



Progetto a contributo FESR – NPPA INTERREG-CARDS/PHARE

UNA RETE PER ARMONIZZARE ED INTEGRARE  
I SISTEMI SOCIO-SANITARI  
DEI PAESI DELL'ADRIATICO

**Progetto HANS**

**Health Adriatic  
Network  
Skills**



**ATTI DELLA CONFERENZA STAMPA**  
Principali interventi - Descrizione del progetto



Le informazioni del presente documento sono espressione delle opinioni dei suoi autori, con esclusione di ogni responsabilità dell'AdG

Gestione e coordinamento del progetto



Project Manager/  
Coordinatore Generale di Progetto  
**Dr. Maurizio Belligoni**

Responsabile coordinamento amministrativo  
-organizzativo del progetto  
**Dott.ssa Martina Orlandi**

Responsabile monitoraggio fisico del progetto/  
Segreteria  
**Dott.ssa Patrizia Ercoli**

Responsabile monitoraggio finanziario del progetto/  
Segreteria  
**Dott.ssa Eleonora Della Ciana**

Lead Partner



Lead Partner Esterno



Project Partner



Project Partner Esterno



Project Partner



Project Partner Esterno



Autorità di Gestione del Programma Interreg III A Transfrontaliero Adriatico



Regione Abruzzo

Programma  
**HEALTH ADRIATIC NETWORK SKILLS**  
 – HANS –

Ore 9,30	Registrazione dei partecipanti	Ore 12,30	Picture of health in Zadar County Intervento mr. sc. Alan Medić, dr. med., spec. epidemiolog from Zadar County
Ore 10,00	Saluto delle autorità Interventi  Assessore alla Sanità Almerino Mezzolani  Dirigente Servizio Salute della Regione Marche Carmine Ruta  Prefetto Contea di Zara Ivo Grbic'	Ore 12,40	Hygienic-epidemiologic situation in Šibenik-Knin County Intervento Suzi Vataavuk, dr. med., spec. epidemiolog from Institute for public health of Šibenik-Knin County
Ore 10,45	Presentazione del Progetto HANS Intervento  Direttore Generale ARS Marche Maurizio Belligoni	Ore 12,50	Medical care for children in Dalmatia Intervento doc. dr. sc. Vjekoslav Krželj from Split-Dalmatia County
Ore 11,00	Coffee break	Ore 13,00	Lunch
Ore 11,30	Considerazioni sulle specificità del sistema sanitario marchigiano Intervento  Direttore Generale ASUR Marche Roberto Malucelli	Ore 13,00	Lunch
Ore 11,45	La rete infrastrutturale nel Progetto HANS Intervento  P.P. Difesa e Sicurezza del Mare Leonardo Polonara	Ore 13,00	Lunch
Ore 12,00	Le indagini epidemiologiche Intervento  Direttore Generale ASR Abruzzo Francesco Di Stanislao	Ore 13,00	Lunch

## **Intervento Assessore alla Sanità Regione Marche Almerino Mezzolani**

Come affermato nel 1998 dalla Dichiarazione della Sanità Mondiale, e come ribadito nel documento Health 21 della Regione Europea dell'OMS “ *godere di un buono stato di salute costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano. La buona salute è la precondizione per il benessere e la qualità della vita. È il riferimento per misurare la riduzione della povertà, la promozione della coesione sociale e l'eliminazione della discriminazione. La buona salute è fondamentale per una crescita economica sostenibile. L'investimento in salute attraverso un approccio intersettoriale non solo offre nuove risorse per la salute, ma anche ulteriori tipi di benefici importanti, contribuendo nel lungo periodo allo sviluppo sociale ed economico complessivo*”.

La Regione Marche, come tutte le aree a sviluppo maturo, è interessata da fenomeni che obbligano a ridisegnare, in tempi medi, una politica per la salute innovativa e più capace di rispondere a nuovi bisogni e tendenze.

Il Sistema Sanitario, infatti, ha già ampiamente sviluppato le sue potenzialità, contribuendo all'aumento complessivo dell'attesa di vita. I macro indicatori dello stato di salute della popolazione collocano le Marche al livello delle regioni italiane più avanzate.

Permangono tuttavia consistenti differenziali di salute nella popolazione, le stesse legate alle motivazioni dell'idea progettuale HANS, legati da una parte ad una non equa accessibilità e fruibilità dei servizi e dall'altra, in misura preponderante, a determinanti che non attengono strettamente all'organizzazione sanitaria quali la cultura, intesa in senso lato, le condizioni socio-economiche, l'ambiente inteso come ecosistema.

La rete è costituita da relazioni, interazioni, punti di intervento, eventi interdipendenti, responsabilità, procedure, infrastrutture, strumenti tecnologici. L'insieme di queste componenti si dispone in strutture organizzative finalizzate a incrementare la qualità dei servizi con cui il sistema sanitario assiste la popolazione.

L'obiettivo generale del programma di Iniziativa Comunitaria INTERREG III A Transfrontaliero Adriatico è promuovere lo sviluppo socio-economico e la cooperazione tra i paesi dell'Area Adriatica.

Le regioni italiane coinvolte nel progetto HANS sono economie mature e caratterizzate da un buon uso delle proprie capacità produttive, per tali motivazioni (oltre che per la vicinanza geografica) sono recettive dei flussi migratori dai paesi dell'est europeo, tra cui i paesi adriatico orientali.

Tali regioni italiane, che per Legge devono garantire le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a tutti i cittadini residenti, risentono della mancanza di conoscenza per ciò che riguarda i programmi di assistenza usati nei paesi orientali.

Gli stessi paesi orientali sono comunque titolari di un patrimonio conoscitivo importante relativo allo stato di salute della popolazione ed all'incidenza delle diverse patologie.

Il progetto vuole tener conto delle peculiarità dei paesi orientali, molto diversi fra loro e molto diversi rispetto agli Stati dell'UE, e fronteggiare il rischio di un acutizzarsi di tale differenze in conseguenza del processo di specializzazione territoriale che caratterizza i Paesi dell'UE.

**Intervento Direttore Generale ARS Marche  
Maurizio Belligoni**

**Presentazione del Progetto HANS**

Alla base di una idea progettuale vi è sempre una esigenza sentita da tutti i partner del progetto stesso, una esigenza che può consistere anche nell'armonizzazione, nell'integrazione e nella cooperazione di sistemi socio-sanitari all'interno di diversi paesi e diverse istituzioni.

Nel caso che ci troviamo a trattare oggi troviamo regioni e Stati tanto vicini geograficamente ma tanto lontani per quanto riguarda lo scambio di informazioni e la reciproca conoscenza della situazione sociale e sanitaria delle rispettive popolazioni, delle modalità organizzative, dei sistemi di programmazione.

Le regioni adriatiche italiane, avendo economie mature caratterizzate da un buon uso delle proprie capacità produttive, sono recettive dei flussi migratori dai paesi dell'est europeo.

Tali regioni risentono della mancanza di conoscenza dei programmi di assistenza usati nei paesi adriatico orientali, della rilevanza delle malattie e delle patologie ricorrenti, del contesto socio sanitario, con conseguente impossibilità di integrare gli interventi e di tutelare al meglio la salute dei cittadini.

I paesi orientali, caratterizzati dall'isolamento geografico, da eventi traumatici e da frammentazione delle relazioni che legavano le popolazioni locali, sono titolari di un patrimonio conoscitivo importante relativo allo stato di salute della popolazione e sono economie in crescita che necessitano di allinearsi agli standard comunitari in materia di programmazione e progettazione di interventi.

Le criticità individuate possono risolversi attraverso il miglioramento delle modalità di scambio di informazioni e di competenze, attraverso la formazione e la progettazione congiunta, lo sviluppo di progetti, la cooperazione istituzionale, la creazione di reti tra enti.

Le stesse criticità sono alla base dell'idea progettuale HANS.

Gli obiettivi specifici del progetto consistono

- nel rilevare lo stato di salute delle popolazioni dell'area adriatica,
- nella creazione di una banca dati da mettere a disposizione delle singole amministrazioni per sviluppare futuri progetti,
- nella creazione di una rete di soggetti pubblici, permanente a livello adriatico, che, condividendo informazioni, costituisca l'ambito privilegiato per la sperimentazione di modelli efficaci di progettazione futura.

La rilevazione, effettuata nella Regioni Adriatiche Italiane Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Molise e Puglia e nei Paesi Adriatico Orientali Croazia, Bosnia-Erzegovina, Albania, Serbia-Montenegro, avrà ad oggetto:

- Legislazione, pianificazione e organizzazione socio-sanitaria
- Situazione demografica-sociale
- Bisogni e domanda di Salute
- Informazioni su ambiente di vita e di lavoro
- Programmi e attività di prevenzione
- Livello di informatizzazione

A seguito della rilevazione verrà svolta una analisi dei dati raccolti e verranno elaborati dei report sulla situazione sanitaria e socio-sanitaria dei paesi adriatici, con individuazione delle “aree problematiche”, cioè di quei fenomeni sanitari, di quelle aree geografiche o di quelle condizioni organizzative dei servizi che, in relazione alla loro rilevanza, richiedono un intervento prioritario in campo sanitario e socio sanitario.

Per le aree problematiche individuate, verranno elaborati specifici progetti per interventi futuri integrati.

Il coordinamento delle attività sarà svolto dalla Agenzia Sanitaria Regionale delle Marche, da settembre 2007 ad agosto 2008.

L’Agenzia Regionale Sanitaria è il soggetto idoneo a garantire il coordinamento generale delle attività in quanto è l’organo istituzionalmente deputato a:

- garantire la funzione di osservazione epidemiologica;
- coordinare le iniziative di formazione;
- gestire progetti innovativi.

L’ARS è la naturale sede di direzione del progetto che mette assieme strumenti progettuali, analisi epidemiologica ed innovazione per progetti.

Ogni progetto ha bisogno di persone e di strumenti, di reti di comunità professionali, che l’Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche è capace di coordinare con ottimi esiti.

In questo contesto le conoscenze e la motivazione delle persone costituiscono le vere leve del successo.

**Intervento Direttore Generale ASUR Marche**  
**Roberto Malucelli**

**Considerazioni sulle specificità del sistema sanitario marchigiano**

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) è stata istituita con Legge Regionale n. 13 del 2003 e svolge al livello centralizzato, funzioni di governo unitario ed omogeneo dei processi gestionali, secondo modalità definite dalla Giunta regionale delle Marche.

L'ASUR ha caratteristiche assolutamente innovative, rappresentando un'azienda sanitaria unificata per un territorio vasto di circa 10.000 km su cui sono presenti 1.500.000 abitanti e 19.000 operatori sanitari e non ha riferimenti analoghi nel panorama nazionale.

Proprio perché l'orizzonte istituzionale di riferimento è molto distante dalla tradizionale architettura dei sistemi sanitari, il processo di trasformazione necessario si presenta senza precedenti.

Sul piano organizzativo-istituzionale, l'ASUR è articolata in tredici Zone territoriali che hanno compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari nel rispettivo ambito territoriale. Nell'ambito dell'autonomia organizzativa aziendale, l'Azienda disciplina la propria organizzazione assumendo come riferimento prioritario la centralità del cittadino ed il soddisfacimento dei suoi bisogni di salute.

L'obiettivo è quello di garantire un impianto dove le esigenze ed i contributi della rappresentanza politico-istituzionale, le razionalità aziendali e la razionalità dei processi tecnici possano trovare un temperamento tale da assicurare alla collettività marchigiana un sistema sanitario equo e sostenibile.

La centralità del cittadino, dei suoi problemi di salute nella accezione più ampia, nonché la continuità della presa in carico, impongono, in linea generale, un modello ad elevata integrazione, rappresentato dal modello a "rete". Tale modello è declinabile, nelle sue forme più standardizzabili, a seconda del ruolo più opportunamente assegnabile ai vari "nodi" della rete. Nello sviluppo del modello prefigurato, l'ASUR esercita un ruolo forte di coordinamento

Realizzare una rete per un'assistenza sanitaria equa e di buona qualità comporta un'attenzione al tema della qualità del servizio offerto al cittadino e al tema del fattore umano che lo rende realizzabile. Nel sottolineare l'esigenza di nuovi comportamenti organizzativi, l'attenzione è spostata sul fattore umano.

*La risorsa umana è il fattore critico di successo per il miglioramento della qualità dei servizi, costituisce il supporto ineludibile sia per ri-progettare gli assetti organizzativi, sia per definire percorsi di valorizzazione e promozione delle persone.*

## **Intervento P.P. Difesa e Sicurezza del Mare Leonardo Polonara**

### **La rete infrastrutturale nel Progetto HANS**

La Regione Marche nell'ambito del programma di iniziativa comunitaria INTERREG III A Transfrontaliero Adriatico, ha sviluppato strumenti di analisi territoriale dedicati, strutture di comunicazione ed elaborazione dati particolari, acquisito competenze specifiche in riferimento al trasporto in mare di sostanze pericolose per l'ambiente, al fine di realizzare iniziative finalizzate alla salvaguardia ambientale dell'Adriatico centrale.

In particolare, sono in fase avanzata di realizzazione quattro progetti internazionali basati sull'uso dei sistemi informativi territoriali finalizzati per la salvaguardia ambientale e il miglioramento delle condizioni socio –sanitarie dell'area interessata dei progetti.

Tre dei quattro progetti sono talmente integrati tra loro da costituire un'unica iniziativa denominata D.A.M.A.C (Difesa del Mare Adriatico e Comunicazioni):

- 1) SecurSea: studio sulla pericolosità del traffico navale, sulla vulnerabilità ambientale ed economica del mare Adriatico centrale finalizzato alla redazione di un piano di salvaguardia ambientale dell'area;
- 2) Task Force: formazione di personale con competenze specifiche in campo ambientale in grado di predisporre piani di salvaguardia ambientale di ambienti terraquei.
- 3) Tac Line (Trans Adriatic Communication Line) ponte telematico a banda larga tra Ancona e Zara per lo scambio e la condivisione di dati di natura ambientale,
- 4) Il quarto progetto denominato Hans si pone obiettivo, attraverso l'acquisizione e l'elaborazione di dati georeferenziati di natura sanitaria, di giungere ad una programmazione e pianificazione sanitaria condivisa tra Regioni RAI e Paesi PAO. Si prefigge inoltre di realizzare una rete di comunicazione sanitaria nella regione EuroAdriatica garantendo una serie di “facilities” and “utilities” di cui possono beneficiare i singoli cittadini.

I quattro progetti sono caratterizzati da una impostazione comune basata sulla acquisizione degli strati informativi territoriali disponibili e sullo scambio e la condivisione di tutte le informazioni acquisibili e che possono avere una relazione con la qualità della vita.

Con i tre progetti che compongono l'iniziativa DAMAC ed HANS si sta formando un gruppo di tecnici esperti in telecomunicazioni (Tac Line), in gestione di reti e “nodi ...strategici” .di informazioni ambientali sanitarie, di modelli di rischio e di danno economico, a seguito di

disastri. Si stanno costruendo le prime reti di interconnessione tra comunicazione umana telecomunicazione tra Ancona Zara.

La difesa del mare costituisce un partner del progetto HANS in quanto l'inquinamento può costituire pericolo, ovvero pregiudizio diretto o indiretto per la salute dell'uomo.

**Intervento Direttore Generale ASR Abruzzo  
Francesco Di Stanislao –Felice Vitullo**

**Analisi epidemiologica dei bisogni e politiche socio-sanitarie**

Obiettivo della presente relazione è individuare alcune criticità da affrontare nel rapporto fra epidemiologia dei bisogni e pianificazione sanitaria, sia a livello istituzionale di sistemi socio-sanitari regionali che di governo clinico-assistenziale (l'aggettivo "clinico" sembrerebbe riduttivo in contesti di pratiche assistenziali cliniche e non, sanitarie e sociali).

L'analisi delle Relazioni regionali sullo stato di salute - condotta nell'ambito della produzione di evidenze epidemiologiche per la pianificazione sanitaria nella Regione Abruzzo - evidenzia alcune macroaree di criticità ed opportunità di sviluppo: un utilizzo prevalente dei dati amministrativi (inclusi i dati di mortalità) integrati da pochi registri e da alcune indagini *ad hoc* (con interviste); un'importante eterogeneità fra Regioni sia nella disponibilità e qualità dei sistemi informativi (v. risorse disponibili e differenti contesti culturali/esperienze fra Nord e Sud) che nell'uso di indicatori e metodi; l'individuazione di destinatari soprattutto istituzionali regionali/aziendali vs clinici/operatori e cittadini/utenti/pazienti (alcuni Autori si chiedono in premessa "chi leggerà la Relazione?"); uno scarso utilizzo delle informazioni prodotte dai professionisti locali in progetti di ricerca clinico-epidemiologica (vista come "altro" rispetto alla gestione dei sistemi); in sintesi, uno scollegamento fra l'efficienza metodologico/formale e la ricchezza di informazioni delle Relazioni e la loro applicabilità nei contesti quotidiani istituzionali e nelle pratiche clinico-assistenziali.

Lo sforzo sembra pertanto quello di ri-orientare la produzione dei profili standardizzati di salute - preziosi strumenti per "armonizzare" le Relazioni fra Regioni con evidenti differenze per risorse e cultura - verso analisi comparative dei bisogni stratificati per territori e gruppi di popolazione in rapporto ai sistemi locali: dalle non risposte (bisogni inevasi) e/o risposte insufficienti/ritardate, alle prestazioni inappropriate (o inutili) da ridurre/eliminare al fine di allocare e spostare risorse; ciò si traduce in analisi effettivamente orientate alla documentazione di evitabilità su cui intervenire, sia a livello sociosanitario che di altri sistemi in un'ottica di ricerca e sviluppo locale (considerando i limiti della "evidence-based health&social policy" rispetto ad aree grigie di conoscenza e, nello stesso tempo, di certezze sulle condizioni di diseguaglianza socio-economica, culturale e sanitaria).

Come fare tutto ciò rappresenta un obiettivo non solo per le Regioni adriatiche coinvolte nel Progetto HANS, ma anche di altre e diverse realtà regionali/locali nell'attuale dibattito sullo sviluppo di un Welfare sostenibile ed equo. Nello specifico, l'epidemiologia regionale dovrebbe decentrarsi in un sistema di rete effettivamente territoriale per produrre ed utilizzare informazioni. Attraverso l'ottimizzazione e l'estensione dei sistemi informativi correnti sembra necessario coinvolgere gli operatori nella produzione/uso dei dati, oltre che metodologicamente, soprattutto culturalmente con programmi di formazione-intervento mirati ad analisi di processi ed esiti (assunzione condivisa di responsabilità nel render conto di ciò che si fa rispetto a bisogni diversificati), pianificando sostenibili indagini *ad hoc* per risolvere

problemi specifici (“rapid epidemiologic assessments”) anche in relazione a programmi di partecipazione degli utenti/pazienti nella rilevazione di aspetti qualitativi e di accessibilità a servizi e prestazioni; parallelamente è strategicamente indispensabile armonizzare il livello regionale/aziendale di produzione/uso delle informazioni con gli Enti locali ed in particolare con i Comuni; infine, anche se potrebbe sembrare ovvio, è necessario ridurre la separazione più o meno evidente fra i risultati dei progetti regionali/nazionali di ricerca applicata ed il loro utilizzo nelle Relazioni di Salute e, di conseguenza, nelle pratiche istituzionali ed assistenziali di utilizzo delle evidenze.

### **Fonti dati, documenti e bibliografia di riferimento**

1. Istat. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 2004-2005. Marzo 2007. Sito Web: [www.istat.it](http://www.istat.it)
  2. Cislighi C, Gargiulo L, Sebastiani G. Un solo SSN ma tanti SSRegionali: eterogeneità geografica nell’accesso al pubblico e al privato. Analisi dei dati Istat. Convegno, Ministero della Salute, 02.03.2007. Sito Web: [www.istat.it](http://www.istat.it)
  3. Costa G, Vannoni F. I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza in Italia nell’Indagine Multiscopo Istat. Convegno Roma, Ministero della Salute, 02.03.2007. Sito Web: [www.istat.it](http://www.istat.it)
  4. Regione Piemonte. Lo stato di salute della popolazione in Piemonte. Relazione Sanitaria Maggio 2006. Sito Web: [www.regione.piemonte.it/sanita/ep/](http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/)
  5. Regione Marche. La salute nelle Marche. Osservatorio Epidemiologico Regionale - Agenzia Sanitaria Regionale; 2005. Sito Web: [www.ars.marche.it/](http://www.ars.marche.it/)
  6. Regione Umbria. La salute in Umbria. Stato di salute e principali determinanti. 2006. Web: [www.regione.umbria.it](http://www.regione.umbria.it)
  7. Regione Basilicata. Osservatorio Epidemiologico Regionale. Relazione Sanitaria 2000 - Relazione Sanitaria 2001. Sito Web: [www.regione.basilicata.it](http://www.regione.basilicata.it)
  8. Regione Abruzzo. Osservatorio Epidemiologico Regionale. Relazione Sanitaria 2004 - Relazione Sanitaria 2005. Servizio “Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità”, Direzione Sanità, Regione Abruzzo. Novembre 2004 - Ottobre 2005 - Sito Web: <http://sanitab.regione.abruzzo.it/osservatorio/relazione2005>
  9. Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo. Analisi dell’attività ospedaliera per discipline 2004-2005. Rapporto a cura dell’Area di Epidemiologia dell’ASR-Abruzzo. Agosto 2006. Sito Web: <http://www.asrabruzzo.it>
- Regione Abruzzo. Piano Sanitario Regionale 2008-2010: Cap. 2: I bisogni di salute della popolazione. Disegno di Legge - Deliberazione della Giunta Regionale n. 869/C del 27.08.2007. Sito Web: <http://www.asrabruzzo.it>

**Intervento Zadar County**  
**Alan Medić**

**Picture of health in Zadar County**

*General data Zadar county: 6 cities and 28 majors.*

*Basic data population: Zadar county has 162.045 inhabitants (2001). The population is mostly feminine (82.404) and Croatian (93,3%). The 58,73% of population has an age comprise between 20 and 64 years and only 15,69% exceeds 64 years.*

*Life expectancy: Croatian life expectancy is comprise between 66,75 years and 74,79 years for men and between 75,98 years and 80,52 years for women.*

*Education structure: the 5,12% of population doesn't attend the school and only the 47,9% finishes high school.*

*Employment: the 19,1% of population is unemployed.*

*Pensioners: the pensioners are 34.400 of which 7.700 have an invalid pension.*

*Water for drink quality: the 36,02% of water is "not good".*

*Health care system: Zadar county has 1 general hospital and 2 special hospital. Number of employees in health care system are 2611.*

*Health statistical indicators: cancer is the second most significant cause of death in Zadar county. In 2005 for this disease 440 people died. Starting from 1995 the infant mortality is decreased and now is below Croatia average. In Zadar county coverage vaccination in all areas is between 97-98%.*

*Drug addiction: from 1998–2005 year have been registered 1338 drug users, with an increase between 14-16 years old.*

*Contagious disease: during 2005 have been registered 6 epidemics contagious diseases with 76 patients, especially because of "salmonella enteritidis".*

*Public health priority:*

- 1. Consequences using drugs*
- 2. Consequences smoking tobacco*
- 3. Circualtory diseases*
- 4. Violence in family*
- 5. Sports recreation*
- 6. Breast cancer*
- 7. Outinstitutional care*
- 8. Cancer bronchai and lungs*
- 9. Colon cancer*
- 10. Outinstitutional care old persons*

**LO STATO DI SALUTE NELLA CONTEA DI ZARA**

Dati generali: la contea di Zara ha 6 province e 28 città.

Popolazione: Zara conta 162.045 abitanti (dato 2001). La popolazione è prevalentemente femminile (82.404) e di origine croata (93,3%).

Il 58,73% della popolazione ha un'età compresa tra i 20 e i 64 anni mentre solo il 15,69% supera i 64 anni di età.

Aspettativa di vita: In Croazia l'aspettativa di vita è compresa tra 66,75 anni di età e 74,79 per gli uomini e tra 75,98 anni e 80,52 anni per le donne.

L'educazione: Il 5,12% della popolazione non frequenta la scuola e solo il 47,9% conclude gli studi superiori.

Indicatori socio economici:

Occupazione: il 19,1% della popolazione non ha un'occupazione fissa

Pensioni: 34.400 persone godono della pensione, di cui 7700 per invalidità.

Qualità dell'acqua potabile: Il 36.02% dell'acqua non è potabile

Sistema sanitario: A Zara si trova un ospedale principale e 2 ospedali speciali. Le persone impiegate nel settore sanitario è di 2611.

Indicatori statistici sanitari: Il cancro è la seconda causa di morte: nel 2005 440 persone sono morte per questa malattia. La mortalità infantile è notevolmente diminuita negli ultimi 14 anni fino a raggiungere il valore del 2 per mille, inferiore al valore medio della Croazia. La copertura vaccinale è pari al 97-98%.

Uso di droghe: tra il 1998 e il 2005 i consumatori di droga erano 1338, con un incremento nella fascia di età tra i 14 e i 16 anni.

Malattie contagiose: durante il 2005 sono stati accertati 76 pazienti contagiosi in prevalenza a causa della salmonellosi.

Aspetti prioritari:

1. Conseguenze dall'uso di droghe
2. Conseguenze del fumo
3. Malattie circolatorie
4. Violenze familiari
5. Sport ricreativi
6. Cancro al seno
7. Cure extra istituzionali
8. Cancro ai bronchi e ai polmoni
9. Cancro al colon
10. Cure extra istituzionali agli anziani

## Il progetto HANS

Il progetto, finanziato con il contributo FESR – Nuovo Programma di Prossimità Adriatico INTERREG-CARDS/PHARE - per un importo di circa € 540.000,00, è stato ideato di concerto tra professionisti dell'ARS Marche e dell'ASUR Marche, in collaborazione con la Regione Marche, l'Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Abruzzo e le Contee Croate di Zara, Spalato e Sebenico.

Il piano progettuale approvato prevede di realizzare una rete sanitaria e socio – sanitaria tra le Regioni Adriatiche Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Molise e Puglia ed i Paesi Adriatico Orientali Croazia, Bosnia-Erzegovina, Albania, Serbia-Montenegro, al fine di aumentare l'armonizzazione, l'integrazione, la cooperazione di sistemi socio-sanitari, garantire la tutela della salute e la continuità dei percorsi di assistenza nelle regioni/paesi interessati.

Il progetto prevede una fase iniziale di rilevazione della situazione sanitaria e dei bisogni di salute dei Paesi adriatici attraverso una metodologia comune e condivisa.

Viene infatti realizzata una griglia multidimensionale, elaborata da un team di esperti composto da professionisti provenienti dai paesi partners. Al fine di garantire omogeneità nel metodo di compilazione della griglia, viene elaborato un apposito manuale. La griglia multidimensionale, prima dell'avvio della fase di rilevazione dati, viene informatizzata dal Servizio Informatica della Regione Marche e dal P.P Difesa e Sicurezza del Mare e testata "on site", nella Regione Marche.

Il data set contiene informazioni relative a:

- Legislazione, pianificazione ed organizzazione socio-sanitaria
- Situazione demografica-sociale
  - Estensione territoriale
  - Popolazione: residente, densità abitativa, suddivisione per genere sessuale e per fasce di età, fecondità, natalità
  - Profilo socio-economico
  - Forza lavoro: occupata/disoccupata, occupazione femminile, pensionati
  - Istruzione, scolarità, dispersione scolastica
  - Caratteristiche della popolazione anziana
  - ·Disabilità,
- Bisogni e domanda di Salute
  - Flussi informativi sanitari
  - Notifica malattie infettive
  - Rilevazioni dirette attraverso l'apparato medico
  - Registri di patologia
- Informazioni su ambiente di vita e di lavoro
  - Consumo di alcool
  - Consumo di tabacco
  - Consumo di droghe
  - Industrie insalubri
  - Malattie professionali
- Programmi e attività di prevenzione
- Livello di informatizzazione

La fase di rilevazione dei dati sanitari e socio-sanitari, viene realizzata da professionisti dei paesi partner del progetto e da professionisti appositamente incaricati per gli altri Paesi Pao non partner del progetto (Serbia Montenegro, Bosnia Erzegovina, Albania). Ciò consentirà di

ampliare la rilevazione dei dati sanitari e socio-sanitari a tutti i Paesi Pao . La stessa procedura viene attuata anche per le Regioni RAI.

A seguito della rilevazione i partner di progetto elaborano dei report aventi come oggetto la situazione sanitaria e socio-sanitaria dei paesi adriatici ed individuano delle ‘aree problematiche’, cioè i fenomeni sanitari, le aree geografiche o le condizioni organizzative dei servizi che, in relazione alla loro rilevanza, richiedono un intervento prioritario in campo sanitario e socio sanitario. I Partner, per le “aree critiche” prioritarie individuate, elaboreranno specifici progetti per interventi futuri integrati.

I Report elaborati contengono informazioni su:

- frequenza e distribuzione dei fenomeni di salute/malattia;
- bisogni sanitari nella loro genesi, dinamica e distribuzione;
- possibili fattori determinanti la diffusione dei fenomeni/malattie;
- processi assistenziali la cui efficacia, efficienza verrebbero migliorate da un intervento a rete tra i partner

La reportistica prodotta sarà resa fruibile e consultabile on line sull'apposito sito internet costituendo un patrimonio comune per tutti i paesi europei.

Il coordinamento e la gestione complessiva sono garantite dal Gruppo di Coordinamento, istituito presso l'Agenzia Regionale Sanitaria come supporto tecnico amministrativo per le attività di competenza e di assistenza a quelle svolte della Cabina di Regia e del Comitato Tecnico Scientifico.

Spettano inoltre al Gruppo di Coordinamento le attività di supporto tecnico amministrativo e quelle inerenti il coinvolgimento delle Regioni RAI, alle quali deve essere presentato l'intervento e deve essere richiesta la collaborazione attraverso un protocollo RAI. Lo schema di protocollo viene predisposto dal Gruppo di coordinamento ed inviato alle diverse Regioni RAI ed al LPE Zara, in modo che possa essere adattato alla creazione del protocollo dei Paesi PAO.

Il Gruppo di Coordinamento predispone le procedure di valutazione interna (Piano di Monitoraggio e Valutazione), unitamente alla cabina di regia, necessarie affinché si assicuri il raggiungimento degli obiettivi.

Il piano di monitoraggio contiene criteri di valutazione con indicatori comuni per aggiustare prontamente l'attività oltrechè per stimare e valutare i risultati conseguiti. La valutazione dei risultati è collegata a tutti gli obiettivi ed essi sono valutati in funzione dello scostamento pre e post progetto. Il piano di monitoraggio comprende attività di valutazione in itinere ed ex-post, attività di valutazione sia degli output che degli outcome del progetto.

## Il progetto nel progetto: la rete di tutela della salute nell'area adriatica

Il partenariato ritiene che il coinvolgimento di tutti gli organismi interessati a condividere l'esperienza progettuale in termini di ricadute e di risultati sia un valore aggiunto del progetto, in quanto la rete consente di condividere e rendere fruibile un patrimonio di conoscenze, professionalità e know-how tra componenti del network.

In particolare i Servizi Salute delle Regioni Adriatiche e le diverse Agenzie per i Servizi Sanitari Regionali

- contribuiranno all'armonizzazione dei sistemi ed all'aumento della cooperazione per garantire la tutela della salute e la continuità dei percorsi di assistenza nelle regioni/paesi interessate, nonché contribuire a realizzare un sistema standard di qualità di vita, comune alle varie popolazioni, che risulti sempre più compatibile con i corrispondenti standard comunitari mediante la messa in comune di knowledge, best practices, skills;
- si gioveranno delle rilevazioni che verranno effettuate sullo stato di salute delle popolazioni dell'area adriatica, in modo da avere dati disponibili per una programmazione integrata e 'a rete';
- beneficeranno dei vantaggi derivanti dalle attività di implementazione di una banca dati per sviluppare futuri progetti;
- faranno parte di una rete di soggetti pubblici permanente a livello adriatico che, condividendo informazioni, costituisca l'ambito privilegiato per la sperimentazione di modelli efficaci di progettazione futura;
- avranno occasione di osservare le buone pratiche prodotte e di sostenere la replicazione dell'esperienza in contesti diversi.

I Partner di progetto HANS, si impegnano a:

- Informare i Partner Sostenitori aderenti alla Rete dei contenuti del Progetto denominato Health Adriatic Network Skills;
- Rendere effettivamente partecipi dell'andamento delle attività progettuali gli organismi aderenti alla rete, anche mediante il coinvolgimento degli stessi in Unità Tecniche Intrarete ovvero in eventuali Comitati di pilotaggio;
- Prevedere in caso di necessità l'adozione di ulteriori specifici accordi sui temi e sulle azioni previste dal Progetto;
- Trasmettere, per il tramite del soggetto referente/coordinatore, agli Enti aderenti alla rete tutti i prodotti, materiali di lavoro, programmi delle azioni progettuali, calendari degli eventi e quant'altro sviluppato al fine di renderli pienamente informati dello sviluppo del progetto "in itinere".

### Oltre il progetto: la nuova progettazione in rete

Il progetto è volto a creare una reale integrazione ed a rafforzare il processo di cooperazione transfrontaliera tra i Paesi PAO e le Regioni RAI, garantendo una armonizzazione dei sistemi e delle modalità di programmazione in materia sanitaria e socio sanitaria ed un aumento della cooperazione per la definizione dei percorsi di assistenza integrati.

Coerentemente con le priorità del programma comunitario, il progetto vuole essere in grado di fornire un panel di dati conoscitivi, da rendere disponibili a tutti gli Enti dell'UE, sulla realtà sanitaria e socio sanitaria delle regioni interessate, che potrà servire da importante base conoscitiva per sviluppare progettualità future.