessità prioritarie della sanità pubblica**
- b) **attuazione delle misure** in tutte le attività primarie di protezione sanitaria per *Piano e programma di misure della protezione sanitaria dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie* (con speciale accento sulla diagnostica, cura medica, riabilitazione e tutte le altre misure, inclusa la promozione della salute e prevenzione delle malattie che si elaborano particolarmente nel *Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo nella Regione istriana*)
- c) completamento permanente della **rete** di servizio sanitario pubblico e **concessioni**
- d) incremento dell'efficacia e standard definito della **qualità dell'ambiente e attrezzatura** per attività sanitarie accordate
- e) assicurazione e incremento della **qualità** di lavoro del **personale** nella protezione sanitaria primaria, inclusa adeguata **istruzione** e acquistata pratica di tutti i dipendenti sanitari al fine di armonizzarsi con tutte le regolazioni legali
- f) incremento della **qualità dei servizi prestati** nel settore della diagnostica, misure di protezione sanitaria preventiva e processi di cura medica (utilizzo delle istruzioni basate sugli **indirizzi** clinici e terapeutici)

- g) sviluppo permanente del **sistema informatico** della protezione sanitaria primaria
- h) **accreditamento** nell'attività sanitaria primaria
- i) sviluppo della **previdenza palliativa**
- j) riorganizzazione e sviluppo dell'attività **fisioterapeutica**

3.3.2 FONDAMENTI DI SVILUPPO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA SUL LIVELLO SECONDARIO

- a) ⇨ stimolazione dell'attività dentro il livello secondario che soddisfa le **nessità prioritarie della sanità pubblica**
- b) **attuazione delle misure** in tutte le attività secondarie di protezione sanitaria per *Piano e programma di misure della protezione sanitaria dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie* (con speciale accento sulla diagnostica, cura medica, riabilitazione e tutte le altre misure, inclusa la promozione della salute e prevenzione delle malattie che si elaborano particolarmente nel *Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo nella Regione istriana*)
- c) sorveglianza, pianificazione, collaborazione, incremento e organizzazione del sistema di protezione sanitaria negli enti sanitari ospedalieri per mezzo di **categorizzazione e accreditamento** degli ospedali
- d) accertamento delle misure per la sorveglianza della qualità dei **servizi** nel settore della diagnostica e cura medica, introduzione delle misure di controllo della **qualità** negli enti sanitari (ambiente, attesa dei controlli,...)
- e) assicurazione e incremento della **qualità** di lavoro del **personale** nella protezione sanitaria secondaria, inclusa adeguata **istruzione** e acquistata pratica di tutti i dipendenti sanitari al fine di armonizzarsi con tutte le regolazioni legali
- f) pianificazione e incremento dell'**attrezzatura tecnico-medicinale** degli enti sanitari
- g) incremento dell'attività riguardante i procedimenti di **espiazione e trapianto**, esecuzione dei programmi di trapianto, attuazione del sistema di informazione sui possibili donatori di organi e inclusione nelle associazioni di trapianto internazionali
- h) sviluppo del **ricevimento urgente in ospedale unito**
- i) connessione nel **sistema informatico ospedaliero integrato** sul livello nazionale
- j) riorganizzazione e sviluppo dell'attività **fisioterapeutica**

3.3.3 FONDAMENTI DI SVILUPPO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA SUL LIVELLO DI ENTI SANITARI

- a) ⇨ stimolazione dell'attività dentro il livello degli enti sanitari che soddisfa le **nessità prioritarie della sanità pubblica**
- b) **attuazione delle misure** nel settore dell'ente regionale per la sanità pubblica per *Piano e programma di misure della protezione sanitari dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie* (sicurezza sanitaria, prevenzione delle malattie infettive e malattie dell'abuso di stupefacenti e tutte le altre misure, inclusa la promozione della salute e prevenzione delle malattie che si elaborano particolarmente nel *Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo nella Regione istriana*)
- c) **attuazione delle misure** connesse con l'attività di trasfusione e trapianto
- d) partecipazione all'organizzazione e **sorveglianza del sistema** di protezione sanitaria e incremento sistematico e valutazione della **qualità** della protezione sanitaria
- e) assicurazione e incremento della **qualità** di lavoro del **personale** sul livello degli enti sanitari, inclusa adeguata **istruzione** e acquistata pratica di tutti i dipendenti sanitari al fine di armonizzarsi con tutte le regolazioni legali
- f) **informatizzazione** del sistema della sanità pubblica
- g) **accreditamento** degli enti sanitari
- h) fondazione degli enti necessari al fine di **completare la rete**

4. PIANO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E INDIVIDUAZIONE IN TEMPO DELLE MALATTIE DELLA REGIONE ISTRIANA

PRESENTAZIONE SCHEMATICA DEL PIANO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E INDIVIDUAZIONE DELLE MALATTIE IN TEMPO DELLA REGIONE ISTRIANA



Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo della Regione istriana consta di tre unità principali:

3.1 Parte generale

3.2 Programma di misure per la promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo

3.3 Piano quadro di sviluppo della promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo nella Regione istriana.

Nel Programma di misure quali punti di partenza si definiscono dettagliatamente tutte le misure professionali e legali da realizzare su tutti i livelli della protezione sanitaria al fine di promuovere la salute. Poi, nel piano quadro di sviluppo si stabiliscono i fini e le attività del periodo di transito dal modo di pianificazione presente per la salute dei cittadini della RI stabilito nell'anno 2005, al periodo di migliore realizzazione dei compiti e fini della Regione istriana nel settore della promozione della salute e prevenzione delle malattie conformemente alla nuova Legge. Questo piano elabora le priorità attuali che valgono fino alla fine del 2012 e inserisce anche la componente sociale di pianificazione dentro le singole priorità.

In base all'intero *Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo*, nonché alle priorità regionali definite, alla *Descrizione della salute* e valutazione delle necessità specifiche del momento e risorse esistenti, sul livello annuo verranno emanate dettagliate elaborazioni operative delle singole attività scelte dal *Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo*, come pure le relazioni sulla loro attuazione.

Queste elaborazioni operative definiranno precisamente i fini, compiti, termini, modo d'attuazione, indici dell'efficacia, pianificazione finanziaria e titolari della responsabilità in merito a singoli compiti nella protezione sanitaria.

Il Gruppo regionale impegnato nell'attuazione del Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana in collaborazione con il Consiglio per la salute della Regione istriana è responsabile dell'organizzazione, delega e realizzazione del Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo. Il ruolo del Consiglio è specialmente importante rispetto all'attuazione della politica sanitaria e sostegno delle condizioni preliminari per la salute, rafforzamento della regione nel delegare alcune attività agli enti sanitari e altri soggetti inclusi nello sviluppo della salute e prevenzione delle malattie.

Il Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo della RI è, conformemente all'obbligo legale, separato dal Piano di protezione sanitaria della RI al fine di accentuare dettagliatamente ed elaborare il segmento di pianificazione della protezione sanitaria che si riferisce all'incremento della salute e prevenzione delle malattie. La presentazione schematica del rapporto tra questi due piani si trova sulla pagina 40.

4.1 Parte generale

4.1.1 DEFINIZIONI CHIAVE

Le idee chiave di questa parte del *Piano per la salute* la cui comprensione determina una corretta attuazione della promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo, sono la salute e la malattia.

La malattia rappresenta un disturbo dei normali avvenimenti nell'organismo, ossia uno svolgimento irregolare delle funzioni vitali o lavoro degli organi che causano il dolore e la malattia. **La salute** invece è molto di più della sola assenza della malattia e debolezza. Rappresenta uno stato quale benessere fisico, sociale, mentale, emozionale e spirituale. Inoltre, lo determina anche la componente economica, lavorativa e dell'ambiente. La salute è un valore dinamico e può sempre migliorare. Anche quando la persona non soffre di alcun dolore o debolezza, la migliore salute significa più energia, una vita felice e tranquilla, processi biochimici qualitativi sul livello cellulare, sentimenti equilibrati e maturi, migliore riflessione e conclusione, migliori rapporti umani e rallentamento dei processi che causano la malattia dell'organismo o veloce invecchiamento. (*Secondo la definizione basilare SZO*)

Una tale *Salute per tutti* è nostra visione e ideale a cui aspiriamo per i cittadini della Regione istriana. Questo Piano stabilisce gli indirizzi fondamentali di quello che vogliamo ottenere per il benessere dei nostri cittadini e questi fini sono al disopra dello standard nazionale riguardo a molti settori. A tal proposito, oltre alla pianificazione della protezione sanitaria nella Regione istriana, è stato dato senso anche a questa parte del Piano che elabora particolarmente la promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo.

Le misure di promozione della salute sono orientate verso la salute e le risorse che la sostengono e la salvaguardano, mentre la prevenzione è orientata verso la malattia, ossia alla prevenzione del suo avvenimento e progresso per mezzo di effetto sulle note cause della malattia e fattori di rischio specifici. L'individuazione delle malattie in tempo, quale parte di prevenzione, è molto importante per la cura medica in tempo con risultato positivo. Malgrado i differenti punti di partenza, tutti questi processi hanno lo stesso scopo – incremento della completa salute dell'uomo.

La promozione della salute è processo di abilitazione della gente di aumentare la possibilità di controllo della propria salute (*Ottawa Charter, 1986*). L'idea di promuovere la salute sottintende l'attuazione dei potenziali per la buona salute prima che i problemi di salute o pericolo alla salute si manifestassero. Però, è destinata sia alle persone sane sia a quelle malate, siccome aiuta agli individui a incrementare la propria salute, malgrado la situazione in cui si trovano momentaneamente, nonché a assumere la responsabilità della propria salute e aumentare il controllo della stessa. La promozione della salute include le attività quali educazione fisica e cultura, modifica all'ambiente, interventi nell'alimentazione, modifiche al comportamento riguardo alla salute e stile di vita dell'individuo e della comunità.

La prevenzione delle malattie dall'altra parte, include le attività che cercano a prevenire l'attuazione o progresso di una certa malattia o debolezza. A seconda della fase d'intervento nella malattia, la prevenzione si divide in primaria, secondaria e terziaria. *La prevenzione primaria* è orientata verso le persone sane, sottintende la rimozione del rischio/causa della malattia e incremento dello stato generale della salute per impedire l'inizio della malattia. *La prevenzione secondaria* si riferisce all'individuazione dei segni di malattia in tempo di gente in apparente buono stato di salute, per prevenire lo sviluppo della malattia con un intervento in tempo, prevenire il progresso e salvare la vita e la sua qualità. Una tale individuazione della malattia in tempo, come pure gli interventi in tempo, rappresentano la più efficace misura preventiva riguardo a molte malattie moderne. *La prevenzione terziaria* si riferisce all'individuazione e cura degli stati che non si possono curare completamente, però si può prevenire il progresso della conseguenze o complicazioni per mezzo di intervento in tempo. Gli esempi delle attività preventive sono le visite sistematiche, l'inoculazione, lo screening, al fine di individuare in tempo le malattie, nonché i disturbi di comportamento dei malati cronici per prevenire il progresso delle ulteriori complicazioni della malattia.

4.1.2 DIRITTI, OBBLIGHI E COMPITI DELLE REGIONI NEL SETTORE DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

I diritti legali, gli obblighi e i compiti delle regioni sono stati modificati e ampliati per tramite di *Legge sulla protezione sanitaria* del mese di dicembre 2008, specialmente per quello che concerne la promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo. Al fine di realizzare tutte le disposizioni legali connesse con la promozione della salute e prevenzione delle malattie, e in base ai documenti del rispettivo settore, approvati internazionalmente (Carta di Ottawa, Iniziativa di Verona, Dichiarazione di Jakarta), è stato stabilito che il compito delle regioni è il seguente:

- a) *assicurare le condizioni preliminari* (infrastruttura) per la salute e *sostenere i fattori di rischio* politici, economici, sociali, culturali, biologici, nonché i fattori di comportamento e ambiente che influiscono sulla salute
- b) *organizzare* i programmi, progetti, organi di lavoro e azioni che assicureranno a tutti un'accessibilità uguale all'informazione, all'ambiente, alle abilità e possibilità di prendere buone abitudini
- c) *delegare* e coordinare le attività nel settore sanitario, economico e sociale, delle associazioni, autorità locali e mass media nel senso di promuovere la salute per mezzo di professionisti e enti, stimolando lo sviluppo del rapporto di soci per l'incremento della salute e collaborazione con gli altri settori (istruzione pubblica, industria alimentare, agricoltura)

I processi basilari della promozione della salute sul livello regionale sono i seguenti:

- a) *attuare una politica sociale pubblico-sanitaria avviata alla salute* (sensibilizzare i politici alle conseguenze sanitarie delle loro decisioni, influire sulle leggi che trattano i problemi della salute)
- b) *creare un ambiente che sostiene la salute* (tutela dell'ambiente e ecologia; condizioni sul posto di lavoro e luogo di dimora; istruzione; influsso dell'industria)
- c) *rinforzare le attività sul livello della comunità* (partecipazione della comunità alla scelta delle priorità, alle decisioni e alla pianificazione, nonché introduzione dei programmi; operare in modo che la comunità sia consapevole della propria partecipazione ai programmi e alla ripartizione dei mezzi per le loro necessità; assicurare l'informazione)
- d) *incrementare il proprio sapere e le proprie abilità* (rinforzamento dell'individuo, educazione sull'assunzione della responsabilità rispetto alla propria salute e all'ambiente in tutte le fasi di vita, preparazione in merito alle malattie croniche; lavoro nelle scuole, sui posti di lavoro, nella società, nelle economie domestiche)
- e) *riordinamento del sistema sanitario* (una continua promozione della salute e prevenzione delle malattie nel sistema clinico e curativo; aperta collaborazione con gli altri livelli di protezione sanitaria e altri settori; educazione dei dipendenti sanitari; ricerche; conoscere il paziente non soltanto fisicamente ma completamente).

4.2 Programma di misure per la promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo

Questo programma di misure rappresenta la base di tutte le attività che si svolgono obbligatoriamente nella Regione istriana per quello che concerne il settore della promozione della salute e prevenzione delle malattie. Legalmente e professionalmente si basa sul *Piano e programma di misure della protezione sanitaria dall'assicurazione contro le malattie obbligatoria; Legge sulla protezione della popolazione dalle malattie infettive; Legge sulla prevenzione dell'abuso di stupefacenti*, nonché sulle strategie nazionali che si riferiscono alla promozione della salute e prevenzione delle malattie.

Si emana al fine di creare una base a lungo termine (in ogni caso sottoposta alle piccole modifiche conformemente alle nuove scoperte scientifiche o modifiche legali) che accerterà lo stato iniziale e svolgerà la valutazione temporanea dell'attività sanitario promotiva e preventiva sul territorio della Regione istriana.

Il Programma di misure consta di cinque unità isolate:

- 1) Educazione sanitaria e civilizzazione sanitaria
- 2) Visite sistematiche, screening e altre attività al fine di prevenire e individuare le malattie in tempo
- 3) Creazione di un ambiente che sostiene la salute
- 4) Misure di prevenzione e individuazione delle malattie infettive in tempo
- 5) Promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo nell'ambito delle priorità isolate di speciale importanza per i cittadini della Regione istriana

La quarta unità *Misure di prevenzione e individuazione delle malattie infettive in tempo* rappresenta nello stesso tempo anche il *Programma di misure per la protezione della popolazione dalle malattie infettive della Regione istriana per gli anni 2011-2013* che si deve emanare conformemente alla *Legge sulla protezione della popolazione dalle malattie infettive*. Il programma dettagliato di misure dell'*Attuazione dell'obbligatoria preventiva DDD sul territorio della RI* viene emanato in un documento speciale.

4.2.1 EDUCAZIONE SANITARIA E INCIVILIMENTO

4.2.1.1 Promozione **della salute riproduttiva**, informazione alla popolazione sui metodi di **pianificazione della famiglia** e uso della contraccezione, nonché mantenimento dell'igiene sessuale.

- consulenza individuale
- elaborazione e distribuzione dei materiali stampati sanitario-educativi
- lavoro di gruppo nelle scuole
- assistenza nella scelta della contraccezione adeguata
- educazione sulla prevenzione della sterilità

4.2.1.2 Promozione della salute della madre e del bambino durante la **gravidanza**, educazione riguardante gli avvenimenti connessi con il **parto** e periodo dopo il parto (alimentazione, igiene personale e sessuale, attività fisica nella gravidanza, abitudini dannose, abuso di stupefacenti, condizioni di lavoro, preparazione per il parto, allattamento).

- consigli individuali ai controlli regolari
- lavoro di gruppo per mezzo di corsi
- servizio assistenza domiciliare

4.2.1.3 Promozione della salute e civilizzazione sanitaria **puerperale** (consigli che si riferiscono all'igiene personale dopo il parto e igiene del neonato; consigli sulle tecniche di allattamento, nonché sulla prevenzione della mastopatia e ragade).

- per tramite consigli individuali
- materiali stampati sanitario-educativi
- lavoro di gruppo
- servizio assistenza domiciliare

4.2.1.4 Promozione della salute dei genitori e **neonati, lattanti e piccoli bambini prescolastici** (problemi di crescita e sviluppo; alimentazione – con speciale accento sull'allattamento e prevenzione della grassezza; prevenzione degli infortuni e lesioni causate da questi, individuazione in tempo delle anomalie di rifrazione e altre forme di vista debole, il fumare passivo, prevenzione della carie , inoculazione regolare).

- consulto durante le visite sistematiche
- visite del servizio assistenza domiciliare
- materiali stampati
- piccoli gruppi
- consultazione per tramite nidi d'infanzia e istituzioni prescolastiche

4.2.1.5 Promozione della salute e prevenzione delle malattie e comportamento di rischio di **bambini scolastici e studenti**

(adattamento ala scuola, insuccesso scolastico, disturbi di comportamento, problemi di sviluppo e maturazione, disturbi cronici della salute, individuazione dei disturbi di alimentazione in tempo, problemi di salute mentale, assistenza nell'orientamento professionale, individuazione in tempo delle anomalie di rifrazione e altre forme di vista debole).

- lavoro consultivo, lezioni, lavoro nelle scuole
- dibattiti, officine, interviste
- lavori in piccoli gruppi
- tribune
- educazione dei coetanei
- partecipazione ai programmi dei mass media
- dipendenti sanitari alle riunioni dei genitori (I, IV, V e VIII classe)
- medico al consiglio degli insegnanti una volta all'anno
- preparazione dei materiali educativi e delle adeguate unità metodiche del lavoro sanitario-educativo e dell'attività
- educazione degli educatori
- educazione della popolazione, iniziando dall'età scolastica, su come prevenire il cancro e individuare i segni sospettosi in tempo per poi visitare il medico

4.2.1.6 Promozione della salute e prevenzione delle malattie e comportamento di rischio degli **adulti** sani e adulti con aumentato rischio alla salute (per mezzo di stimolazione del sano vivere e responsabilità della propria salute, imparare le abilità di autodifesa e altre).

- lavoro individuale
- lavoro in piccoli gruppi
- preparazione e distribuzione dei materiali sanitario-educativi
- corsi sanitari corrispondenti
- consultazione
- sorveglianza sanitaria
- programmi sanitario preventivi e sanitario promotivi sul livello locale in merito ai problemi principali nel settore della salute pubblica
- lezioni, officine
- attività per mezzo dei mass media locali

4.2.1.7 Civilizzazione sanitaria delle **donne**

- informazione alle donne sui fattori di rischio dalle malattie maligne „femminili“, sulla necessità di prevenire le infezioni e possibilità di individuazione in tempo, nonché sui metodi di protezione dalle malattie veneree infettive (cancro al seno, al corpo e collo dell'utero, alle ovaie, virus HIV)
- informazione sulla necessità di eseguire le visite di controllo concrete
- consultazione individuale e di gruppo
- presentazione delle tecniche per controllare il seno da sé

- informazione alle donne sulla necessità di visitare il medico in caso di qualsiasi flusso di sangue insolito o estratto

4.2.1.8 Educazione degli **educatori** che svolgeranno la civilizzazione sanitaria e promozione della salute secondo le priorità della sanità pubblica di singoli gruppi di gente specialmente sensibile.

- partecipazione all'elaborazione e armonizzazione dei programmi annui regolari di informazione sanitaria e promozione della salute
- partecipazione ai corsi di educazione permanente con il tema che si riferisce alla sanità pubblica sui principi di promozione della salute e metodi di studio interattivi
- partecipazione all'elaborazione dei contenuti professionali per i materiali educativi e informazione sanitaria nel settore dell'attività sociale-medicinale (problemi della sanità pubblica attraverso vari mass media)

4.2.1.9 Lavoro educativo nella sanità con **persone invalide** e le loro famiglie per conservare l'abilità funzionale esistente e sviluppare le nuove capacità del malato.

- lavoro individuale adeguato
- lavoro di gruppo adeguato
- includere le necessità delle persone invalide nei materiali informativi di educazione sanitaria e nelle campagne della sanità pubblica

4.2.1.10 Lavoro con i **malati cronici** – prevenzione secondaria e terziaria secondo le specificità di singole malattie croniche di massa (diabete, ipertensione, malattie maligne e sim.).

- lavoro con i malati cronici individuale e in piccoli gruppi
- visite a domicilio con l'educazione del solo malato e della sua famiglia
- materiali stampati

4.2.1.11 Educazione **dei malati ospedalizzati** e delle loro **famiglie** sull'alimentazione (dieta), attività fisica e abitudini, nonché adattamento dello stile di vita con lo stato della salute del paziente

- materiali stampati e consultazioni, istruzioni per iscritto
- pagine web
- educazione al momento dell'ospedalizzazione, durante il soggiorno e al momento della dimissione dall'ospedale
- persona che svolgerebbe l'educazione
- educazione dei malati sulla necessità di adottare le buone abitudini sanitarie e lasciare quelle dannose, come pure sulla necessità di attenersi al regime dietale e terapeutico che concerne le relative malattie per mezzo di consigli individuali
- lezioni
- una parte della lettera di dimissione dall'ospedale da parte dell'infermiera

4.2.1.12 Promozione della salute, prevenzione delle malattie e comportamento di rischio di **persone anziane**

- promozione della salute di persone anziane (attività fisica e psichica, alimentazione, prevenzione della grassezza, terapia lavorativa, applicazione degli esercizi di respirazione)
- consigli alle persone anziane (misure di prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle malattie attraverso la stimolazione e promozione del comportamento positivo sanitario; utilizzo adeguato della protezione sanitaria; diritti delle persone anziane riguardante l'assicurazione contro le malattie; controlli dal medico in tempo nel caso di un possibile peggioramento dei sintomi della malattia principale, come pure fenomeni iniziali quali sintomi di disturbi alla salute; igiene personale e igiene dell'ambiente; prevenzione delle infezioni; applicazione adeguata della farmacoterapia preventiva secondo i consigli del medico familiare; prevenzione degli infortuni e delle lesioni nel traffico e a casa; misure specifiche di pronto soccorso per persone anziane)
- insegnamento gerontologico sull'auto responsabilità, corresponsabilità, auto aiuto e aiuto reciproco
- consultazione individuale
- lavoro sanitario educativo con piccoli gruppi di persone anziane per un invecchiamento attivo e sano e salvaguardia dell'abilità funzionale di persone anziane
- attività preventive nella comunità locale

- preparazione e elaborazione del contenuto professionale sanitario per le necessità dell'educazione sanitaria di persone anziane (opuscoli, manuali, libretti) e altri contenuti professionali sanitari per le presentazioni multimediali secondo le necessità sanitarie di persone anziane
- consigli alle famiglie e a terzi che prendono cura di persona anziana

4.2.1.13 Educazione sulla salute **stomatologica**

- educazione sanitaria per mezzo di materiali educativi stampati con istruzioni alimentari
- importanza dell'allattamento per lo sviluppo del sistema orofaciale e protezione dai fattori teratogeni
- educazione dei genitori sull'alimentazione per prevenire la carie
- educazione sanitaria dei bambini e genitori
- insegnare come usare i preparati a base di fluoro
- consultazione stomatologica individuale
- lezioni

4.2.1.14 Prevenzione primaria, secondaria e terziaria degli **stati specifici e malattie** per mezzo di educazione (malattie veneree infettive, malattie cardiovascolari, malattie maligne, malattie infettive, lesioni e invalidità, ecologia)

- istruzioni e altre misure di educazione sanitaria temporanea o stabile, individuale o di gruppo
- informazione pubblica nelle circostanze previste per legge (malattie infettive, rischio di epidemia e inquinamento ecologico)
- materiali stampati, audiovisivi e altri educativi
- informazione e nozione complementare di dipendenti sanitari, informazione e educazione sanitaria della popolazione sull'AIDS, incremento dell'accessibilità della consultazione per la popolazione e i gruppi di rischio speciale
- informare dei segni iniziali e fattori di rischio delle malattie cardiovascolari, maligne e altre malattie croniche e della necessità di visitare il medico in tal caso (sangue nell'evacuazione o problemi intestinali, tosse di lunga durata, neo malformato, rischi cardiovascolari) – vedi punto 5.1 e 5.2

4.2.1.15 Educazione sanitaria e civilizzazione della popolazione per prevenire l'**abuso di stupefacenti**

- attività scolastiche e fuori scuola
- programma scolastico preventivo
- contenuti professionali per i materiali educativi stampati e mezzi audiovisivi
- dare un senso alle campagne dei mass media nella lotta contro l'abuso di stupefacenti
- programmi di promozione della salute con speciale accento all'ottenimento dell'abilità sociale, ai modelli di studi sociali e facoltà intellettuale, nonché cura dell'ambiente sociale e ambiente naturale
- educazione permanente dei dipendenti sanitari e non sanitari (incremento dell'individuazione in tempo della popolazione di alto rischio)
- educazione dei genitori sul comportamento di rischio di bambini e giovani, problemi con il fumare, il bere l'alcol e l'abuso di stupefacenti
- informazione sui rischi e problemi di consumazione dell'alcol, sigarette, abuso di stupefacenti
- attività per promuovere le modifiche ai punti di vista sociali e individuali in merito alla consumazione dell'alcol
- vedi punto 5.3

4.2.1.16 Promozione della salute, educazione sanitaria e educazione della popolazione nel **settore dell'alimentazione** per prevenire le malattie croniche di massa.

- educazione sull'alimentazione sana e qualità degli alimenti
- educazione dei consumatori in merito alle dichiarazioni sui prodotti alimentari
- modifiche alle abitudini alimentari della popolazione
- informazioni riguardanti l'influsso dell'alimentazione sulla salute e possibilità di prevenzione di alcune malattie croniche per mezzo dei mass media

4.2.1.17 Incremento e salvaguardia della **salute mentale**, nonché prevenzione dei disturbi di mente, schizofrenia, disturbi neurotici causati dallo stress, depressione e demenza.

- dispensari per i bambini, giovani e le famiglie
- assicurare ai bambini il tempo libero creativo
- lavoro di gruppo sul posto di lavoro, case per i pensionati, enti per le persone invalide e associazioni e clubs al fine di incrementare la salute della mente (stress, depressione, demenza,...)
- abilitazione degli individui ad affrontare la vita comune d'ogni giorno
- civilizzazione sanitaria al fine di prevenire la stigmatizzazione delle persone con disturbi mentali
- consultazione con i servizi istruttivo-pedagogici degli enti prescolastici e scolastici al fine di incrementare l'abilità per affrontare le situazioni critiche e adattarsi alle nuove circostanze, nonché prevenire i disturbi mentali attraverso l'assistenza e sostegno professionale
- materiali stampati e mezzi audiovisivi
- educazione dei membri della famiglia della persona con disturbi mentali

4.2.1.18 Educazione indirizzata alla prevenzione delle **lesioni**, alle cause e alla natura delle lesioni (traffico, lavoro e sport, bambini in casa, persone anziane)

- informazioni, consultazioni e educazione della popolazione al fine di conoscere meglio le circostanze connesse con le lesioni e il modo di prevenzione
- motivazione della popolazione a modificare il comportamento rischioso (alcolismo e altro abuso di stupefacenti) e gli atteggiamenti verso il pericolo
- educazione in merito al pronto soccorso
- individuale e di gruppo; consultazione
- materiali educativi scritti

4.2.2 VISITE SISTEMATICHE, SCREENING E ALTRE ATTIVITÀ AL FINE DI PREVENIRE E INDIVIDUARE LE MALATTIE IN TEMPO

4.2.2.1 Visita medica sistematica delle **donne gestanti** nell'accertamento della gravidanza e visite di controllo nel corso della gravidanza.

- tutte le misure stabilite per mezzo di *Piano e programma di misure della protezione sanitaria dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie* durante la prima visita di controllo e visite di controllo delle donne gestanti (incluso il controllo ginecologico classico)
- controllo prima della gravidanza
- controllo dopo l'aborto

4.2.2.2 Visita medica sistematica **dei neonati e puerpera**.

- subito dopo la nascita e al momento della dimissione dall'ospedale (inclusa la prevenzione della ragade dei capezzoli, PKU-TSH screening, screening dell'udito OAE, screening e cura medica dell'itterizia neonatale, misure di prevenzione quali vitamina K, inoculazione...)

4.2.2.3 Visita medica sistematica **dei lattanti** (all'età di 1-2; 3-4; 6-7; 9-10 e 12-15 mesi).

- tutte le misure stabilite per mezzo di *Piano e programma di misure della protezione sanitaria dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie* durante le visite mediche sistematiche adatte alla particolare età
- sorveglianza continua dei bambini con speciali rischi alla salute e bambini affetti da malattie croniche o invalide (consigli ai genitori, evidenza e visite di controllo, avviamento ai centri specializzati – bambini che nella propria anamnesi hanno uno o più fattori di rischio)

4.2.2.4 Visita medica sistematica **dei bambini prescolastici** (all'età di 2 e 4 anni).

- tutte le misure stabilite per mezzo di *Piano e programma di misure della protezione sanitaria dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie* durante le visite mediche sistematiche adatte all'età prescolastica
- sorveglianza continua dei bambini con speciali rischi alla salute e bambini affetti da malattie croniche o invalide (consigli ai genitori, evidenza e visite di controllo, avviamento ai centri specializzati – bambini che nella propria anamnesi hanno uno o più fattori di rischio, bambini con disturbi di sviluppo psicofisico, bambini con disturbi autistici e pervasivi)

4.2.2.5 Visita medica sistematica dei **bambini scolastici e studenti** (al momento di iscrizione alla scuola elementare e media superiore, alla facoltà; nella 5 e 8 classe di scuola elementare).

- tutte le misure stabilite per mezzo di *Piano e programma di misure della protezione sanitaria dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie* durante le visite mediche sistematiche dei bambini scolastici (inclusi i bambini invalidi)
- visite concrete e rilascio dei certificati e opinioni (iscrizioni alle scuole, casa dello studente, programma adatto di cultura fisica e sanitaria, attività sportiva, gare dei club sportivi scolastici)
- individuazione delle malattie in tempo nel corso dell'istruzione elementare e media superiore (screening) (inclusi i bambini invalidi). Processo con cui nella popolazione con rischio e apparentemente sana, si individuano quelli che potrebbero essere affetti da qualche malattia o disturbo (per schemi per tutta la popolazione e alunni e studenti con rischio). Lo screening è indipendente o nell'ambito delle visite mediche sistematiche.

4.2.2.6 Visita medica sistematica svolta dai medici della **medicina di lavoro** (si riferisce alle malattie professionali, sicurezza sul lavoro e simile).

- visite al momento dell'occupazione
- visite al momento di rilascio e proroga della patente di guida
- visite per il lavoro sui posti di lavoro con condizioni speciali di lavoro
- visite dei marinai, piloti,...
- visite per il lavoro con la radiazione ionizzante
- visite di tutti i cittadini in rapporto di lavoro (raccomandazione)

4.2.2.7 Visita medica sistematica delle **donne**.

- Sorveglianza della salute delle donne che consumano la contraccezione orale
- individuazione in tempo del carcinoma al collo dell'utero (visita ginecologica e prova Papanicolaou - al minimo ogni tre anni dall'età di 25 a 64 anni di vita). Lo screening più frequente si raccomanda alle donne con un rischio aumentato. Inclusioni nel programma nazionale
- individuazione in tempo del carcinoma dell'endometrio di donne con un rischio aumentato, individuazione in tempo e cura medica delle trasformazioni precancerose della vulva, vagina e ovaia (visita ginecologica annua)
- individuazione in tempo del corio carcinoma di donne che sono state affette dall'idatidosi e controllo regolare
- risanamento dello stato che aumenta il rischio di cancro al collo dell'utero (vaginite e trasformazioni benigne della cervice)
- inclusione nei programmi nazionali di individuazione delle malattie maligne di donne
- accertamento della necessità e sorveglianza della terapia ormonale sostitutiva, inclusi i consigli sulla prevenzione dell'osteoporosi

4.2.2.8 Visite mediche sistematiche di alcune **categorie di dipendenti** (in contatto con il cibo, l'acqua potabile; quelli che lavorano con i bambini; dipendenti sanitari, dipendenti che salvaguardano le condizioni igieniche e altre categorie della popolazione secondo l'articolo 26 della *Legge sulla protezione della popolazione da malattie infettive*)

- sorveglianza sanitaria e controllo dei portatori di bacilli riguardante i microorganismi intestinali e respiratori stabiliti per legge e tubercolosi in termini fissati, come pure di alcune categorie conformemente alle prescrizioni vigenti, nonché evidenza e schedario

4.2.2.9 Visite mediche sistematiche delle persone adulte e anziane al fine di **individuare in tempo** le malattie croniche non infettive.

- accertamento e prevenzione dei fattori di rischio; individuazione in tempo dei malati cronici (incluse le priorità separate sotto il punto 4.2.5, nonché le “malattie di donne” sotto il punto 4.2.2.7)
- cancro alla prostata: maschi all'età di 40 e più anni con anamnesi familiari di cancro alla prostata, maschi all'età di 50 e più anni con i sintomi prostatici) devono una volta all'anno sottoporsi al controllo digito rettale e alla prova PSA
- cancro al colon: per programma nazionale (all'età di 50 - 74 anni di vita - test del sangue occulto nell'evacuazione (FOBT) – ogni due anni, ottimale una volta all'anno. Test di individuazione del sangue occulto nell'evacuazione e colono scopia per le persone positive
- individuazione in tempo dei disturbi mentali

4.2.2.10 Visite mediche sistematiche e attività preventive che si riferiscono alla **popolazione anziana**.

- controlli preventivi delle persone anziane assicurate – più vecchi di 50 anni (che negli ultimi due anni non hanno eseguito il controllo clinico e/o diagnostico) al fine di valutare lo stato, individuare in tempo le malattie e i disturbi, valutare il comportamento che riguarda la salute
- visita a domicilio delle persone anziane – visite periodiche alle persone più vecchie di 65 che nel corso dell'anno non hanno visitato nemmeno una volta il proprio medico
- misure sanitarie preventive secondarie e terziarie per la persona assicurata anziana al fine di arrestare l'abilità funzionale rimanente e sviluppare le nuove abilità del malato, dirette ai malati poco mobili o semimobili; misure di farmacoterapia preventiva e misure di riattivazione e reintegrazione del malato anziano

4.2.2.11 Visite sistematiche **stomatologiche**.

- tutte le misure previste per *Piano e programma di protezione sanitaria dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie* nei controlli stomatologici per singola età (inclusa la piombatura dei denti molari, l'uso del fluoro, visite all'ortodontista).

4.2.3 CREAZIONE DI UN AMBIENTE CHE FAVORISCE LA SALUTE

4.2.3.1 Tutela delle acque e assicurazione della correttezza sanitaria dell'acqua potabile.

- Misure di controllo e manutenzione della correttezza sanitaria dell'acqua:
 - a) misure amministrative di tutela delle risorse idriche
 - b) incremento della coscienza ecologica dei cittadini
 - c) incremento del trattamento delle materie solide di cascame
 - d) incremento del sistema di scarico pubblico e depurazione delle acque di scarico
 - e) incremento della qualità del sistema di rifornimento idrico
- attuazione delle misure di risanamento nelle situazioni eccessive di inquinamento del sistema di rifornimento idrico

4.2.3.2 Sorveglianza della correttezza sanitaria degli **alimenti** e oggetti di uso generale.

- sorveglianza epidemiologica
- monitoring della correttezza sanitaria

4.2.3.3 Altre misure sanitarie di tutela dell'**ambiente**.

- partecipazione alla sorveglianza delle conseguenze sanitarie e proposte di misure per la prevenzione e lotta contro i vari influssi dannosi dall'ambiente
- trattamento del cascame – solido, liquido e gassoso

4.2.3.4 Sorveglianza dello stato di **alimentazione** della popolazione

- sorveglianza continua dello stato di alimentazione di tutti i segmenti della popolazione, specialmente dei gruppi vulnerabili
- individuazione dei disturbi di alimentazione e stati deficitari alimentari di importanza sanitario-pubblica - denutrizione e grassezza

4.2.3.5 Sorveglianza della qualità dell'**alimentazione collettiva**

4.2.3.6 Sorveglianza del **rumore**.

- misurazione del livello del rumore, valutazione dei rischi alla salute
- misure di protezione secondo le necessità

4.2.3.7 Sorveglianza degli allergeni e della loro concentrazione nell'**aria**.

- monitoring degli allergeni respiratori nell'ambiente e la loro concentrazione nell'aria
- attuazione delle misure per diminuire gli allergeni respiratori nell'ambiente
- misure per la diminuzione degli influssi dannosi del fumare attivo e passivo (programmi educativi per una vita senza il fumare, smettere di fumare, programmi di divezzamento, consultazione individuale, divieto negli ambienti chiusi di lavoro e pubblici, nel trasporto pubblico)

4.2.4 **MISURE DI PREVENZIONE E INDIVIDUAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE IN TEMPO** **Questo capitolo è allo stesso tempo il *Programma di misure della protezione della popolazione dalle malattie infettive della Regione istriana 2011-2013***

4.2.4.1 Programma di **inoculazione** obbligatoria, inoculazione urgente contro l'epidemia, inoculazione facoltativa.

- pianificazione (annua) dell'inoculazione, distribuzione del vaccino e sorveglianza dell'attuazione
- inoculazione dei neonati
- inoculazione e inoculazione aggiuntiva dei lattanti, bambini piccoli e scolastici (secondo il calendario di inoculazione, previa visita medica sistematica)
- bambini in contatto familiare con la persona HbsAg positiva e bambini nelle istituzioni di previdenza sociale
- prevenzione del tetano di persone all'età di 60 anni
- inoculazione contro l'idrofobia
- inoculazione contro l'influenza e altra inoculazione secondo l'indicazione epidemiologica

4.2.4.2 Sorveglianza della **propagazione** di malattie infettive e prevenzione delle **epidemie**.

- notifica obbligatoria e sorveglianza della propagazione di malattie infettive
- individuazione in tempo delle fonti d'infezione, la loro propagazione e il focolaio delle malattie infettive, sorveglianza dell'attuazione dell'identificazione laboratoriale degli agenti patogeni, sorveglianza sanitaria dei portatori di bacilli
- prevenzione e lotta contro le epidemie e interventi speciali
- profilassi chimica e sieroprofilassi di bambini e adulti (si riferisce alle malattie infettive stabilite per prescrizioni e altre malattie secondo l'indicazione epidemiologica)
- prevenzione e lotta contro le infezioni ospedaliere
- prevenzione e lotta contro la tubercolosi (secondo il programma nazionale: sorveglianza e analisi della morbilità da tubercolosi, individuazione in tempo delle fonti e propagazione, elaborazione dei contatti, cura speciale per i gruppi di popolazione specialmente rischiosi, educazione sanitaria e civilizzazione)
- educazione delle persone che sono in contatto con gli alimenti, con l'acqua
- organizzazione, preparazione professionale, evidenza degli iscritti ai corsi e attuazione dei corsi di "minimum igienico", nonché verifica del sapere conformemente alle prescrizioni
- elaborazione e attuazione dei piani in caso di situazioni straordinarie
- attuazione dei sopralluoghi epidemiologici sul terreno e campioni microbiologici secondo l'indicazione epidemiologica

4.2.4.3 Misure di prevenzione delle malattie infettive che si riferiscono ai **gruppi speciali**

- sorveglianza delle persone nel traffico internazionale

- controllo sanitario e microbiologico (evacuazione, sangue) dei cittadini della Repubblica di Croazia e degli stranieri che entrano in Repubblica di Croazia a studiare e che arrivano dai territori (stati) in cui c'è la colera, malaria, peste, febbre virale (tropic) emorragica e febbre gialla, conformemente alle prescrizioni vigenti
- sorveglianza sanitaria dei richiedenti dell'asilo, dei rifugiati e degli stranieri

4.2.4.4 Sorveglianza della propagazione di **malattie infettive veneree** e lotta contro le epidemie

- misure di protezione della popolazione dall'AIDS secondo il programma nazionale: individuazione in tempo delle fonti e propagazione, prevenzione delle infezioni ospedaliere di virus HIV, diminuzione del rischio di propagazione tra i dipendenti endovenosi, misure di prevenzione e diminuzione dell'abuso di stupefacenti, prevenzione dell'importazione delle infezioni nel paese, incremento dei test, incluso il test della presenza di anticorpi HIV nelle donne gestanti in rischio AIDS, nonché altre donne secondo l'indicazione medicinale
- consultazione e test HIV
- incremento dell'individuazione in tempo delle malattie infettive veneree e infezioni urogenitali al fine di curarle bene e completamente, nonché individuare e curare le eventuali cause organiche delle uro infezioni che si ripetono

4.2.4.5 Partecipazione alle misure fondamentali di **tutela dell'ambiente ai scopi di sorveglianza epidemiologica** e controllo

- attuazione della disinfezione contro l'epidemia, disinfestazione e derattizzazione (DDD)
- sorveglianza dell'attuazione delle misure sistematiche di derattizzazione e disinfestazione
- sorveglianza del rifornimento idrico e oggetti di rifornimento idrico; gestione del catasto degli oggetti di rifornimento idrico; sorveglianza della correttezza sanitaria dell'acqua potabile (e ricreazione) per mezzo di controlli regolari stabiliti per legge, ossia per mezzo di accertamenti dei controlli
- sorveglianza dell'alimentazione pubblica e sociale; gestione del registro degli oggetti per l'alimentazione pubblica (ristoranti e altri oggetti alberghieri) e alimentazione sociale (ditte, giardini d'infanzia, scuole, case di riposo, ristoranti per gli studenti, cucine popolari e altro); sorveglianza della produzione, magazzinaggio, trasporto, preparazione e distribuzione degli alimenti/cibo, previdenza corretta di tutte le fasi del processo, nonché svolgimento delle singole prescritte analisi della correttezza sanitaria del cibo e degli oggetti
- sorveglianza delle condizioni igieniche e altre negli oggetti per la produzione e distribuzione del cibo e degli alimenti; gestione del registro degli oggetti (fabbriche, macelli, mercati, negozi e altro); sorveglianza delle condizioni igieniche e altre e la loro manutenzione e incremento
- sorveglianza dell'applicazione delle misure del sistema HACCP negli oggetti e individui nella produzione del cibo, acqua e alimenti per l'uso umano
- sorveglianza degli oggetti pubblici (registri degli oggetti pubblici, cura delle condizioni sanitario-tecniche che prevencono la propagazione di malattie infettive negli edifici, abitati, oggetti sportivi, mezzi di trasporto pubblico e altro)
- sorveglianza dell'igiene dell'ambiente
 - a) gestione del catasto dei depositi per le immondizie, cura delle condizioni sanitario-tecniche per lo scarico del cascame corretto e la loro sorveglianza
 - b) sorveglianza stabile dell'ambiente, della terra, delle acque superficiali, del mare, dell'aria e altro, per individuare e rimuovere i singoli rischi, se necessario prendere e analizzare i campioni rilevanti
- prevenzione delle infezioni e epidemie negli istituti che prendono cura di persone anziane

4.2.5 ⇒ **PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E INDIVIDUAZIONE DELLE MALATTIE IN TEMPO NELL'AMBITO DELLE PRIORITÀ SEPARATE DI SPECIALE INTERESSE PER I CITTADINI DELLA REGIONE ISTRIANA**

4.2.5.1 Promozione della salute e prevenzione, nonché individuazione della malattia al cuore e ai vasi sanguiferi in tempo (**malattie cardiovascolari**) con speciale accento sull'ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, malattia cerebrovascolare e diabete

- A) Istruzione sanitaria** (popolazione sana, persone con fattori di rischio, persone malate e convalescenti)
- informazione, educazione e stimolazione dello stile di vita sano per incrementare e salvare la salute, nonché prevenire le abitudini che sviluppano le malattie al cuore e ai vasi sanguiferi, specialmente ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, diabete e malattie cerebrovascolari (alimentazione sana, peso corporeo normale, promozione dell'attività fisica, alcol, non fumatori..)
 - lavoro professionale con i professori, insegnanti, maestri e genitori, nonché lezioni di prova e attività didattiche per alunni
 - lezioni e attività didattiche per adulti
 - elaborazione e distribuzione del contenuto professionale per i materiali educativi stampati e accessori audiovisivi (opuscoli, corsi di corrispondenza, volantini, consigli internet, TV trasmissioni, libri, audio e video cassette, materiale promotivo)
- B) Prevenzione secondaria** di malattie al cuore e ai vasi sanguiferi
- accertamento e individuazione in tempo dei fattori di rischio (iperlipemia, obesità, ipertensione, iperglicemia) quali parte della prevenzione primaria e secondaria
 - educazione sanitaria della popolazione con rischi significativi (ipertensione, iperglicemia, obesità, iperlipemia) – si svolge per mezzo di consigli individuali (consultazione, distribuzione di istruzioni scritte) e lavoro in gruppi (lezioni e laboratori didattici, materiale educativo) con il fine di modificare le abitudini nocive alla salute, prevenire i fattori di rischio e adottare uno stile di vita sano.
- C) Individuazione in tempo KVB**
- individuazione dell'*ipertensione* e verifica della diagnosi
 - individuazione in tempo e verifica della diagnosi *cardiopatía ischemica* (avviare all'elettrocardiogramma le persone che non controllano spesso l'ipertensione e persone con altri fattori di rischio e poi, a seconda dell'indicazione medica, avviarle ai successivi procedimenti laboratoriali e altri diagnostici)
 - individuazione in tempo e diagnostica delle *malattie cerebrovascolari* di persone con fattori di rischio (consigli individuali sullo stile di vita più sano, nonché, a seconda della valutazione del rischio e/o indicazione medica, avviamento al successivo procedimento diagnostico)
 - individuazione in tempo e verifica della diagnosi *diabete* per mezzo di controllo del glucosio nel sangue e nell'urina, acetone nell'urina dopo la colazione di prova, nonché OGTT (nell'ambito dei controlli preventivi di persone più vecchie di 50 anni e giovani donne con gravidanza rischiosa)
- D) Prevenzione terziaria**
- educazione dei malati e convalescenti con *cardiopatía ischemica* (in gruppi e individuale, orale o per iscritto: attenersi al regime della terapia, normale attività fisica, non fumare, normalizzare e mantenere il normale peso corporeo, controllo dello stress, alimentazione adeguata)
 - educazione dei membri della famiglia della persona affetta dalle malattie cardiovascolari rispetto all'individuazione della cardiopatía ischemica e ai metodi basilari di rianimazione (lavoro di gruppo, materiali stampati)
 - prevenzione del re infarto invitando i malati che hanno subito l'infarto miocardico acuto, al controllo nel periodo da 6 a 12 mesi e in caso che i fattori di rischio fossero ancora presenti, prevenire per mezzo di riabilitazione
 - PCI - STEMI
 - educazione dei malati di *CVB* con il fine di adattarsi meglio alla malattia e attenersi al regime di vita adeguato, inclusa la cura della qualità di vita (in gruppo e individuale, orale e per iscritto)

- corsi per i malati di CVB e per la famiglia rispetto alla natura della malattia, modo di cura – individuazione della CVB e basi di rianimazione, abitudini di vita giuste, aiutare il malato e attuare e controllare la riabilitazione fisica
- prevenzione delle complicazioni croniche riguardo all'*ipertensione e diabete* (controlli regolari, educazione, consigli ai bambini, adulti e famiglie dei malati)

4.2.5.2 Promozione della salute e prevenzione, individuazione in tempo del **cancro al seno** con il sostegno ai malati riguardante la prevenzione terziaria.

A) Educazione e motivazione per la cura del seno

- informazione alle donne riguardante i fattori di rischio e metodi di individuazione in tempo del cancro al seno (consultazioni individuali, lezioni di gruppo, materiali stampati, manifestazioni speciali)
- educazione dei medici e infermiere di assistenza domiciliare riguardante l'individuazione in tempo del cancro al seno
- elaborazione dell'approccio metodologico, elaborazione dei contenuti professionali per i materiali stampati e mezzi audiovisivi

B) Individuazione e diagnosi in tempo del cancro al seno

- mammografia (per le donne di medio rischio, mammografia dall'età di 50-69 – al minimo ogni due anni, ottimale ogni anno dopo l'età di 40 anni di vita, mammografia basilare all'età di 38 anni di vita)
- pianificazione, sorveglianza e informazione in merito al numero di donne sottoposte a test a scopo diagnostico per programmi nazionali, regionali e locali
- controllo del seno all'età di 20-39 anni ogni terzo anno e ogni anno dopo l'età di 40 anni di vita
- controllo del seno svolto dalla sola donna – decisione/scelta di ogni donna in base all'informazione riguardo il benessere o le limitazioni del controllo: mensilmente dall'età di 20 anni di vita, con il controllo medicinale dei reperti del controllo del seno svolto dalla sola donna quando necessario
- le regole sono speciali quando si tratta di persone con aumentato rischio di cancro: inizio del test a scopo diagnostico all'età minore e frequenti intervalli del test

C) Prevenzione terziaria e sostegno ai malati al fine di vivere una vita qualitativa e diminuire le complicazioni della malattia

- diagnosi e applicazione dei procedimenti terapeutici più veloci
- introduzione dei nuovi procedimenti diagnostici e terapeutici
- drenaggio linfatico
- lavoro psicooncologico con i pazienti (individuale e di gruppo)
- previdenza palliativa
- stimolazione dell'assembramento dei malati in associazioni e fondazione delle nuove associazioni locali
- educazione e consultori per i malati
- terapia lavorativa – varie officine per i malati

4.2.5.3 Promozione della salute, prevenzione, individuazione in tempo e cura medica **dell'abuso di stupefacenti e disturbi di comportamento** di bambini e giovani.

A) Attuazione del programma di prevenzione primaria

- programmi riguardanti la prevenzione del fumare, dell'alcol e dell'abuso di stupefacenti
- attività scolastiche e fuori scuola con bambini (programma scolastico preventivo)
- educazione stabile dei dipendenti sanitari e non sanitari, nonché genitori (incremento dell'individuazione e individuazione in tempo della popolazione di alto rischio)
- programmi per l'attività nel tempo libero in collaborazione con la comunità locale
- contenuti professionali per i materiali educativi stampati e mezzi audiovisivi
- campagne dei mass media nella lotta contro l'abuso di stupefacenti (Via!; Mese di lotta contro l'abuso di stupefacenti)

B) Attuazione continua del programma di prevenzione secondaria (individuazione e individuazione in tempo della popolazione di alto rischio; la loro educazione al fine di prevenire un serio abuso di stupefacenti e infezioni).

- lavoro consultivo e educativo (con bambini e giovani, con le famiglie di bambini sperimentatori – sorveglianza e inclusione nel programma di terapia individuale, di gruppo e familiare)
- psicodiagnosi
- lavoro consultivo e educativo con i dipendenti della scuola e con i genitori (incremento dell'individuazione e individuazione in tempo della popolazione di alto rischio)
- programmi di assistenza dei coetanei e programmi dei mentori
- test sulla droga dei gruppi di rischio e individui (secondo gli indirizzi degli esperti, svolgere il test di urina sulla droga di gruppi o individui di comportamento rischioso, prima e durante il trattamento)

C) Prevenzione terziaria

- diagnostica e cura medica dell'abuso di stupefacenti (programma metadone e buprenorfina)
- prevenzione dell'AIDS ed epatite B e C (informazione ai tossicodipendenti sulle caratteristiche e la diffusione dell'AIDS ed epatite B e C, pericoloso uso degli accessori comuni ed altre misure secondo il Programma nazionale)
- trattamento psicosociale (individuale, di gruppo, familiare e di compagni)
- psicoterapia (individuale, di gruppo, familiare e di compagni)
- assistenza sanitaria e sociale
- programmi di risocializzazione dei tossicodipendenti
- lavoro coordinato dei servizi per la prevenzione dell'abuso di stupefacenti
- club degli alcolisti curati

4.2.5.4. Incremento della **protezione socio-sanitaria di persone anziane** (proseguimento di lavoro in merito alle priorità stabilite nel 2005)

A) Aumento dello standard di sistemazione e servizi nella previdenza istituzionale

- aumento delle capacità di sistemazione per persone anziane e disabili
- sviluppo dei servizi specializzati (centri di previdenza rafforzata per i malati di Alzheimer o altra demenza, protezione sanitaria)

B) Stimolazione delle forme extraistituzionali della previdenza

- soggiorno per persone anziane e disabili
- assistenza a domicilio alle persone anziane (consegna a domicilio del cibo, lavori domestici, servizi di cura ed igiene, piccole riparazioni)
- sostegno per mezzo di telefono di turno
- ospizio e previdenza palliativa
- prevenzione dell'isolamento sociale e della funzionalità psicofisica

C) Attivazione e sviluppo della coordinazione intersettoriale e del volontariato

- centri gerontologici
- monitoring e valutazione delle necessità sanitarie e servizi per persone anziane
- introduzione dei criteri per la valutazione delle necessità di persone anziane e disabili
- stimolazione del volontariato e dei suoi programmi
- tutela e promozione dei diritti dei pensionati e persone anziane

4.2.5.5. Incremento della **qualità delle acque** al fine di promuovere la salute e prevenire le malattie (proseguimento di lavoro rispetto alle priorità dell'anno 2005)

A) Attuazione delle misure amministrative di tutela delle risorse idriche e incremento della coscienza ecologica dei cittadini

- attuazione dei programmi di sorveglianza della qualità delle acque crude delle fonti che si usano o sono potenziali per il rifornimento idrico pubblico
- attuazione dei programmi di misure per la tutela delle fonti
- novellazione delle zone di protezione sanitaria delle fonti in base alle ricerche idrogeologiche
- incremento della coscienza ecologica rispetto alla tutela dell'ambiente

B) Incremento del trattamento del cascame solido

- risanamento delle discariche legali esistenti e ricostruzione in cortili di riciclaggio e stazioni transfer
- revisione dell'Elaborato delle discariche illegali sul territorio della RI dell'anno 2006 e attuazione della base di dati con la lista delle priorità nel risanamento
- attuazione del lavoro del ŽCGO Kaštijun
- incremento del sistema di raccolta separata del cascame utile e pericoloso dai rifiuti comunali – attuazione del sistema di cortili di riciclaggio ed isole ecologiche

C) Incremento del sistema di scarico pubblico e depurazione delle acque di rifiuto

- edificazione e ricostruzione della rete di scarico primaria e secondaria
- ricostruzione e edificazione del dispositivo per la depurazione delle acque di rifiuto comunali

D) Incremento della qualità del sistema di rifornimento idrico

- accentramento dei sistemi di rifornimento idrico conformemente alle disposizioni PPIŽ
- attuazione dei programmi di sorveglianza della correttezza sanitaria dell'acqua potabile
- attuazione della sorveglianza sanitaria degli oggetti di rifornimento idrico e correttezza sanitaria dell'acqua potabile
- informazione pubblica sullo stato della correttezza sanitaria dell'acqua potabile

4.3 Abbozzo del Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione delle malattie in tempo

Questo primo *Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo della malattia nella Regione istriana* trimestrale rappresenta un breve riassunto dei piani pianificati e delle attività concernenti l'incremento della salute su tutti i livelli di protezione sanitaria dall'anno 2011 al 2013. La sua attuazione coincide in gran parte con la conclusione del *Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana dall'anno 2005 al 2012*. Questo periodo che “coincide” si considera periodo di transizione dal modo di pianificazione esistente per la salute dei cittadini della RI, stabilito nell'anno 2005, all'effettuazione ampliata dei compiti e fini della Regione istriana nel settore di promozione della salute e prevenzione delle malattie, conformemente alla nuova Legge. In tal modo sono stati stabiliti anche i fini e le attività che seguono, al fine di unire i compiti non compiuti nel periodo precedente con i nuovi diritti legali e obblighi. I fini sono stati divisi in parte generale e in piani concernenti le priorità regionali.

L'elaborazione operativa dettagliata di singoli compiti provenienti da questi fini e attività, nonché le relazioni sull'attuazione degli stessi, verrà effettuata sul livello annuo, conformemente all'obbligo legale, assieme al piano operativo delle attività nelle altre parti del *Piano per la salute*. Queste elaborazioni operative stabiliranno dettagliatamente i termini, il modo d'effettuazione, gli indici dell'effetto, la pianificazione finanziaria e i titolari delle responsabilità di alcuni compiti.

⇒ 4.3.1 PARTE GENERALE

IL FINE 1: Entro la fine del 2012 analizzare la situazione reale operativa sul terreno riguardante la promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo delle malattie, nonché accertare l'armonia della situazione esistente con il *Programma di misure per la promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo delle malattie della RI*. Nel corso del 2013 utilizzare, assieme all'altro, anche i risultati di questa analisi rispetto alla definizione delle nuove priorità regionali, ossia rispetto alla definizione più dettagliata dei fini concreti nell'ambito delle priorità e iniziare la loro attuazione.

L'obbligo di una tale "più concreta foto" della situazione riguardante l'attività sanitaria, è stato definito per mezzo di questo *Piano per la salute* il quale ha introdotto una nuova serie di disposizioni provenienti dalle leggi nazionali e dai piani.

Questo ha amplificato la presente attività della Regione, dell'Assessorato amministrativo per la sanità e previdenza sociale e della sola Squadra regionale impegnata nell'attuazione del Piano per la salute.

IL FINE 2: Stimolare la collaborazione con le unità dell'autogoverno locale e con la comunità locale rispetto all'attuazione del *Piano per la salute* per ottenere una migliore promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo delle malattie a determinati gruppi; assicurare una migliore accessibilità territoriale riguardante l'attuazione del Piano, su tutto il territorio della Regione istriana.

- a) Proseguimento di lavoro del Gruppo di lavoro impegnato nella stimolazione delle unità dell'autogoverno locale rispetto alla collaborazione nell'attuazione del *Piano per la salute* al fine di aumentare il numero e la qualità dei soci e collaboratori che partecipano all'attuazione locale del Piano
- b) Ideazione e attuazione delle conferenze dei soci
- c) Collaborazione con la *Rete croata delle città e regioni sane*

IL FINE 3: Assicurare le condizioni di sostenibilità del *Piano per la promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo delle malattie della RI dall'anno 2011 al 2013 e in avanti*.

- a) Individuazione, perfezionamento professionale e assetto del personale incluso nell'attuazione del Piano
- b) Assicurazione del sostegno pubblico e della politica rispetto all'attuazione del Piano, ritenendo gli atteggiamenti professionali e i principi, nonché diminuendo le mancanze del loro sapere nel settore della promozione della salute e prevenzione delle malattie
- c) Assicurazione e sorveglianza delle condizioni finanziarie per l'attuazione e realizzazione del Piano entro la fine dell'anno 2013, ciò dai mezzi del preventivo regionale e preventivo degli azionisti interessati, nonché per mezzo di nuove fonti di finanziamento e notifica dei progetti ai concorsi

⇒ 4.3.2 PIANI CONNESSI CON LE PRIORITÀ REGIONALI

IL FINE 1: Proseguire con le priorità dell'anno 2005 e realizzarle entro la fine dell'anno 2012

- a) Portare a termine l'istituzionalizzazione dei programmi efficaci provenienti dalle priorità regionali, con il che si assicura la loro continuità e sostenibilità
- b) Presentazione finale e valutazione dei risultati di lavoro ottenuti nell'ambito di singola priorità dall'anno 2005 al 2012

IL FINE 2: Stabilire le nuove priorità o definire nuovamente le precedenti per un periodo a lungo termine

- a) "Foto" quantitativa e qualitativa della situazione nella regione
- b) Scelta delle nuove priorità con la partecipazione e consenso della professione, politica e cittadini
- c) Elaborazione dettagliata e analisi delle nuove priorità e definizione dei fini e punti d'intervento

IL FINE 3: Attuare il lavoro concernente le nuove stabilite priorità nell'anno 2013

- a) Definire nuovamente i compiti dei membri del Gruppo; nomina di nuovi membri del Gruppo a seconda delle necessità
- b) Nuovi gruppi di lavoro conformemente alle nuove priorità
- c) Attuazione

5 DISPOSIZIONI FINALI

Con l'entrata in vigore di questo Piano cessa di vigere il Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana (Bollettino ufficiale della Regione istriana n. 11/2005).

Il presente Piano entra in vigore l'ottavo giorno dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione istriana.

6 LETTERATURA E ABBREVIAZIONI

6.1 Revisione della letteratura usata

Bašić J.: *Teorie di prevenzione: prevenzione dei disturbi di comportamento e comportamento rischioso di bambini e giovani*, 2009

Grozić-Živolić, S., *Processo di elaborazione del Piano regionale per la salute*, HČJZ, Vol 1: Numero 3, 7 luglio 2005

Relazione sull'attuazione del Piano per la salute della RI per l'anno 2005

Relazione sull'attuazione del Piano per la salute della RI per l'anno 2006

Relazione sull'attuazione del Piano per la salute della RI per l'anno 2007

Relazione sull'attuazione del Piano per la salute della RI per gli anni 2008 e 2009

Relazione sull'attuazione del Piano per la salute della RI per l'anno 2010

Rete di medicina d'urgenza (NN 31/11)

Rete di servizio sanitario pubblico (NN 98/09, 14/10, 81/10)

Rete di soggetti contraenti di medicina del lavoro (NN 115/07, 142/08)

Programma nazionale di individuazione in tempo del cancro al seno, MZSS

Programma nazionale di individuazione in tempo del cancro all'intestino crasso, MZSS

Strategia nazionale di sviluppo della sanità 2006-2011 (NN 72/06)

Strategia nazionale di pareggiamento delle possibilità per persone invalide dall'anno 2007 al 2015 (NN 63/07)

Strategia nazionale di prevenzione dell'abuso di stupefacenti in RC 2006-2012 (NN 147/05)

Strategia nazionale di tutela dell'ambiente (NN 46/02)

Strategia nazionale contro la violazione in famiglia 2008-2011 (NN 126/07)

Piano operativo delle attività del Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana 2006

Piano operativo delle attività del Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana 2007

Piano operativo delle attività del Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana 2008

Piano operativo delle attività del Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana 2010

Piano e programma di misure per l'assicurazione, incremento, promozione e sorveglianza della qualità della protezione sanitaria (NN 114/10)

Piano e programma di misure della protezione sanitaria dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie (NN 126/06, NN 156/08)

Piano di protezione sanitaria della Repubblica di Croazia (NN 28/09)

Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana 2005

Regolamento sugli standard di accreditamento per gli enti sanitari ospedalieri (NN 31/11)

Regolamento sulle condizioni per la categorizzazione degli enti sanitari ospedalieri (NN 95/10)

Regolamento sull'educazione medicinale stabile, Camera medica croata VI 2008

Regolamento sulle condizioni minime rispetto all'ambiente, ai dipendenti e all'attrezzatura medicinale-tecnica per lo svolgimento dell'attività sanitaria 2004 (NN 90/04, 55/07)

Descrizione della salute dei cittadini della RI, 2003

Statuto della Camera medica croata (NN 55/08)

Stavljenić-Rukavina, A. e gruppo di lavoro MZSS: *Qualità del sistema sanitario in Croazia – dove siamo oggi?*, VII 2010

Stavljenić-Rukavina, A., Kalanj K.: *Misure per l'incremento della qualità di previdenza sanitaria*, Medix 86/XVI: II 2010

Quadro strategico del Piano per la salute dei cittadini della Regione istriana in base alla Descrizione 2003 Piano strategico di sviluppo della sanità pubblica per il periodo 2011-2015; MZSS, 2011

Šogorić S.: *Prassi della sanità pubblica oggi in Croazia*, Acta Med Croatica, 64 (2010) 313-315

Šogorić S., Lang S., Popović D.: *Movimento delle città sane – nozioni efficaci per la salute*, Zagabria: Rete croata delle città sane, 2010

Šogorić, S., Vukušić Rukavina, T., Mujkić, A., Džakula, A.: *Creazione della strategia di salute sul livello locale per mezzo di processo "Descrizione civica della salute" e "Piano civico per la salute"*, Corriere medico: bollettino del Collegio medico croato 125 (2003) ; 334-338

Legge sulla protezione della popolazione dalle malattie infettive (NN 79/07, 113/08, 43/09)

Legge sulla prevenzione dell'abuso di stupefacenti (NN 107/01, 87/02, 163/03, 141/04, 40/07, 149/09)

Legge sulla qualità della protezione sanitaria (NN 107/07)

Legge sulla protezione sanitaria (NN 150/08, 155/09, 71/10, 139/10)

Legge sulla tutela dei diritti di pazienti (NN 169/04, 37/08)

Legge sulla medicatura (NN 121/03, 117/08)

Legge sulla tutela dell'ambiente (NN 110/07)

PAGINE INTERNET USATE

www.dzs.hr – Ente statale per la statistica

www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/.../EHFA5-E.pdf - Health 21 - health for all in the 21st century

<http://data.euro.who.int/hfad/>

www.hzzsr.hr – Ente croato per la protezione della salute e sicurezza sul lavoro

www.hzjz.hr – Ente croato per la sanità pubblica

www.hzzo-net.hr – Ente croato per l'assicurazione contro le malattie

www.hzz.hr – Ente croato per l'occupazione

www.istra-istria.hr - Regione istriana

www.mirovinsko.hr – Ente croato per l'assicurazione pensioni

www.mzss.hr – Ministero della sanità e previdenza sociale RC

www.obpula.hr – Ospedale pubblico di Pola

www.oecd.org - Organisation for economic co-operation and development

www.oecd-ilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en - Health at glance 2009

www.pathqualityproject.eu – National Center for Quality Assessment in Health Care

www.snz.hr/hcn/doc_dokumenti/motovun15.pdf - Sfida di Verona – investimento nella salute

www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf - Carta di Ottawa sull'incremento della salute

www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf - Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della salute nel 21-esimo secolo

www.zdravstvo-kvaliteta.org/novi/index.php - Società croata per l'incremento della qualità della protezione sanitaria

www.zdravi-gradovi.com.hr – Rete croata delle città sane

www.zzjiz.hr – Ente per la sanità pubblica della Regione istriana

6.2 Lista delle abbreviazioni usate

AP – Stazione automatica
BMI – Body mass index (Indice del peso corporeo)
CVB – Malattia cerebrovascolare
DDD – Disinfezione, disinfestazione, derattizzazione
HACCP - Hazard Analysis Critical Control Point (Analisi dei rischi e punti di controllo critici)
HbsAg – Hepatitis B surface antigen (Antigene per l'epatite B)
HČJZ – Rivista croata della sanità pubblica
HMZG – Rete croata delle città sane
HZA – Sondaggio sanitario croato
HZJZ – Ente croato per la sanità pubblica
HZZO – Ente croato per l'assicurazione contro le malattie
HZZOZZR - Ente croato per l'assicurazione contro le malattie sul lavoro
IDZ – Case di salute istriane
ISO - International Organization for Standardization (Organizzazione per lo standardizzazione)
IŽ – Regione istriana
JLS – Unità dell'autogoverno locale
KBC – Centro clinico ospedaliero
KVB – Malattie cardiovascolari
MZSS – Ministero della sanità e previdenza sociale
OAE - Otoacoustic Emissions test (Test dell'udito di neonati)
OB – Ospedale pubblico
OGTT – Test da carico orale di glucosio
OPA – Piano operativo delle attività
PATH - Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital (Attrezzi per la valutazione dell'attuazione dell'incremento della qualità negli ospedali)
PCI – Intervento coronario percutaneo
PKU - TSH – Fenilchetonuria – ipotireosi congenita
Plan PRO – Piano di promozione della salute, prevenzione e individuazione in tempo delle malattie
PSA – Prostata antigene specifico
PUP – Disturbi di comportamento
PZZ – Protezione sanitaria primaria
STEMI - ST elevation MI – infarto cardiaco con l'elevazione del contatto ST
SZO – Organizzazione sanitaria mondiale
TQM – Total quality management (Complessiva gestione della qualità)
UO – Assessorato amministrativo
WHO – World Health Organization (Organizzazione sanitaria mondiale)
ZJZIŽ – Ente per la sanità pubblica della Regione istriana
ZZ – Protezione sanitaria